

Konstantinos Tsirigotis¹, Wojciech Gruszczyński², Barbara Krawczyk³

¹Zakład Psychologii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim

²Klinika Zaburzeń Nerwicowych Związanych ze Stressem, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³Oddział Psychiatryczny I Szpitala Wojewódzkiego w Bełchatowie

Zaburzenia depresyjne u członków rodzin pacjentów z rozpoznaniem przewlekłej schizofrenii

Depressive disorders in family members of patients diagnosed with chronic schizophrenia

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroba członka rodziny stanowi trudną sytuację nie tylko dla chorego, lecz często i dla pozostałych członków. Sytuacja staje się jeszcze trudniejsza, jeśli jest to choroba psychiczna i do tego przewlekła; choroba może stanowić obciążenie, a nawet przeciążenie nie tylko dla samego chorego, lecz również dla jego bliskich.

Cel pracy. Głównym celem pracy była ocena zaburzeń nastroju o obrazie depresyjnym u opiekunów pacjentów przewlekle chorych na schizofrenię.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 100 dorosłych osób opiekujących się w sposób ciągły członkiem rodziny chorym na przewlekłą schizofrenię. W badaniach wykorzystano Skalę Depresji Becka.

Wyniki. Osoby badane doświadczyły zaburzeń emocjonalnych (np. obniżenia nastroju), intelektualnych (np. zaburzenia koncentracji uwagi), często występowały u nich zaburzenia snu. Badani byli narażeni na przewlekły stres, a w większości sami korzystali z porad profesjonalistów. Na podstawie badań stwierdzono, że opiekunowie sami doświadczali dolegliwości somatycznych i psychicznych, opiekując się najbliższymi od dłuższego czasu.

Według Skali Depresji Becka stopień depresji umiarkowanie ciężkiej występował u 60% badanych, depresji łagodnej – u 28%, bardzo ciężkiej – u 7% badanych. Nasilenie depresji występowało u 95% ankietowanych, a tylko 5% nie wykazywało objawów.

Wśród objawów psychofizycznych dominowały najczęściej: poczucie niewydolności (49%), niezdolność do pracy (43%), brak satysfakcji (35%), drażliwość (35%), wołanie o pomoc (34%), obniżenie nastroju (33%). Do objawów somatycznych występujących u ankietowanych należały: zmęczenie (44%), dolegliwości somatyczne (35%), zniekształcony obraz ciała (34%), zaburzenia snu (30%).

Wnioski. Opieka nad członkiem rodziny jest bardzo trudna i obciąża opiekunów, dlatego aby ją sprawować, opiekunowie powinni posiadać kompleksową wiedzę i otrzymywać wsparcie psychologiczne. Zaburzenia depresyjne u osób opiekujących się chorymi na przewlekłą schizofrenię są ogromnym, poważnym problemem zdrowotnym i społecznym.

Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (4): 469–476

Słowa kluczowe: opiekunowie, rodzina, zaburzenia depresyjne, schizofrenia

ABSTRACT

Introduction. The disease of a family member constitutes a difficult situation, requiring activating of coping mechanisms not only in the ill person, but often also in the other members. The situation is becoming even more difficult, if it is a psychosis and in addition a chronic one; disease may constitute strain (stress) or even overstrain (distress) not only for the patient, but also for his family and his close ones.

Aim of the study. The main aim of the work was the assessment of depressive disorders among the carers of patients having chronic schizophrenia.

Material and methods. The research was carried out among 100 adults who permanently look after a chronically schizophrenic member of their families. In the research there was used Beck Depression Inventory Scale.

Results. The examined people experienced emotional disorders (e.g. reduced mood), intellectual disorders (like concentration, attention and sleeping problems). The carers were exposed to lengthy stress and in most cases they themselves took advice from professionals. The research resulted in the fact that carers of schizophrenic people suffered themselves from somatic and psychological ailments for a longer time.

Adres do korespondencji: dr Konstantinos Tsirigotis, Zakład Psychologii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Słowackiego 114/118, 97–300 Piotrków Trybunalski, tel. (44) 732 74 00, w. 149; e-mail: psyche1@onet.eu, Kostek@esculap.pl, ewkom@poczta.onet.pl

Praca nie była sponsorowana.

