



Zmaganie się ze stresem u opiekunów chorych z chorobą Alzheimera

Coping with stress in caregivers to patients with Alzheimer's disease

GRAŻYNA ADAMIAK¹, ZYGFRYD JUCZYŃSKI²

Z 1. Zakładu Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii Akademii Medycznej w Łodzi

Z 2. Zakładu Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego w Łodzi

STRESZCZENIE. *Opiekunowie chorych z chorobą Alzheimera są narażeni na przewlekły stres, którego nasilenie jest wyższe niż w populacji ogólnej. Z przeprowadzonych badań wynika, że preferowane są strategie radzenia sobie ukierunkowane na emocje, rzadziej na zadanie. Kluczem w radzeniu sobie z chorobą bliskiej osoby jest dysponowanie dużym wsparciem społecznym, przede wszystkim ze strony członków rodziny, lecz również personelu medycznego i grup samopomocowych. Ważna jest też edukacja polegająca na zapoznaniu opiekunów z istotą choroby, a również terapia, umożliwiająca radzenie sobie z emocjami wywołanymi kryzysem.*

SUMMARY. *Caregivers to patients suffering from Alzheimer's disease are exposed to chronic stress of intensity higher than that in the general population. Research findings show that emotion-oriented coping strategies are preferred to task-oriented coping. The crucial resource in coping with illness of a close relative is a strong social support, first and foremost from family members, but also from medical staff and self-help discussion groups. Another important factor is the provision of caregivers firstly, with education about the nature of Alzheimer's disease, and secondly, with therapy helping them to cope with emotions evoked by the crisis.*

Słowa kluczowe: choroba Alzheimera / opiekun chorego / wsparcie społeczne / strategie radzenia sobie ze stresem

Key words: Alzheimer's disease / caregivers / social support / strategies of coping with stress

Konsekwencją przedłużenia średniej długości życia człowieka jest wzrost zachorowalności na choroby wieku podeszłego. Jedną z najczęstszych chorób tego rodzaju jest choroba Alzheimera (ch.A.), która jest zwyrodnieniową chorobą mózgu prowadzącą do stopniowych i nieodwracalnych zaburzeń funkcji poznawczych i utraty pamięci.

Najważniejszym i jedynym w pełni udokumentowanym czynnikiem ryzyka dla ch.A. jest wiek. Uważa się, że po 65 roku życia 10% populacji wykazuje cechy otępienia, w tym 5% choruje na ch.A. [Bilikiewicz i Barcikowska 1999]. W Polsce badania epidemiologiczne przeprowadził Wender i określił częstość pojawiania się objawów

otępienia na 6% populacji powyżej 65 lat. Najczęściej (w 55% przypadków) otępienie spowodowane jest przez chorobę Alzheimera [Wender 1988]. Częstość występowania tej choroby podwaja się po 65 roku życia co 4,5 roku [Gabryelewicz 1999].

Na kliniczne objawy ch.A. składają się z jednej strony zaburzenia funkcji poznawczych, z drugiej – objawy składające się na szeroko rozumiane zaburzenia zachowania [Rosen i wsp. 1984]. Te dwie grupy objawów uwarunkowane są najprawdopodobniej uszkodzeniem przez proces chorobowy różnych struktur neuroanatomicznych mózgu. Upośledzenie intelektualne pogłębia się systematycznie i taką dynamikę obserwuje się

u większości pacjentów. Natomiast zaburzenia zachowania cechuje znacznie większa zmienność i nieprzewidywalność.

Termin „zaburzenia zachowania”, chociaż powszechnie używany do opisu zachowań osób otępiąłych, nadal nie jest jednoznacznie zdefiniowany. Niektórzy autorzy obejmują tym określeniem również objawy lub zespoły objawów, które wtórnie powodują zaburzenia zachowania (np. omamy, lęk, objawy depresyjne), jak i zaburzenia zachowania, wynikające z pierwotnych zaburzeń poznawczych (zachowania stereotypowe, wędrowanie, niepokój ruchowy i ucieczki spowodowane nierozpoznawaniem otoczenia).

