

## Konsekwencje opieki nad pacjentem z zaburzeniem psychicznym – definicje i narzędzia oceny

### Caregiving consequences in mental disorders – definitions and instruments of assessment

Magdalena Ciałkowska-Kuźmińska, Andrzej Kiejna

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

#### Summary

Severe mental illnesses have far-reaching consequences for both patients and their relatives. This paper reviews literature on the measures of caregiving consequences. Authors provide a condensed knowledge and research results in the area of caregiving consequences, especially both subjective and objective caregivers' burden. The consequences of care apply to carers' social and leisure activities, financial status, health condition. The burden of care has three fundamental causes: the reorganisation of mental health services, a social isolation of patients and their families and the lack of systemic support for caregivers. The problem of caregiving consequences has been investigated in several studies. In order to identify factors, which have impact on caregiver distress, a variety instruments have been developed. This paper focuses on questionnaires useful for the systematic assessment of both objective and subjective burden: Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ), Perceived Family Burden Scale (PFBS), Zarit Caregiver Burden Scale (ZCBS), Experience of Caregiving Inventory (ECI), Family Problems Questionnaire (FPQ). The mentioned instruments proved to be a reliable instrument for measuring caregiver consequences in mental healthcare.

*Słowa kluczowe:* konsekwencje opieki, choroba psychiczna, narzędzia

*Key words:* caregiving consequences, mental disorder, instruments

#### Wstęp

W ciągu ostatniego pięćdziesięciolecia nastąpiła rewolucyjna zmiana w perspektywie badawczej i klinicznej dotyczącej pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, ich rodzin oraz kontekstu opieki w środowisku. W konsekwencji w Europie w latach 50. rozpoczął się proces deinstytucjonalizacji, który w wielu krajach – w tym w Polsce – przebiegał i nadal przebiega dysharmonijnie i z opóźnieniem. Część pomysłów dotyczących opieki środowiskowej nie znalazła satysfakcjonującego odzwierciedlenia w praktyce klinicznej, mimo tego wspomniane zmiany w myśleniu

stanowią miłowy krok na drodze do pełnej integracji osób chorych, wsparcia ich rodzin oraz rzeczywistego przestrzegania praw człowieka w zakresie poszanowania godności osobistej. Pacjenci psychiatryczni w znacznie większym zakresie mogą cieszyć się pełnią funkcjonowania w środowisku rodzinnym i lokalnym.

Wraz z przebiegiem reform w psychiatrycznej opiece zdrowotnej ciężar opieki nad pacjentami z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi w istotnym stopniu przerzucany jest na najbliższe osoby z otoczenia chorego, a więc na jego rodzinę i przyjaciół. Obserwuje się w związku z tym wzrost zainteresowania różnymi aspektami jakości życia opiekunów, poziomem ich funkcjonowania społecznego i kulturalnego, specyficznymi konsekwencjami psychologicznymi czy dolegliwościami somatycznymi, będącymi następstwem doświadczanego stresu. Zainteresowanie dobrostanem (well-being) opiekunów jest istotne również z uwagi na niezwykle praktyczny, społeczno-ekonomiczny wymiar. W sytuacji, gdy koszty związane z opieką są w większym stopniu ponoszone przez opiekunów, aniżeli przez budżet państwa, jakakolwiek niewydolność tej opieki stanowi nieplanowane, kosztowne obciążenie państwowej opieki zdrowotnej i społecznej (stacjonarna opieka zdrowotna i społeczna – tj. szpitale, domy pomocy społecznej etc.) [1, 2].

### Jak rozumieć pojęcie konsekwencji opieki?

Myśląc o roli opiekuna i wszelkich jej skutkach, na pierwszy plan wysuwają się różnego rodzaju dolegliwości, negatywne konsekwencje wypływające z opieki. Dotyczyć one mogą nie tylko samego tzw. głównego opiekuna, ale również całej rodziny i bliskich, zarówno pacjenta, jak i opiekuna, zwłaszcza jeśli on sam nie jest formalnie krewnym pacjenta [2, 3, 4, 5, 6].