According to Beck Depression Scale the level of moderate-severe depression appeared in 60% of examined, soft depression in 28% and severe depression developed in 7% of the women. The intensification of depression was generally found in 95% of cases and only 5% of the examined did not show any symptoms.

Among the psychological symptoms there dominated the most: the sense of insufficiency (49%), inability to work (43%), the lack of satisfaction (35%), over-sensitivity (35%), calling for help (34%) and reduced mood (33%). The somatic symptoms appearing in the examined people are the following: fatigue (44%), somatic disorders (35%), a distorted view of one's body (34%), sleep disorders (30%).

Conclusions. Looking after a member of one's family is very difficult. This is a great burden for carers and this lead to depressive disorders. To take care of a patient the carers must have complex knowledge and psychological support. Depressive disorders, in people who takes care of patients suffering from chronic schizophrenia, are an important issue connected with health and social problems.

Nursing Topics 2010; 18 (4): 469–476

Key words: carers, family, depressive disorders, schizophrenia

Wstęp

Choroba jednego członka rodziny, czyli jednej z najbliższych osób, stanowi trudną sytuację, wymagającą uruchamiania mechanizmów zaradczych nie tylko u chorego, lecz również u pozostałych członków, którzy czasem muszą się opiekować tym chorym. Sytuacja staje się jeszcze trudniejsza, jeśli jest to choroba psychiczna (np. schizofrenia, określana przez prof. A. Bilikiewicza „sfinksem psychiatrii”) i do tego przewlekła. Choroba może stanowić obciążenie, a nawet przeciążenie nie tylko dla samego chorego, lecz również dla jego bliskich.

Taka choroba może całkowicie zmienić układ tej rodziny. Nietypowe, niezrozumiałe zmiany nastroju, zachowania, aktywności są silnym przeżyciem dla pozostałych członków rodziny [1]. Opiekunowie chorych na schizofrenię przewlekłą ze względu na sprawowanie opieki są narażeni na silny stres, który może mieć negatywny wpływ na ich kontakty oraz stan zdrowia.

Występują także zmiany w relacjach emocjonalnych zachodzących między poszczególnymi członkami rodziny, między osobami zdrowymi a osobą chorą. Reakcje emocjonalne są zjawiskiem powszechnym. Osoba bliska cierpi, choroba ogranicza jej sprawność, zmniejsza szansę na rozwój, powodzenie. Poczucie zagrożenia powoduje ogromną frustrację. Występują różne reakcje czynnościowe u poszczególnych członków rodziny (bezsenna, drażliwość, brak apetytu, złe samopoczucie), dolegliwości bólowe: bóle głowy oraz inne zachorowania niekorzystne dla zdrowia. Przeżycia emocjonalne są związane z siłą więzi emocjonalnej w rodzinie [2].

Członkowie rodziny opiekujący się chorym na schizofrenię mogą również posiadać silne emocje, które mają istotne znaczenie dla samych chorych. Wpływ emocji na funkcjonowanie chorych stwierdzono za pomocą wskaźnika EE (*expressed emotions*). Okazało się, że pacjenci z rodzin o atmosferze silnie przesyconej emocjami 5-krotnie częściej powracali do szpitala w porównaniu z pacjentami w rodzinach o mniejszym natężeniu emocji (odpowiednio 51% i 13%). Środowisko domowe oceniano pod względem między innymi wrogości i krytycznych komentarzy wobec pacjenta [3–6].

Istnieje ścisły związek między zdrowiem człowieka a jego sytuacją rodzinną. Wyniki badań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) informują o tym, że 75% potrzeb zdrowotnych jest zaspokojonych w domu.

Zmaganie się z chorobą członka rodziny należy do trudnych sytuacji życiowych, z którymi jedni radzą sobie gorzej, inni lepiej. Sytuacja trudna, określana pojęciem stresu, obejmuje zmieniające się wysiłki poznawcze i behawioralne, które mają opanować wymagania, które są bardzo obciążające. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą bliskiej osoby jest uzależnione od strategii aktywnych lub destrukcyjnych (biernych). Opiekunowie chorych, którzy wybierają aktywne strategie radzenia sobie z chorobą, charakteryzują się lepszymi zasobami radzenia ze stresem i przeciwdziałania konsekwencjom [7].