Dopiero od niedawna zaburzenia zachowania w przebiegu zespołu otępiennego zostały uznane za ważny problem badawczy i terapeutyczny. Podczas konferencji Międzynarodowego Towarzystwa Psychogeriatrycznego w kwietniu 1996 r., osiągnięto wspólne stanowisko i zaproponowano, by określić „zaburzenia zachowania” zastąpić terminem „przedmiotowe i podmiotowe zaburzenia zachowania i objawy psychopatologiczne” [Finkel i wsp. 1997]. Zdefiniowano je jako: „przedmiotowe i podmiotowe objawy zaburzeń spostrzegania, treści myślenia, nastroju lub zachowania, które często występują u pacjentów z otępieniem”.

Jednocześnie zaproponowano prostą zasadę podziału tych objawów na:

- objawy stwierdzane w czasie rozmowy z pacjentem i jego rodziną, jak: lęk, nastrój depresyjny, halucynacje i urojenia oraz
- objawy stwierdzane na podstawie obserwacji chorego, takie jak: agresja, krzyk, niepokój, pobudzenie, wędrowanie, zachowania niestosowne, odhamowanie seksualne, przeklinanie i podążanie za opiekunem.

Zaburzenia takie występują u większości badanych pacjentów z ch.A. w każdym z etapów rozwoju otępienia. Ich liczba wyraźnie maleje w bardzo głębokim otępieniu [Kłoszevska 1998].

W pierwszej fazie choroby zaburzenia pamięci w niewielkim tylko stopniu wpły-

wają na życie. Chorzy krytyczni wobec swego stanu przejawiają obniżony nastrój, bywają agresywni, drażliwi i nadmiernie podejrzliwi, obserwuje się u nich narastanie zmian osobowości. W tym etapie chorzy są prawie zawsze zdolni do samodzielnej egzystencji, chociaż nadzorowania wymagają już ich niektóre decyzje, np. finansowe. W miarę postępowania choroby zmiany nasilają się, a chory traci kontakt z otoczeniem, nie rozpoznaje najbliższych, traci orientację, zamyka się w sobie i staje się całkowicie zależny od innych. Konieczna jest pomoc przy myciu i ubieraniu, chorzy nie potrafią przygotować posiłku, nie kontrolują już swoich wydatków. Samodzielne spacery kończą się niekiedy niemożnością trafienia do domu. Pojawiają się zaburzenia zachowania, zaburzenia snu, niekiedy omamy wzrokowe i słuchowe. Chory ma trudności w chodzeniu i inne zaburzenia ruchowe. W końcu kontakt z opiekunem staje się jedynym kontaktem ze światem. W ostatniej fazie choroby pacjent przebywa najpierw w pozycji siedzącej, potem w łóżku, nie mówi, jest karmiony, nie kontroluje zwieraczy, mogą występować napady padaczkowe. Choroba postępuje stopniowo, ale nieuchronnie. Średni czas jej trwania od pojawienia się pierwszych objawów wynosi 8-10 lat.

Narastający stan bezradności i zagubienia bliskiej osoby stanowi silny stres dla najbliższych członków rodziny. Wraz z postępem choroby chory wymaga nieustannego nadzoru. Może też nie opuszczać łóżka pozostając na łasce najbliższych [Heckler 1985, Bishop 2000]. Sytuacja ta może mieć bardzo negatywny wpływ na członków rodziny pacjenta, zwłaszcza zaś na osobę bezpośrednio zaangażowaną w opiekę nad chorym. Ogromne poświęcenie, zaangażowanie, ciężar odpowiedzialności, przy braku poprawy, a wręcz pogarszaniu się stanu zdrowia, narastającej utracie tożsamości, postępujących zaburzeniach pamięci (często chory nie potrafi rozpoznać osoby opiekującej się nim), prowadzi do zmęczenia fizycznego i wyczerpania psy-

chicznego. Członkowie rodziny cierpiącego na otępienie często dochodzą do przekonania, że opieka nad nim przerasta ich siły i odbywa się kosztem ich zdrowia i szczęścia osobistego. W rezultacie nierzadko dochodzi do zaburzeń emocjonalnych, trudności poradzenia sobie z negatywnymi emocjami, narastania objawów depresyjnych [Zarit i wsp. 1985, Bishop 2000]. Ocenia się, że 30% współmałżonków opiekujących się chorym cierpi na depresję. Częstość występowania depresji wśród dorosłych dzieci opiekujących się jednym z rodziców cierpiącym na ch.A. wynosi 22% [American Psychiatric Association 1997].