W ramach konsekwencji negatywnych, a więc obciążenia (ang. burden) opiekunów, wyróżniono:

- Obciążenie obiektywne – odnoszące się bezpośrednio do przewlekłości i ciężkości obserwowanych symptomów pacjenta, obiektywnych wskaźników socjodemograficznych, takich jak wiek, płeć, poziom wykształcenia i zarobków zarówno pacjenta, jak i opiekuna, poziom pokrewieństwa pomiędzy nimi. Obciążenie obiektywne wyraża się w dających się opisać w kategoriach behawioralnych zmianach na poziomie codziennych czynności domowych, liczbie i jakości podejmowanych relacji rodzinnych i społecznych, zmianach w aktywności zawodowej, spędzaniu czasu wolnego. Wymiarem obciążenia obiektywnego jest również pogorszenie się stanu zdrowia somatycznego opiekuna.
- Obciążenie subiektywne – związane z poczuciem ciężaru i nieuchwytnymi bezpośrednio różnymi aspektami funkcjonowania psychicznego opiekuna i rodziny, uwidacznia się w odczuwanym stresie, obniżeniu dobrostanu psychospołecznego, konsekwencjach natury emocjonalnej [2–6].

Nie ma całkowitej zgody co do powyższego podziału, często też teoretyczne podstawy pojęcia brzemienia są różnie rozumiane, stąd też rodzą się niespójności w tworzonych kwestionariuszach; w konsekwencji trudno porównywać wyniki poziomu obciążenia uzyskane za pomocą różnych skal [5].

Zainteresowania badaczy w minimalnym jedynie stopniu skupione są na pozytywnych konsekwencjach opieki nad pacjentem psychiatrycznym, częściej doniesienia dotyczą ogólnych form sprawowania opieki, np. nad osobami starszymi, wymagającymi co prawda opieki, ale wystarczająco samodzielny i sprawny [7]. Wynika to zdaniem autorów z wielu uwarunkowań, przede wszystkim – z doświadczeń klinicznych, które pokazują, że rodziny i bliscy pacjentów są na tyle obciążeni, że bez właściwych oddziaływań psychospołecznych długoterminowa opieka nad osobą chorującą na poważne zaburzenie psychiczne prowadzi do wielu indywidualnych i rodzinnych negatywnych skutków. Opieka taka bez indywidualnych przeformułowań nie może być źródłem satysfakcji i osobistego rozwoju [8].

Innym uwarunkowaniem jest być może biomedyczny i patogenetyczny model uprawiania medycyny, dla którego kategoria zdrowia była przez lata pojęciem pustym. Zdrowie uznane zostało za „stan bez patologii” (fizycznej i psychicznej) – w odróżnieniu od współczesnej definicji WHO, w której jest ono dobrostanem (well-being) w obszarze tak fizycznym, jak i psychicznym oraz społecznym. Rzecz jasna nastawienie salutogenetyczne rozwija się wyraźnie nie tylko na gruncie medycyny, ale i innych nauk o zdrowiu, stąd wspomniane badania nad pozytywnymi konsekwencjami szeroko rozumianej opieki. Brak jest jednak badań nad pozytywnymi aspektami opieki nad pacjentem psychiatrycznym.