Grygorczyk donosi o zgodności występowania zaburzeń depresyjnych ze stylem radzenia sobie w sytuacjach stresowych (do których zalicza się także chorobę członka rodziny) skoncentrowanych na emocjach [8].

Niewątpliwie istotny jest wpływ, jaki wywiera choroba i sprawowanie opieki nad chorym. Obserwuje się przeciążenie i występowanie sytuacji wyjątkowo trudnych dla całej rodziny, w tym pogorszenie standardu życia, wzrost nieporozumień, pretensji i konfliktów, porzucenie, niekiedy zbliżenie emocjonalne, czułość, troskę. Szczególnie w przypadku choroby psychicznej można zaobserwować rodziny dysfunkcyjne. W stosunku do chorób psychicznych przyjmuje się interpretację, że choroba ta nie jest jedynie dysfunkcją psychiczną osoby chorej (członka rodziny), ale dysfunkcją całej rodziny. Terapia, jeśli jest prowadzona, musi obejmować całą rodzinę. Interpretacja wynika z przyjęcia systemowej koncepcji rodziny. Choroba psychiczna — ograniczanie lub utrata sprawności przez kogoś bliskiego, członka rodziny, to ogromne wyzwanie, z którym opiekunowie radzą sobie lub nie. Powoduje to zmiany w życiu poszczególnych osób. Analizy tych zmian określają indywidualne konsekwencje odnoszące się do stanu emocjonalnego, na przykład depresja czy załamanie [9].

Stres doświadczany przez opiekunów wpływa u nich na pojawienie się zaburzeń psychicznych, czyli napięcia emocjonalnego, ataków paniki, zaburzeń snu, depresji oraz poczucia niekompetencji społecznej [10].

Chrzastowski [11] pisze o pojęciu brzemienia wywołanego się z nurtu badań, w których analizuje się wpływ, jaki wywiera chory z rozpoznaniem schizofrenii, na członków swojej rodziny. Zwraca uwagę na sposoby radzenia krewnych z trudnościami wynikającymi z zaburzeń psychicznych ich najbliższych. W badaniach stwierdzono, że krewni mający bardziej życzliwy stosunek do pacjenta ponoszą później mniejsze psychologiczne koszty wynikające z jego choroby. Dużą uwagę przywiązuje się do sposobów radzenia sobie ze stresem. Opiekunowie, którzy stosują wiele różnorodnych strategii radzenia z trudnościami, otrzymują więcej społecznego wsparcia, są bardziej pewni siebie, lepiej radzą sobie z napięciami dnia codziennego. Defensywne style radzenia wiążą się z negatywnymi odczuciami, takimi jak depresje czy żal.

Warchoł w swoich badaniach nad oceną stanu psychicznego opiekunów osób chorych psychicznie wykazała, że opiekunowie ze względu na sprawowanie opieki są narażeni na silny stres, który wpływa negatywnie na funkcjonowanie społeczne i ich zdrowie psychiczne [12].

Górna i wsp. [13] dowodzą, że w ciągu ostatnich lat obecność chorego na schizofrenię stawia rodzinę w sytuacji wymagającej wielu zmian w zasadach jej funkcjonowania, często przyczynia się do zaburzenia wielu obszarów. Istotna jest bardzo psychoedukacja dla chorego i rodziny jako jedna z form interwencji ich wspierającej. Opiekunowie mogli zwiększać swoją wiedzę na temat choroby, stosowania farmakologii, wsparcia, zmniejszenia poczucia osamotnienia. Mogli się zapoznać ze skutecznymi sposobami radzenia oraz ze zmianą postaw wobec chorego, choroby i samego siebie. Na podstawie badań udowodniono, że pojawienie się schizofrenii w ogromnym stopniu zmienia życie i funkcjonowanie rodziny; towarzyszą temu emocje, jak: lęk, rozpacz, irytacja i osamotnienie. Istotna jest psychoedukacja, która czyni opiekunów spokojnymi i wyciszonymi. Podchodzą oni do problemów z dystansem i bardziej optymistycznie, lepiej rozumieją chorego.