Pojawiły się liczne badania zajmujące się wpływem choroby na rodzinę [Bury i wsp. 1998], procesem adaptacji do choroby [Namysłowska 1997], stresem w rodzinie i obciążeniem rodziny chorego [Dziduszko 1989]. Do oceny obciążenia rodziny chorego skonstruowano kilka narzędzi pomiaru [Schene i wsp. 1994].

CEL

Celem przeprowadzonych przez nas badań jest ustalenie nasilenia stresu u stałych opiekunów chorych na ch.A., sposobów zmagania się ze stresem oraz spostrzeganych zasobów wsparcia społecznego. Przyjęto hipotezę, że opiekunowie ujawniający mniejsze natężenie stresu preferują bardziej aktywne strategie radzenia sobie. Podobnie spostrzegane wsparcie społeczne sprzyja radzeniu sobie ze stresem związanym z sytuacją choroby.

METODY

W badaniach wykorzystano trzy standardowe narzędzia pomiaru, wszystkie w adaptacji Juczyńskiego [1999], tj.:

1. „Skala odczuwanego stresu” (*The Perceived Stress Scale, PSS*), opracowana przez S. Cohena i wsp. [1983] do oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego

miesiąca. Na natężenie stresu składa się nie ilość zdarzeń, lecz ich ocena. Wersja 10-pytaniowa posiada dobre wskaźniki rzetelności i trafności. Przeprowadzona analiza czynnikowa wyłoniła dwa czynniki, wyjaśniające 52% wariancji całkowitej. Dla reprezentacyjnej próbki liczącej 891 osób uzyskano średni wynik 19,72 (odchyl. stand. = 6,06).

2. Wielowymiarowy inwentarz COPE (*The Coping Orientations to Problems Experienced*), skonstruowany przez Carvera i wsp. [1989], nawiązuje do modelu stresu Folkman i Lazarusa [1988] oraz metod pomiaru stylów radzenia sobie u osób dorosłych [Wrześniewski 1996]. Radzenie sobie, wg autorów, jest wynikiem właściwości jednostki i sytuacji, stąd też wyróżniono radzenie sobie dyspozycyjne (*dispositional coping*) i sytuacyjne (*situational coping*). Skala zawiera 60 stwierdzeń i mierzy 15 strategii radzenia sobie. Wersja skrócona w polskiej adaptacji zawiera 24 stwierdzenia wchodzące w skład 6 strategii, zidentyfikowanych na podstawie analizy czynnikowej. Właściwości psychometryczne wersji skróconej są zadowalające.
3. „Skala znaczenia innych” (*The Significant Other Scale, SOS*) [Power i wsp. 1988] służy do oceny emocjonalnych oraz praktycznych funkcji wsparcia społecznego ze strony różnych znaczących osób, np. małżonek, ojciec, najbliższy przyjaciel. Każda z funkcji wsparcia oceniana jest w 7-punktowej skali ocen różnicując wsparcie otrzymywane od oczekiwane. Dotychczasowe wyniki badań wskazują, że SOS posiada zadowalające wskaźniki rzetelności i trafności.

Wyniki poddano analizie statystycznej, wykorzystując dla ustalenia istotności różnic między średnimi wynikami analizowanych grup test t-Studenta (lub test Cochran-Coxa w przypadku niejednorodnej wariancji) oraz analizę wariancji, zaś do oceny korelacji współczynnik r-Pearsona.

BADANE OSOBY

Zbadano 60 opiekunów chorych z ch.A. w Poradni dla Osób z Chorobą Alzheimera przy Klinice Psychiatrii AM w Łodzi i w Łódzkim Towarzystwie Alzheimerowskim. Średni wiek badanej grupy wynosił $56,4 \pm 11,3$ lat. Przeważały kobiety z wykształceniem średnim, ponad połowa to córki osób chorych. Podstawowe informacje dotyczące badanej grupy opiekunów chorych na ch.A. przedstawiono w tabl. 1.