Badania nad obciążeniem opiekunów sprawujących opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi wskazują, że nasilone obciążenie dodatnio koreluje z ciężkim przebiegiem zaburzenia, dłuższym czasem trwania epizodów, gorszym funkcjonowaniem społecznym, większą liczbą hospitalizacji w ciągu ostatnich lat, brakiem zatrudnienia podopiecznego [9, 10, 11], niskimi umiejętnościami radzenia sobie z jego zachowaniami, opieką nad pacjentem płci męskiej, pozostającym w związku małżeńskim [9]. Badania w istotny sposób wskazują na występowanie u obciążonych opiekunów objawów zaburzeń nerwicowych i depresyjnych, u których podłoża leży przeżywany stres [11, 12]. Wyższe obciążenie dodatnio koreluje z wyższym wskaźnikiem zachowań ryzykownych zdrowotnie i w związku z tym z częstszymi kontaktami ze służbą zdrowia, w szczególnych sytuacjach wiąże się z poczuciem bycia naznaczonym oraz poczuciem mniejszego wsparcia społecznego [13, 14]. Badacze wskazują również na odczuwane przez opiekunów ograniczenia w zakresie życia społecznego oraz doświadczane przez nich poczucie straty [15].

Warto mieć na uwadze, że wyniki dotyczące czynników wpływających na obciążenie opiekunów nie są jednoznaczne – są zależne od kręgu kulturowego oraz właściwości parametrycznych konkretnego narzędzia oceniającego obciążenie opiekunów i od zastosowania dodatkowych kwestionariuszy.

Znajomość potrzeb opiekunów oraz ich poczucia obciążenia opieką przybliża do stworzenia im, jako grupie pośrednich beneficjentów państwowej służby zdrowia, lepszych warunków wsparcia i opieki w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

### **Narzędzia do oceny konsekwencji opieki**

Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ) – Kwestionariusz Oceny Zaangażowania – służy do oceny zaangażowania w sprawowanie opieki nad osobą z zaburzeniami

psychicznymi. Obejmuje zestaw 31 pytań oraz stwierdzeń, które są skierowane do opiekuna, tj. osoby wskazanej przez pacjenta bez względu na stopień pokrewieństwa. Osobą właściwą do wypełnienia IEQ jest osoba poświęcająca choremu co najmniej jedną godzinę tygodniowo [16, 17, 18]. Poszczególne pozycje kwestionariusza odnoszą się do osobistych doświadczeń osoby sprawującej opiekę nad chorym w ostatnich czterech tygodniach przed badaniem. Wszystkie pozycje kwestionariusza są punktowane w 5-punktowej skali Likerta, a odpowiedzi, jakich respondent może udzielić, są stopniowane zgodnie z częstotliwością doświadczania poszczególnych zdarzeń, poczynając od „nigdy”, a kończąc na „zawsze”.

Zaletami IEQ są: łatwość administrowania narzędziem, małe obciążenie czasowe respondenta (około 30 minut) oraz szeroki zakres konsekwencji opieki, jakie ono ocenia.

Analiza czynnikowa wykazała, że 27 pozycji kwestionariusza (dwie pozycje widać w więcej niż jednej domenie) buduje cztery domeny (podskale):

- napięcie (tension) – 9 pytań, które dotyczą napiętej atmosfery w relacji opiekuna i podopiecznego, wynikającej z uciążliwych zachowań pacjenta, takich jak np. prowokowanie kłótni czy zachowania zagrażające osobom z otoczenia,
- nakłanianie (urging) – 8 pozycji, odnoszących się do konieczności mobilizowania chorego do wykonywania podstawowych czynności, takich jak np. podejmowanie codziennej aktywności, ale i właściwe dbanie o higienę osobistą, prawidłowe odżywianie się,
- martwienie się (worrying) – 6 pytań, obejmujących obawy opiekuna dotyczące m.in. przyszłości i bezpieczeństwa chorego, jego ogólnego stanu zdrowia czy leczenia, jakie otrzymuje,
- nadzór (supervision) – 6 pozycji, odnoszących się do działań opiekuna mających na celu kontrolę takich obszarów funkcjonowania podopiecznego jak: zażywanie leków, sen, niebezpieczne lub ryzykowne zachowania [11, 16, 18, 19].