Chądzyńska i wsp. [14] oceniły jakość życia opiekunów chorych na przewlekłą schizofrenię. Z ich rozważań i przeprowadzonych badań wynika, że opiekunowie pacjentów najniżej oceniali zadowolenie z własnego zdrowia, rozrywek, sytuacji finansowej. Zmienną mającą powiązanie z jakością życia była płeć opiekuna. Mężczyźni, którzy sprawowali opiekę nad chorymi na schizofrenię, byli bardziej zadowoleni z życia niż kobiety w takiej samej sytuacji. Wyszło wnioski, że schizofrenia oddziałuje na całą rodzinę, obniżając poczucie szczęścia jej członków.

Zdaniem Józefik u rodziców pacjentów chorych na schizofrenię częściej występowały choroby afektywne

w porównaniu z osobami nieleczonymi. Wskazuje na zaburzenie komunikacji i ekspresji emocjonalnej, na trudności w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych [15].

Przewlekła schizofrenia to choroba przebiegająca z okresami zaostrzeń i remisji, co powoduje, że chorzy i rodziny są narażeni na przedłużający się silny stres. Choroba często wiąże się z trudnymi problemami. Brak akceptacji choroby może obniżać jakość życia. Wiedza o sposobach radzenia sobie z konsekwencjami choroby psychicznej może być istotna w rehabilitacji, leczeniu i akceptacji społecznej [10].

Kawczyńska-Butrym [9] pisze o wyzwaniu rodziny, która podejmuje wysiłek w związku z chorobą jej członka. W sytuacji choroby może się pojawiać syndrom niewydolności opiekuńczej rodziny, która początkowo przejawia się bezradnością w rozwiązywaniu codziennych zadań opiekuńczych, zaniedbaniami w obszarach życia rodzinnego i prowadzącej w konsekwencji do dysfunkcjonalności rodziny, a czasem do jej rozpadu.

Problem opieki nad osobą, która nie może funkcjonować samodzielnie w sferze psychicznej i fizycznej, podejmuje Dębska, która stwierdza, że osoby, które przez dłuższy czas udzielają opieki innym, są zagrożone tak zwanym zespołem wypalenia. Osoba pomagająca tak wyczerpuje swoje siły fizyczne i psychiczne, że w konsekwencji sama wymaga pomocy od innych. Zależy to od czynników zewnętrznych, wewnętrznych oraz sposobu radzenia z przewlekłymi sytuacjami trudnymi, z długotrwałym stresem [16].

Bardzo mało publikacji powstało na temat zaburzeń depresyjnych u opiekunów osób chorych na przewlekłą schizofrenię. Większość autorów przedstawia zagadnienie opieki nad członkami rodzin chorującymi przewlekle i ewentualne ich problemy zdrowotne, natomiast trudno znaleźć publikacje i opracowania opisujące zaburzenia depresyjne u opiekunów chorych na przewlekłą schizofrenię.

Cel pracy

Głównym celem pracy jest ocena zaburzeń nastroju o obrazie depresyjnym u opiekunów pacjentów przewlekle chorych na schizofrenię.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 100 osób (77 kobiet i 23 mężczyzn), które w sposób ciągły sprawują opiekę nad bliskim członkiem rodziny z rozpoznaniem schizofrenii w warunkach domowych (przez całą dobę, ponieważ żyją razem). W większości przypadków są to współmałżonkowie (33%) lub rodzice (60%) chorych, inne osoby bliskie (dzieci, rodzeństwo itd.) (7%). Wiek opiekunów wahał się w zakresie 18–70 lat, a średnia wieku — 43,5 roku.

Przed przystąpieniem do badań uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (decyzja z dnia 17.02.2009 r. numer RNN/206/09/KB).

Każdy badany wyraził zgodę na udział w badaniach oraz na wykorzystanie dokumentacji do celów naukowych. Badania przeprowadzono za pomocą 4-stopniowej Skali Depresji Becka, składającej się z 21 pozycji, badającej poznawcze, emocjonalne, motywacyjne i fizyczne objawy depresji [17, 18].

Wyniki

W tabeli 1 przedstawiono wyniki uzyskane przez osoby badane w Skali Depresji Becka. Z tabeli wynika, że pierwszym objawem badanym za pomocą tej skali jest obniżenie nastroju. Wśród 1/3 badanych (33%) najczęściej występowało obniżenie nastroju o średnim nasileniu, 30% odczuwa obniżenie nastroju z niewielkim nasileniem, a u 26% wystąpił obniżony nastrój o ciężkim nasileniu.