Tablica 1. Charakterystyka badanej grupy opiekunów

	N	%
Płeć:		
mężczyźni	13	21,7
kobiety	47	78,3
Wykształcenie:		
podstawowe	12	20,0
średnie	37	61,7
wyższe	11	18,3
Stopień pokrewieństwa:		
współmałżonek	21	35,0
dziecko	33	55,0
rodzina	3	5,0
inni	3	5,0
Ogółem	60	100,0

N – liczebność

Tablica 2. Średnie wartości natężenia stresu i strategii radzenia sobie ze względu na płeć

	Mężczyźni		Kobiety		Test t p
	M	SD	M	SD	
Natężenie stresu	17,92	5,88	22,08	7,63	0,05
Strategie radzenia sobie:					
koncentracja na emocjach	9,61	2,29	11,28	2,45	0,03
akceptacja sytuacji	11,46	2,70	12,08	2,65	ns
zaprzestanie działań	7,08	2,56	7,96	2,58	ns
poszukiwanie wsparcia	9,77	1,87	10,91	2,56	ns
poczucie humoru	6,15	2,27	5,64	2,26	ns
używanie alkoholu/narkotyków	4,92	1,60	4,30	1,60	ns
zwrot ku religii	8,85	3,67	9,48	4,25	ns

M – średnia arytmetyczna

SD – odchylenie standardowe

p – poziom ufności

ns – różnica statystycznie nieistotna

WYNIKI

Ocena natężenia stresu i deklarowane strategie radzenia sobie ze stresem

Średnia wartość natężenia stresu w badanej grupie wynosi 21,18 (7,44) i jest wyższa niż w grupie normalizacyjnej. 45% badanych ujawnia wysokie nasilenie stresu (7-10 sten). Jak wynika z analizy treści odpowiedzi, natężenie stresu jest wynikiem odczuwanego na przestrzeni ostatniego miesiąca zdenerwowania i napięcia (38% odpowiedzi „bardzo często”, 23% „często”), trudności w poradzeniu sobie z problemami (18% „bardzo często”, 33% „często”) i poczucia narastania trudności (15% „bardzo często”, 35% „często”).

W kolejnych tablicach (2-4) przedstawiono średnie wartości natężenia stresu i badanych strategii radzenia sobie ze stresem oddzielnie dla grup o różnej płci, wykształceniu i stopniu pokrewieństwa.

Tablica 3. Średnie wartości natężenia stresu i strategii radzenia sobie ze względu na stopień wykształcenie

	Wykształcenie						Test F
	1. podstawowe		2. średnie		3. wyższe		
	M	SD	M	SD	M	SD	p
Natężenie stresu	25,17	3,99	20,54	6,54	19,00	6,24	0,05 (1-3)
Strategie radzenia sobie:							
koncentracja na emocjach	12,50	2,64	10,49	2,23	10,64	2,68	0,5 (1-2)
akceptacja sytuacji	13,50	2,19	11,73	2,52	11,00	3,03	0,05 (1-2, 1-3)
zaprzestanie działań	8,75	2,80	7,84	2,52	6,45	2,21	0,05 (1-3)
poszukiwanie wsparcia	11,17	2,97	10,46	2,43	10,82	2,04	ns
poczucie humoru	4,50	1,00	6,30	2,55	5,27	1,48	0,05 (1-2)
używanie alkoholu/narkotyków	4,42	1,16	4,32	1,02	5,18	1,83	ns
zwrot ku religii	12,58	2,84	8,38	4,06	9,10	3,88	0,001 (1-2, 1-3)

Oznaczenia jak w tablicy 2.

1-2, 1-3 – różnice statystycznie istotne między osobami z wykształceniem podstawowym (1) a średnim (2) lub wyższym (3).

Tablica 4. Średnie wartości natężenia stresu i strategii radzenia sobie ze względu na stopień pokrewieństwa

	Współmałżonek		Dziecko		Test t
	M	SD	M	SD	
Natężenie stresu	22,38	7,03	21,24	7,18	
Strategie radzenia sobie:					
koncentracja na emocjach	11,57	2,42	10,88	2,30	ns
akceptacja sytuacji	13,05	2,41	11,42	2,67	0,02
zaprzestanie działań	8,52	2,52	7,58	2,66	ns
poszukiwanie wsparcia	10,67	2,54	10,73	2,53	ns
poczucie humoru	5,29	1,76	5,85	2,33	ns
używanie alkoholu/narkotyków	4,24	0,89	4,51	1,25	ns
zwrot ku religii	10,71	4,53	8,57	3,67	0,05

Oznaczenia jak w tablicy 2.