Niestety, dotychczas brak jest polskiej adaptacji Kwestionariusza Oceny Zaangażowania, stosowany na gruncie polskim jest tłumaczeniem wersji anglojęzycznej, mającej satysfakcjonujące właściwości statystyczne. Kwestionariusz Oceny Zaangażowania był wykorzystywany w Polsce w ramach konsorcjalnego badania EDEN, a także w kilku pracach doktorskich [16, 17]; obecnie narzędzie to wykorzystuje w swoich badaniach doktorskich współautorka niniejszego opracowania. Czytelników szerzej zainteresowanych kwestionariuszem odsyłam do pracy autorstwa Ciałkowskiej, Hadrysia, Kiejny [16].

Perceived Family Burden Scale (PFBS) została stworzona do analiz obciążenia rodziny, spowodowanego zachowaniami pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Obejmuje listę 24 takich zachowań, które mogą przyczynić się do odczuwania przez opiekuna brzemienia. Dwustopniowa samodzielna ocena dokonywana przez opiekuna dotyczy: (1) określenia, czy dana sytuacja aktualnie występuje czy też nie, oraz (2) oszacowania stopnia, w jakim opiekun czuje się obciążony zachowaniem obecnie występującym. PFBS ocenia więc zarówno poziom obciążenia obiektywnego, jak i subiektywnego [5, 20, 21]. Każda pozycja jest oceniana wg skali 0–4, gdzie

0 oznacza brak wymienionego zachowania, 1 – występowanie wyszczególnionego zachowania, ale bez poczucia obciążenia, natomiast 2, 3 oraz 4 odpowiadają zróżnicowanym stopniom nasilenia obciążenia – odpowiednio: łagodnego, umiarkowanego oraz ciężkiego stopnia. W analizach statystycznych skala ta uzyskała bardzo wysoki wskaźnik spójności wewnętrznej [5, 20, 21].

Zarit Caregiver Burden Scale (ZCBS) jest narzędziem do samodzielnego administrowania, składającym się z 22 pozycji. Poszczególne pytania odnoszą się do doświadczeń opiekunów związanych z negatywnymi następstwami opieki nad pacjentem psychiatrycznym. Skala koncentruje się w szczególności na obszarze somatycznego i psychicznego zdrowia, funkcjonowania społecznego oraz sytuacji ekonomicznej. Pytania dotyczą zarówno obciążenia obiektywnego – np. „Czy ma Pan/Pani poczucie niewystarczających środków finansowych, aby opiekować się krewnym, poza resztą wydatków?”, czy też: „Czy ma Pan/Pani poczucie, że Pana/Pani zdrowie ucierpiało z powodu Pańskiego/Pani zaabsorbowania krewnym?” (tłumaczenia własne autorów) – jak i subiektywnego: „Czy czuje się Pan/Pani zażenowany zachowaniem krewnego? Czy odczuwa Pan/Pani złość w obecności krewnego?”. Są i takie, które wprost odnoszą się do poczucia ciężaru związanego z opieką: „Czy chciał(a)by Pan/Pani powierzyć opiekę nad krewnym komuś innemu?”, „Czy ma Pan/Pani niepewność odnośnie tego, co należy robić w stosunku do krewnego?”. Każda z pozycji jest oceniana, podobnie jak w IEQ, w 5-punktowej skali Likerta i podobnie jak w IEQ ocena jest stopniowana zgodnie z częstotliwością doświadczenia poszczególnych zdarzeń, poczynając od „nigdy”, „rzadko”, „czasami”, „dość często”, a kończąc na „prawie zawsze”; wyjątek stanowi pytanie ostatnie: „W jakim stopniu czujesz się wypalony w związku z opieką nad krewnym?” – w tym wypadku skala odpowiedzi rozciąga się od „wcale”, poprzez „trochę”, „umiarkowanie”, „dosyć”, „skrajnie”.

Suma punktów uzyskiwanych w omawianej skali waha się od 22 do 110 [22, 23, 24]. Stworzona również została jej skrócona, a także przesiewowa (odpowiednio 12- i 4-itemowa) wersja – ZBI; nie zmienia ona w sposób istotny właściwości statystycznych narzędzia. Zainteresowanie tymi obiema skalami świadczy o ich dużej użyteczności i popularności [25].