Pesymistyczne nastawienie do życia u opiekunów najczęściej ma nasilenie średnie (37%) i niewielkie (30%). Nasilenie ciężkie (27%) obserwuje się częściej niż u co czwartej osoby.

Wśród badanych (49%) najczęściej występowało poczucie niewydolności o średnim nasileniu, a u 21% o ciężkim nasileniu. Tylko u niewielkiej liczby badanych (11%) nie wystąpiło poczucie niewydolności.

Poczucie satysfakcji jako typ nagrody wewnętrznej jest ważnym czynnikiem motywacyjnym. Rozważając brak satysfakcji, najczęściej można zauważyć nasilenie średnie (35%) oraz ciężkie — 28%. Niemal u co czwartej osoby ta cecha także występuje, ale w niewielkim nasileniu (24%).

Poczucie winy leży w przeciwnym krańcu stanów emocjonalnych. U 36% badanych opiekunów osób ze schizofrenią najczęściej występowało poczucie winy o niewielkim nasileniu, u 27% — o średnim nasileniu, a u 23% o ciężkim nasileniu.

Oczekiwanie kary często jest uważane za konsekwencję poczucia winy, ale w tej grupie inaczej przedstawia się oczekiwanie kary w porównaniu z objawami poprzednimi, ponieważ u dużej części badanych (36%) brakuje tego objawu. Natomiast można zauważyć, że

Tabela 1. Nasilenie objawów depresyjnych badanych za pomocą Skali Depresji Becka u członków rodzin osób chorych na schizofrenię

Table 1. The intensity of depressive symptoms, assessed with Beck Depression Inventory Scale, among family members of schizophrenic patients

Objaw	Nasilenie							
	Brak		Niewielkie		Średnie		Ciężkie	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Obniżenie podstawowego nastroju (smutek)	11	11,00	30	30,00	33	33,00	26	26,00
Pesymizm	6	6,00	30	30,00	37	37,00	27	27,00
Poczucie niewydolności	11	11,00	19	19,00	49	49,00	21	21,00
Brak satysfakcji	13	13,00	24	24,00	35	35,00	28	28,00
Poczucie winy	14	14,00	36	36,00	27	27,00	23	23,00
Oczekiwanie kary	36	36,00	10	10,00	28	28,00	26	26,00
Brak akceptacji siebie	15	15,00	33	33,00	29	29,00	23	23,00
Samooskarżanie się	20	20,00	27	27,00	27	27,00	26	26,00
Pragnienie śmierci	38	38,00	19	19,00	25	25,00	18	18,00
Wołanie o pomoc	15	15,00	25	25,00	34	34,00	26	26,00
Drażliwość	3	3,00	25	25,00	35	35,00	37	37,00
Wycofanie się z kontaktów społecznych	17	17,00	28	28,00	28	28,00	27	27,00
Trudności w podjęciu decyzji	4	4,00	38	38,00	28	28,00	30	30,00
Niezdolność do pracy	12	12,00	20	20,00	43	43,00	25	25,00
Zniekształcony obraz własnego ciała	11	11,00	39	39,00	34	34,00	16	16,00
Zaburzenia snu	3	3,00	39	39,00	30	30,00	28	28,00
Zmęczenie	4	4,00	38	38,00	44	44,00	14	14,00
Utrata łaknienia	13	13,00	37	37,00	26	26,00	24	24,00
Utrata masy ciała	22	22,00	26	26,00	28	28,00	24	24,00
Dolegliwości somatyczne	8	8,00	30	30,00	35	35,00	27	27,00
Utrata libido	12	12,00	22	22,00	26	26,00	40	40,00

u 28% oczekiwanie kary występuje ze średnim nasileniem, a u 26% — z ciężkim nasileniem.

Kolejnym objawem jest brak akceptacji siebie, który wśród osób badanych najczęściej występował w niewielkim nasileniu (33%), a następnie o średnim nasileniu (29%). Należy zauważyć, że ciężkie nasilenie braku akceptacji własnej osoby wystąpiło u 23% opiekunów pacjentów ze schizofrenią.

Samooskarżanie często wiąże się z poczuciem winy i oczekiwaniem kary. Występuje ono wśród badanych równomiernie rozłożone między kolejne stopnie nasilenia. Niewielkie nasilenie tego objawu wystąpiło u 27% badanych, średnie nasilenie tego objawu u 27%, ciężkie — u 26%, a brak objawu — u 20% badanych.