Kobiety jako opiekunki chorych ujawniają większe nasilenie stresu niż mężczyźni ($p < 0,05$). Wśród badanych strategii radzenia sobie największe znaczenie odgrywają, w kolejności: akceptacja, koncentracja na emocjach, poszukiwanie wsparcia oraz zwrot ku religii. Strategia akceptacji wyraża postawę przyjęcia zaistniałej sytuacji jako nieodwracalnej, do czego należy się przyzwyczaić i nauczyć z tym żyć. Koncentracja na emocjach ujawnia zaniepokojenie własnymi

emocjami i tendencje do ich wyładowywania. Poszukiwanie wsparcia jest szukaniem pomocy, rady, moralnego wsparcia, sympatii czy zrozumienia. Wreszcie zwrot ku religii jest przejawem traktowania religii jako źródła wsparcia emocjonalnego i drogowskazu do pozytywnego przewartościowania.

Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic między badanymi strategiami zaradczymi a płcią, jakkolwiek – poza strategiami używania alkoholu oraz poczucia humoru –

w pozostałych wyniki kobiet są wyższe. Natomiast znaczące różnice wiążą się z wykształceniem. Zwrot ku religii przeważa u opiekunów z wykształceniem podstawowym ($p < 0,001$), podobnie jak koncentracja na emocjach, akceptacja sytuacji. W porównaniu z opiekunami z wykształceniem ponad- podstawowym częściej też zaprzestają działań, co wyraża rezygnację z podejmowania wysiłków i jest przejawem bezradności, oraz rzadziej przejawiają poczucie humoru. Z kolei stopień pokrewieństwa ujawnia dwie statystycznie istotne różnice, a mianowicie: współmałżonkowie – w porównaniu

z dziećmi – przejawiają większą koncentrację na emocjach i częściej, poszukując pomocy zwracają się ku religii.

Natężenie stresu a strategie radzenia sobie ze stresem

Na podstawie wyników PSS dokonano podziału badanych na trzy grupy: (1) o niskim (1-4 sten), (2) przeciętnym (5-6 sten) oraz (3) wysokim (7-10 sten) nasileniu spostrzeganego stresu. W tabl. 5 przedstawiono wyniki wyodrębnionych grup odnoszące się do strategii radzenia sobie ze stresem.

Tablica 5. Średnie wyniki strategii radzenia sobie dla grup zróżnicowanych ze względu na natężenie stresu

	Natężenie stresu						Test F
	1. niskie		2. średnie		3. wysokie		
	M	SD	M	SD	M	SD	p
Strategie radzenia sobie:							
koncentracja na emocjach	8,87	2,18	11,06	2,33	12,04	2,03	0,001 (1-2, 1-3)
akceptacja sytuacji	12,00	2,55	12,06	2,43	11,85	2,91	ns
zaprzestanie działań	6,75	3,11	7,06	2,07	8,81	2,20	0,01 (1-3; 2-3)
poszukiwanie wsparcia	10,37	2,30	10,94	2,22	10,67	2,74	ns
poczucie humoru	7,12	2,82	5,88	2,42	4,85	1,13	0,01 (1-3)
używanie alkoholu/narkotyków	4,25	1,00	4,94	1,63	4,37	1,08	ns
zwrot ku religii	9,31	4,71	9,35	3,31	9,37	4,32	ns

Oznaczenia jak w tablicy 2.

1-2, 1-3, 2-3 – różnice statystycznie istotne między osobami z natężeniem stresu niskim (1) a średnim (2) lub wysokim (3).

Wysokie natężenie stresu wiąże się z koncentracją na emocjach, częstszym zaprzestaniem działań oraz mniejszym poczuciem humoru. Nasilony stres powoduje nasilenie i potrzebę wyładowania własnych emocji, wpływa negatywnie na podejmowanie działań, wzmacnia poczucie bezradności i utrudnia poszukiwanie sposobów łagodzenia przykrych emocji (np. obniżając poczucie humoru).