Experience of Caregiving Inventory (ECI) został stworzony do samooceny doświadczeń opiekuna osoby chorującej na poważne zaburzenia psychiczne. Atutem ECI jest to, że osadzony został w ramach modelu stres – ocena – radzenie sobie oraz odnosi się zarówno do negatywnych, jak i pozytywnych doświadczeń związanych z opieką. Na inwentarz składa się 66 pozycji, pogrupowanych w osiem skal negatywnych (52 pozycje) oraz dwie pozytywne (14 pozycji). W skład skal negatywnych wchodzi następujące podskale: trudne zachowania, objawy negatywne, piętno, problemy z usługami (problems with services), wpływ na rodzinę, potrzeba wsparcia w opiece, zależność i strata. Podskale skal pozytywnych stanowią: nagradzające pozytywne doświadczenie osobiste oraz dobra relacja z pacjentem. Uzyskanie większej liczby punktów związane jest z poważniejszym stopniem nasilenia obciążenia opieką. Każda z podskal uzyskała w badaniach satysfakcjonującą rzetelność [26, 27, 28].

Family Problems Questionnaire (FPQ) jest narzędziem, składającym się z 34 pozycji, obejmującym następujące obszary problemowe: brzemień obiektywne, brzemień

subiektywne, wsparcie otrzymywane przez rodzinę od profesjonalistów oraz członków sieci społecznej w sytuacjach kryzysowych dotyczących pacjenta, pozytywnie nasyczone postawy krewnego wobec pacjenta oraz krytyczną opinię krewnego o zachowaniu pacjenta. FPQ został stworzony i był doskonalony w Narodowym Instytucie Zdrowia w Rzymie we współpracy z Instytutem Psychiatrii Uniwersytetu w Neapolu. Opracowano go i zwalidowano w 5 językach (angielskim, włoskim, portugalskim, greckim i niemieckim). Współczynnik zgodności k-Cohena w analizie test – retest (po 10 dniach) dla 79% pozycji kwestionariusza wyniósł pomiędzy 0,50 a 1,0. Poszczególne podskale osiągają wartość alfa wahającą się pomiędzy 0,91 a 0,65, wyjaśniając 74% wariancji [29].

### Podsumowanie

Celem niniejszego opracowania było przybliżenie polskiemu Czytelnikowi nieznanym szerzej w kraju narzędzi do oceny obciążenia opiekunów pacjentów psychiatrycznych. Praca nie wyczerpuje oczywiście tej tematyki, stanowiąc ogólne wprowadzenie w zagadnienie.

Problem konsekwencji opieki nad pacjentami cierpiącymi z powodu przewlekłych zaburzeń psychicznych od kilku dekad skupia na sobie uwagę badaczy i praktyków. W Polsce sytuacja rodzin czy przyjaciół osób psychicznie chorych jest wyraźnie odmienna niż w krajach Europy Zachodniej. Niewątpliwie jest to powiązane z ogólną sytuacją służby zdrowia, brakami kadrowymi (psychiatry, psychologowie, pracownicy socjalni, terapeuci zajęciowi) i niedofinansowaniem psychiatrii, brakiem ugruntowanych lokalnych rozwiązań w zakresie psychiatrii środowiskowej. Zdaniem autorów niedostateczna troska o faktycznych opiekunów pacjentów jest uwarunkowana również utwalonymi stereotypami społecznymi, które skutkują izolowaniem tak pacjentów, jak i ich rodzin. Ważne, aby decydenci w Polsce czerpali z rezultatów analiz finansowych i doświadczeń systemów psychiatrycznej opieki zdrowotnej innych państw, które wyraźnie wskazują zależność pomiędzy wysokiej jakości usługami świadczonymi pacjentom i ich rodzinom a efektywnością opieki i – dalej – mniejszymi nakładami finansowymi skarbu państwa na tę opiekę. W warunkach polskich widzimy nieustanny niedostatek przemyślanych systemowych rozwiązań, zbyt małą liczbę projektów lokalnych, które mogłyby złagodzić subiektywne i obiektywne obciążenie rodzin. Wraz z dokonującymi się zmianami w psychiatrii zespół wrocławski stawia sobie za cel zmniejszenie w obszarze lokalnym tego niedostatku.