Skrajnym objawem depresji jest pragnienie śmierci, które nie występowało u 38% badanych, ale już u 25%, czyli u co czwartej osoby badanej, ten objaw psychologiczny obserwowano w średnim nasileniu, a u kolejnych 18% — ciężkie nasilenie pragnienia śmierci.

Jedną z konsekwencji trudnych sytuacji jest wołanie o pomoc, które występuje najczęściej wśród badanych w średnim nasileniu (34%), a następnie w ciężkim nasileniu (26%). Tylko u 15% opiekunów nie zauważa się wołania o pomoc.

Drażliwość jako objaw psychologiczny nękający opiekunów obserwuje się niemal u wszystkich badanych. Tylko u 3 osób nie występował ten objaw. Należy zauważyć, że u 37% badanych nasilenie tej cechy jest ciężkie, u 35% — średnie, a u 25% — niewielkie.

Wycofanie się z kontaktów społecznych, które obserwuje się zarówno w depresji, jak i w schizofrenii, nie wystąpiło tylko u 17% badanych. Wśród pozostałych osób nasilenie wycofywania się z kontaktów społecznych rozłożyło się niemal równomiernie między stopniem niewielkim, średnim i ciężkim (po 28%, 28% i 27% odpowiednio).

W zakresie procesów poznawczych objawem utrudniającym życie są problemy w podejmowaniu decyzji, a występuje on niemal u wszystkich. U 38% badanych nasilenie tego objawu jest niewielkie, u 30% — ciężkie, a u 28% — średnie. Tylko u 4% osób nie występuje ten objaw.

Prawie wszyscy badani czują, że nie są zdolni do pracy. Taki objaw nie wystąpił jedynie u 12% badanych. Wśród 43% osób nasilenie tej cechy było średnie, a u 25% — ciężkie. Dodatkowo u 20% cecha ta miała niewielkie nasilenie.

U zdecydowanej większości badanych obserwuje się zniekształcony obraz własnego ciała, chociaż w różnym nasileniu. U 39% badanych nasilenie tej cechy jest niewielkie, u 34% — średnie, a u 16% — ciężkie. Tylko u 11% nie występuje ten objaw.

Zaburzenia snu nie występują jedynie u 3% badanych. U 39% osób nasilenie tej cechy było niewielkie, u 30% — średnie, a u 28% — ciężkie.

Zmęczenie to objaw występujący u zdecydowanej większości badanych. Tylko 4% osób nie zgłaszało takiego objawu. U 44% badanych nasilenie tej cechy jest średnie, u 38% — niewielkie, a u 14% — ciężkie.

Zaburzenia łaknienia nie wystąpiły u 13% badanych. Wśród pozostałych osób najczęściej nasilenie tej cechy było niewielkie (37%), ale w następnej kolejności było średnie nasilenie (26%) i ciężkie (24%).

Utrata masy ciała występuje u zdecydowanej większości badanych, ponieważ tylko 22% nie zgłaszało tego objawu. Nasilenie tej cechy jest równomiernie rozłożone między stopniem niewielkim (26%), średnim (28%) i ciężkim (24%).

Dolegliwości somatyczne również występowały u badanych osób. Tylko 8% badanych nie zgłaszało żadnych objawów somatycznych. Wśród pozostałych osób najczęściej nasilenie tej cechy było średnie (35%), a w następnej kolejności niewielkie (30%) i ciężkie (27%).

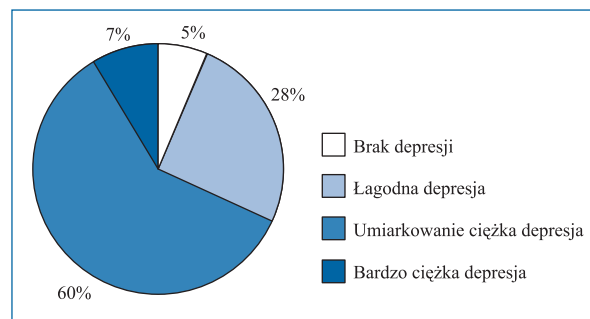
Spadek libido kształtuje się inaczej niż brak satysfakcji: tylko 12% badanych nie narzeka na utratę libido. Pozostałe osoby nasilenie utraty libido oceniają jako ciężkie (40%), średnie (26%) oraz niewielkie (22%).