Wymienione powyżej trzy strategie zaradcze korelują statystycznie istotnie ($p < 0,001$) z natężeniem stresu (por. tabl. 6), przy czym natężenie stresu koreluje dodatnio z koncentracją na emocjach oraz zaprzestaniem działań, zaś ujemnie z poczuciem humoru. Innymi słowy, wzrost natężenia stresu wiąże się z koncentracją na emocjach, ich wyładowaniem i rezygnacją z podejmowania działań zaradczych w sytuacjach trudnych oraz zmniejszeniem poczucia humoru.

Tablica 6. Współczynniki korelacji (r-Pearsona) między natężeniem stresu a strategiami radzenia sobie

	Natężenie stresu	Istotność korelacji
Strategie radzenia sobie:		
koncentracja na emocjach	0,51	0,001
akceptacja sytuacji	-0,03	ns
zaprzestanie działań	0,42	0,001
poszukiwanie wsparcia	0,06	ns
poczucie humoru	-0,47	0,001
używanie alkoholu/narkotyków	0,02	ns
zwrot ku religii	-0,04	ns

Oznaczenia jak w tablicy 2.

Stres a wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne oznacza tu posiadanie zasobów, które chronią przed negatywnymi skutkami stresu. Skala SOS mierzy spostrzegane wsparcie emocjonalne i praktyczne, otrzymywane ze strony znaczących dla badanego osób. Ponieważ większość badanych opiekunów wybierała do oceny wsparcia tylko jedną osobę, najczęściej swoje dziecko, rzadziej inną osobę z rodziny, dlatego w ocenie wyników uwzględniono pojedyncze źródło wsparcia. Ponadto przyjęto, iż nie tyle ważna jest wielkość ocenia-

nego wsparcia, co różnica między wsparciem otrzymywanym a oczekiwanym.

Jak wynika z tabl. 7, jedyna statystycznie istotna różnica dotyczy wsparcia emocjonalnego płynącego ze strony współmałżonka lub dziecka. Współmałżonkowie opiekunów dostarczają, w porównaniu z oczekiwaniami, zbyt mało wsparcia emocjonalnego. Ale też oczekiwania kierowane pod adresem współmałżonków są znacznie większe niż w odniesieniu do wsparcia pożądanego ze strony własnych dzieci.

Tablica 7. Porównanie średnich rozbieżności między wsparciem otrzymywanym a pożądanym

	Rozbieżność między wsparciem otrzymywanym a pożądanym				Test t, F
	praktycznym		emocjonalnym		
	M	SD	M	SD	p
Płeć:					
mężczyźni	-1,71	1,36	-1,88	1,48	ns
kobiety	-1,34	1,69	-1,94	1,59	ns
Wykształcenie:					
podstawowe	-1,50	2,00	-2,15	1,84	ns
średnie	-1,40	1,46	-1,88	1,45	ns
wyższe	-1,41	1,79	-1,86	1,73	ns
Stopień pokrewieństwa:					
współmałżonek	-1,76	1,70	-2,61	1,43	0,01
dziecko	-1,14	1,50	-1,51	1,49	ns
Ogółem	-1,42	1,62	-1,93	1,55	ns

Oznaczenia jak w tablicy 2.

Korelacja między otrzymywanym wsparciem emocjonalnym a natężeniem stresu jest ujemna, tzn. że im większe nasilenie odczu-

wanego przez opiekunów chorych stresu, tym mniejsze poczucie otrzymywanego wsparcia emocjonalnego (tabl. 8).

Tablica 8. Współczynniki korelacji (r-Pearsona) między natężeniem stresu a rodzajami wsparcia

	Natężenie stresu	Istotność korelacji
Wsparcie:		
praktyczne – otrzymywane	-0,17	ns
praktyczne – pożądane	0,00	ns
emocjonalne – otrzymywane	-0,33	0,01
emocjonalne – pożądane	-0,03	ns
Ogółem	-0,27	0,05

Oznaczenia jak w tablicy 2.