### Результаты опеки над пациентом с психическими нарушениями – дефиниции и пособия для оценки

#### Содержание

Серьезные психические нарушения осложняют далеко идущие конвенции как для самих пациентов, так и их семей. Представленное исследование опирается на обзор литературных источников относящихся к пособиям для оценки результатов опеки. Авторы работы представляют актуальные данные и результаты исследований над проводимой опекой помощи психически больным. Проведена оценка субъективного и объективного состояния опекунов.



Результаты опеки относятся к проблемам общественного функционирования, активности в свободное время больного, финансового положения и состояния здоровья опекунов. Нагрузка, связанная с опекой над больным, содержит три основные причины, а именно: реорганизация психиатрической здравоохранительной опеки, оштетвенная изоляция пациентов и их семей, а также недостаточность системных форм поддержки опекунов. Проблемы консеkwенции опеки были многократно исследованы. Создано ряд учебных пособий, которые могут идентифицировать факторы, влияющие на состояние дистресса опекунов. В настоящей работе представлены глоссарии, пригодные для систематической оценки как объективного, так и субъективного фактора нагрузки. К ним относятся: Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ), Percived Family Burden Scale (PFBS), Zarit Caregiver Burden Scale (ZCBS), Experience of Caregiving Inventory (ECI), Family Problems Questionnaire (FPQ).

### **Folgen der Betreuung eines Patienten mit psychischen Störungen – Definition und Werkzeuge zur Beurteilung**

#### **Zusammenfassung**

Ernsthafte psychische Störungen implizieren weit gehende Folgen sowohl für die Patienten als auch für ihre Familien. Die vorliegende Studie stützt sich auf die Literaturübersicht zu den Werkzeugen, die zur Messung der Folgen der Betreuung dienen. Die Autoren beschreiben den aktuellen Stand und Ergebnisse der Studien an den Folgen der Betreuung der psychiatrisch kranken Patienten, darunter auch an den subjektiven und objektiven Belastung der Betreuer. Die Folgen der Betreuung betreffen die soziale Funktionsweise, Aktivitäten in der Freizeit, finanzielle Lage und Gesundheitszustand der Betreuer. Die berufliche Belastung, die mit der Betreuung verbunden ist, hat drei Ursachen – es ist die Reorganisation der psychiatrischen Gesundheitsbetreuung, soziale Isolierung der Patienten und ihrer Familien, auch die Mängel im System der Unterstützung der Patienten. Das Problem der Folge der Betreuung wurde schon mehrmals untersucht. Es wurde eine Reihe der Werkzeuge zur Messung gebildet, die zum Ziel haben, die Faktoren zu identifizieren, die einen Einfluss auf den Dysstresspiegel der Betreuer haben. Die vorliegende Studie fokkuiert auf die Fragebögen, die für systematische Beurteilung der Belastung brauchbar sind, sowohl der objektiven, als auch der subjektiven Belastung: Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ), Perceived Family Burden Scale (PFBS), Zarit Caregiver Burden Scale (ZCBS), Experience of Caregiving Inventorz (ECI), Family Problems Questionnaire (FPQ).

### **Les conséquences de s'occuper du patient souffrant des troubles mentaux – définitions et instruments d'appréciation**

#### **Résumé**

Les troubles mentaux sévères causent les conséquences importantes pour les patients ainsi que pour leurs familles. Ce travail donne la revue de littérature concernant surtout les instruments d'appréciation des conséquences de soigner ces patients. Les auteurs présentent l'état actuel des connaissances en question et les résultats des recherches concernant les conséquences de s'occuper des patients psychiatriques y compris les subjectifs et objectifs fardeaux de personnes soignant ces patients. Les conséquences touchent leur : fonctionnement social, loisirs, état financier et état de santé. Les fardeaux liés avec les soins des malades résultent de trois causes principales : réorganisation du système des services médicaux, isolation sociale des patients et de leurs familles, manques du système de soutient des familles. Le problème de conséquences a été examiné plusieurs fois, on a créé beaucoup d'instruments servant à identifier les facteurs influant sur le niveau du stress des personnes soignant les malades. Ce travail parle surtout des questionnaires mesurant les fardeaux subjectifs et objectifs tels que : Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ), Perceived Family Burden Scale (PFBS), Zarit Caregiver Burden Scale (ZCBS), Experience of Caregiving Inventory (ECI), Family Problems Questionnaire (FPQ).

### Piśmiennictwo

1. Wolff N, Perlick DA, Kaczynski R, Calabrese J, Nierenbreg A, Miklowitz DJ. *Modeling costs and burden of informal caregiving for persons with bipolar disorder*. J. Ment. Health Policy Econ. 2006; 9 (2): 99–110.
2. Award AG, Voruganti LN. *The burden of schizophrenia on caregivers: a review*. Paharmacoecon. 2008; 26 (2): 149–162.
3. Schene AH. *Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1990; 25: 289–297.
4. Schene AH, Tessler RC, Gamache GM. *Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1994; 29: 228–240.
5. Reine G, Lancon C, Simeroni MC, Duplan S, Auguier P. *Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments*. Encephal. 2003; 29 (2): 137–147.
6. Sales E. *Family burden and quality of life*. Qual. Life Res. 2003; 12, suppl. 1: 33–41.
7. Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. *Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 2002; 17 (2): 184–188.
8. Veltman A, Cameron J, Stewart DE. *The experience of providing care to relatives with chronic mental illness*. J. Nerv. Ment. Dis. 2002; 190 (2): 108–114.
9. Harvey K, Burns T, Fahy T, Manley C, Tattan T. *Relatives of patients with severe psychotic illness: factors that influence appraisal of caregiving and psychological distress*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2001; 36 (9): 456–461.
10. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. *Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005; 40: 899–904.
11. Roick C, Heider D, Bebbington PE, Angermeyer MC, Azorin JM, Brugha TS, Kilian R, Johnson S, Toumi M, Kornfeld A—EuroSC Research Group. *Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain*. Brit. J. Psychiatry 2007; 190: 333–338.
12. Salleh MR. *The burden of care of schizophrenia in Malay families*. Acta Psychiatr. Scand. 1994; 89 (3): 180–185.
13. Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Chessick C, Wolff N, Kaczynski R, Ostacher M, Patel J, Desai R—STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. *Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder*. Bipolar Disord. 2007; 9 (3): 262–273.
14. Perlick DA, Miklowitz DJ, Link BG, Struening E, Kaczynski R, Gonzalez J, Manning LN, Wolff N, Rosenheck RA. *Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder*. Brit. J. Psychiatry 2007; 190: 535–536.
15. Magliano L, Fiorillo A, de Rosa C, Maj M and the National Mental Health Project Working Group. *Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: preliminary results from an Italian national study*. Acta Psychiatr. Scand 2006 (supl.); 429: 60–63.
16. Ciałkowska M, Hadryś T, Kiejna A. *Kwestionariusz Oceny Zaangażowania (Involvement Evaluation Questionnaire) – charakterystyka i zastosowanie*. Psychiatr. Pol. 2009; 43 (4): 435–544.
17. Hadryś T, Adamowski T, Kiejna A. *Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregiver's burden?* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2010; 23.
18. van Wijngaarden B, Schene AH, Koeter M, Vázquez-Barquero JL, Knudsen HC, Lasalvia A, McCrone P. *Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire – European Version. EPSILON study 4*. Brit. J. Psychiatry 2000; 177 (supl. 39): 21–27.
19. Meijer K, Schene A, Koeter M, Knudsen HC, Becker T, Thornicroft G, Vázquez-Barquero JL, Tansella M. *Needs for care of patients with schizophrenia and the consequences for their infor-*