OMÓWIENIE

Opiekunowie chorych na ch.A. są narażeni na przewlekły stres, którego nasilenie jest wyższe niż w populacji ogólnej. W rezultacie, jak z przeprowadzonych badań wynika, preferowane są strategie radzenia sobie ukierunkowane na emocje, rzadziej zorientowane na zadanie. Dochodzi do obniżenia nastroju i spadku motywacji do podejmowania działań. Trudności w radzeniu sobie ze stresem i mało skuteczne zmaganie się z trudną sytuacją wynika często z niedostatecznej wiedzy na temat istoty choroby i jej przebiegu.

Wiele badań potwierdza istnienie związku między wsparciem społecznym a utrzymaniem zdrowia, uchronieniem się przed chorobą i wspomaganie procesu zdrowienia [Poprawa 1996, Sheridan i Radmacher 1998]. Kluczem w radzeniu sobie z chorobą bliskiej osoby jest dysponowanie dużym wsparciem społecznym. Okazuje się, że zasoby wsparcia, jakimi dysponują badani opiekunowie chorych, są bardzo ograniczone. Większe wsparcie oczekiwane jest przede wszystkim ze strony współmałżonków.

Wpływ zachowania osób z ch.A. na zmiany emocjonalne u ich opiekunów badali Kłoszewska i wsp. [2000]. Stwierdzono

istotny związek pomiędzy poziomem lęku u opiekuna a subiektywną oceną opiekuna dotyczącą stopnia trudności w sprawowaniu opieki. W przedstawionych badaniach większość uzyskanych wyników potwierdziła właściwie przebiegający proces przystosowania się badanych do sytuacji zmienionej przez chorobę.

Parnowski i Kotapka-Minc [1999] opisują procesy adaptacyjne zachodzące w obrębie rodziny chorego z otępieniem, zarówno na poziomie problemów psychologicznych głównego opiekuna, zmian w funkcjonowaniu całej rodziny, jak i w kontekście sieci powiązań społecznych w skali społeczności lokalnej i struktur organizacyjnych społeczeństwa. Na jakość sprawowanej opieki istotny wpływ mają wszystkie te czynniki. Parnowski i wsp. [1999] w pracy będącej częścią badań międzynarodowych potwierdzili dwie hipotezy, mówiące, że: (1) psychospołeczne skutki opieki nad chorymi z otępieniem są odmienne od opieki nad chorym bez otępienia, (2) opiekun z silnym poczuciem koherencji rzadziej przejawia objawy obciążenia, takie jak niska samoocena lub uczucie wypalenia.

Otrzymywane wsparcie często bywa odbierane ze złością. Jak wynika z innych badań, takie negatywne przejawy reakcji na

przekazywane wsparcie powodują wzrost podatności opiekunów na depresję i inne zaburzenia [Pagel i wsp. 1987, cyt. za Bishop 2000].

Osoby opiekujące się chorym wymagają wsparcia nie tylko ze strony rodziny, przyjaciół, lecz również ze strony personelu medycznego i organizacji społecznych. W wielu krajach funkcjonują oddziały opieki dziennej dla dorosłych. Liczne prace naukowe i rozległe doświadczenia praktyczne potwierdzają dużą wartość grup samopomocy [American Psychiatric Association 1997]. Stowarzyszenia alzheimerowskie zajmują się również terapią wspierającą dla opiekunów [Parnowski i Pużyński 1995].

WNIOSKI PRAKTYCZNE

Dla praktyki ważna jest konstatacja, że przewlekły stres związany z chorobą członka rodziny obciąża jego opiekunów i jest najczęściej rozładowywany w postaci różnych reakcji emocjonalnych.

1. Należy więc wykorzystać różne techniki interwencji pomagające pacjentom i ich rodzinom w radzeniu sobie ze skutkami przewlekłej choroby. Ważne są też edukacja polegająca na zapoznaniu opiekunów z istotą choroby oraz terapia ułatwiająca radzenie sobie z emocjami wywołanymi kryzysem.
2. W złagodzeniu ciężaru odpowiedzialności osoby sprawującej opiekę nad chorym pomocne może się okazać posiadanie dużego wsparcia społecznego. Nie zawsze jednak tego typu wsparcie jest oczekiwane i pożądane. Konieczne jest więc uwrażliwienie osób udzielających pomocy na sposób jej odbioru przez opiekunów chorego, tak aby nie powodować pojawienia się objawów depresji lub innych zaburzeń stanu psychicznego.
3. Dotychczasowe doświadczenia praktyczne potwierdzają dużą wartość grup samopomocy i stowarzyszeń wspierających