- mal caregivers. Results from the EPSILON multi centre study on schizophrenia.* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2004; 39: 251–258.
20. Ryder AG, Bean G, Dion KL. *Caregiver responses to symptoms of first-onset psychosis: a comparative study of Chinese- and Euro-Canadian Families.* Transcult. Psychiatry 2000; 37 (2): 225–236.
  21. Levene JE, Lancee W, Seeman MV, Skinner H, Freeman SJ. *Family and patient predictors of symptomatic status in schizophrenia.* Can. J. Psychiatry 2009; 54 (7): 446–451.
  22. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. *Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden.* Gerontol. 1980; 20 (6): 649–655.
  23. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Úrizar A, Kavanagh DJ. *Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia.* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005; 40: 899–904.
  24. Lu L, Wang L, Yang X, Feng Q. *Zarit Caregiver Burden Interview: Development, reliability and validity of the Chinese version.* Psychiatry and Clinical Neurosciences 63 (6): 730–734.
  25. Bédard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell M. *The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version.* Gerontol. 2001; 41 (5): 652–657.
  26. Sepulveda AR, Whitney J, Hankins M, Treasure J. *Development and validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people with eating disorders.* Health Qual. Life Outcom. 2008 21; 6: 28.
  27. Tennakoon L, Fannon D, Doku V, O'Ceallaigh S, Soni W, Santamaria M, Kuipers E, Sharma T. *Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis.* Brit. J. Psychiatry 2000; 177: 529–533.
  28. Szmukler GI, Burgess P, Herrman H, Benson A, Colusa S, Bloch S. *Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory.* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1996; 31 (3–4): 137–148.
  29. Magliano L, Fiorillo A, de Rosa C, Malangone C, Maj M and National Mental Health Project Working Group. *Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders.* Soc. Sc. Med. 2005; 61 (2): 313–322.

Adres: Magdalena Ciałkowska-Kuźmińska  
Katedra i Klinika Psychiatrii  
Akademii Medycznej  
50-367 Wrocław, wybrzeże L. Pasteura 10

Otrzymano: 2.05.2010  
Zrecenzowano: 24.05.2010  
Otrzymano po poprawie: 14.06.2010  
Przyjęto do druku: 18.06.2010

# PSYCHOTERAPIA

NR 2 (153) 2010

Index Copernicus 3,96  
Liczba punktów MNiSW — 6

## SPIS TREŚCI

<b>Jacek Filek</b> Dopytywanie się o przemoc.....	5
<b>Wojciech Hańbowski</b> Ojcowie i synowie.....	15
<b>Paweł Glita</b> Uwagi do tekstu Wojciecha Hańbowskiego „Ojcowie i synowie” .....	23
<b>Jakub Bobrzyński</b> Proces zdrowienia po urazie psychicznym .....	25
<b>Marek Gajowy, Daniel Mikułowicz, Paweł Sala, Witold Simon</b> Przedwczesne przerywanie psychoterapii grupowej — specyfika zjawiska i sugestie jego ograniczania .....	33
<b>Wojciech Hańbowski</b> Zastosowanie koncepcji psychoanalitycznej w społeczności terapeutycznej.....	49
<b>Andrzej Korolczuk</b> Psychoterapia grupowa w młodzieżowym oddziale psychiatrycznym.....	55
<b>Wiesław Sikorski</b> Trening zachowań niewerbalnych osób po doznanym lewostronnym udarze mózgu.....	69

KRAKÓW – LATO 2010