opiekunów chorych, dlatego należy w różny sposób pomagać już istniejącym organizacjom tego typu i sprzyjać tworzeniu nowych.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association: Practice guidelines for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (suppl.): 1-39.
2. Bilikiewicz A, Barcikowska M. Zespoły otępienne. W: Mazur R, Kozubski W, Prusiński A, red. Podstawy kliniczne neurologii. Warszawa: PZWL; 1999: 269-82.
3. Bishop GD. Psychologia zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo ASTRUM; 2000.
4. Bury L, Zaborowski B, Koniecznyńska Z, Jarema M, Cikowska G, Kunicka A, Bartoszewicz J, Muraszkiwicz L. Brzemie rodziny pacjentów ze schizofrenią objętych różnymi formami opieki psychiatrycznej. *Psychiatr Pol* 1998; 3: 275-86.
5. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically-based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56 (2): 267-83.
6. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behavior* 1983; 24: 385-96.
7. Dziduszko T, Wierzbicki S, Słupczyńska-Kossobudzka E. Obciążenie rodziny psychicznie chorego. *Biuletyn IPIŃ* 1989; 3-4: 72-84.
8. Finkel S, Silva CE, Cohen G, Miller S, Sartorius M. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12: 1060-1.
9. Folkman S, Lazarus RS. *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Press; 1988.
10. Gabryelewicz T. Rozpowszechnienie zespołów otępiennych w podeszłym wieku. *Psychiatr Pol* 1999; 3: 341-52.

11. Heckler MM. Psychology in the public forum: The fight against Alzheimer's disease. *Am Psychologist* 1985; 40: 1240-4.
12. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Przeegl Psychol* 1999; 42 (4): 43-56.
13. Kłoszewska I. Częstość występowania objawów psychotycznych i zaburzeń zachowania w poszczególnych stadiach choroby Alzheimera. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7: 305-16.
14. Kłoszewska I, Szafranec L, Sobów T. Wpływ zachowania osób z chorobą Alzheimera na zmiany emocjonalne u ich opiekunów. *Rocznik Psychogeriatryczny* 2000; 3: 25-33.
15. Namysłowska I. *Terapia rodzin*. Warszawa: PWN; 1997.
16. Pagel MD, Erdly WW, Becker J. Social networks: We get by with (and in spite of) a little help from our friends. *J Person Soc Psychol* 1987; 53: 793-804.
17. Parnowski T, Pużyński S. Opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w wieku podeszłym. *Post Psychiatr Neurol* 1995; 4: 7-11.
18. Parnowski T, Kotapka-Minc S. A review of concepts on caregiver's stress. Sense of coherence and other methods of family coherence. *Rocznik Psychogeriatryczny* 1999; 1/II: 57-70.
19. Parnowski T, Baro F, Wagenfeld M, Gallagher T, Gebryelewicz T, Skulimowska I, Matuszewska E, Kiedrowska A. Sense of coherence and burden in caregivers to demented and non-demented elderly in Poland. *Rocznik Psychogeriatryczny* 1999; 1/II: 153-69.
20. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G, red. *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 1996: 101-36.
21. Power MJ, Champion LA, Aris SJ. The development of a measure of social support: the Significant Others Scale (SOS). *Br J Clin Psychol* 1988; 27: 349-58.
22. Rosen WG, Mohs RC, Davis KL. A new rating scale for Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1356-64.
23. Schene AH, Tessler RC, Gemache GM. Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1994; 29: 228-40.
24. Sheridan CL, Radmacher SA. *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo PTP, Instytut Psychologii Zdrowia; 1998.
25. Wender M. Epidemiologia otępienia starczego typu Alzheimera. XIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurologicznego; Warszawa: 1988.
26. Wrześniewski K. Pomiar radzenia sobie ze stresem - wybrane zagadnienia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medyczne* 1996; 8-9: 34-46.
27. Zarit SH, Orr NK, Zarit JM. *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. New York: New York University Press; 1985.

Adres: Dr Grażyna Adamiak, Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii Akademii Medycznej, ul. Bardowskiego 1, 91-084 Łódź