Ogólne nasilenie zaburzeń depresyjnych (a nie ich poszczególnych objawów) w badanej grupie przedstawiono w tabeli 2 i na rycinie 1.

Tabela 2. Wyniki otrzymane w Skali Depresji Becka u członków rodzin osób chorych na schizofrenię

Table 2. Beck Depression Inventory Scale scores gained by the members of schizophrenic patients families

Skala Depresji Becka	n	%
Brak depresji	5	5,0
Łagodna depresja	28	28,0
Umiarkowanie ciężka depresja	60	60,0
Bardzo ciężka depresja	7	7,0
Razem	100	100,0



Rycina 1. Wyniki otrzymane w Skali Depresji Becka u członków rodzin osób chorych na schizofrenię

Figure 1. Beck Depression Inventory Scale scores gained by the members of schizophrenic patients families

Na podstawie sumarycznych wyników w Skali Depresji Becka, przedstawionych w tabeli 2 i na rycinie 1, należy stwierdzić, że u większości badanych (60%) występuje umiarkowanie ciężka depresja, a u kolejnych 7% bardzo ciężka depresja. U 28% osób opiekujących się chorymi ze schizofrenią występuje depresja w stopniu łagodnym. Według oceny tej skali tylko u 5% badanych nie stwierdzono depresji.

Dyskusja

Autorzy mają świadomość, że podjęli się skomplikowanego zadania ze względu na ograniczone możliwości porównania wyników badań własnych z danymi na ten temat w piśmiennictwie ze względu na ich znikomą liczbę, a nawet brak.

Według danych WHO [19] do najczęstszych chorób przewlekłych zalicza się zaburzenia depresyjne. Stanowią one czwarty problem dotyczący zdrowia na świecie. Choroba ta 2-krotnie częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn i wiąże się między innymi ze sposobem radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

O wadze i znaczeniu rodziny, jako czynnika sprzyjającego zdrowieniu i optymalnemu funkcjonowaniu, nawet w chorobie, może świadczyć wysoka pozycja wartości „rodzina” w hierarchii wartości uznawanych przez chorych na schizofrenię [6, 20, 21].

Stwierdzono istnienie związku między zaburzeniami depresyjnymi a płcią psychiczną, a mianowicie z wymiarem kobiecości. W badaniach udowodniono, że osoby, które zachorowały, wybierały styl rozwiązywania problemów, który był nastawiony na emocje [8].

Wyniki badań przeprowadzonych w ramach tej pracy potwierdziły istnienie występowania zaburzeń depresyjnych u badanych opiekunów chorych. Podobnie jak w wyżej wymienionych badaniach, dolegliwości występowały głównie u kobiet, które w większości opiekowały się najbliższymi członkami rodzin i nie zawsze radziły sobie z trudną sytuacją stresową. Styl radzenia z problemem opierał się głównie na emocjach. Należy zwrócić również uwagę na fakt, że głównie kobiety opiekowały się chorymi: 77% opiekunów to kobiety, a tylko 23% to mężczyźni.

Schizofrenia jest jedną z najcięższych, długo trwających chorób psychicznych. Chorzy muszą być leczeni kompleksowo, czasem hospitalizowani, ale powinni mieć również wsparcie społeczne [22].

Aby zweryfikować hipotezę o istnieniu związku między sytuacjami stresowymi (choroba u członka rodziny) a wystąpieniem epizodu depresyjnego u opiekuna, przeprowadzono analizę pytań poszczególnych skali, analizując je w dwóch grupach objawów — psychologicznych (psychopatologicznych) i somatycznych. Do objawów psychologicznych zaliczono: obniżony nastrój, pesymizm, poczucie niewydolności, brak satysfakcji, poczucie winy, oczekiwanie kary, brak akceptacji sie-

bie, samooskarżanie się, pragnienie śmierci, wołanie o pomoc, drażliwość, wycofywanie się z kontaktów społecznych, trudności w podejmowaniu decyzji, niezdolność do pracy.

Do objawów somatycznych zaliczono: zniekształcony obraz własnego ciała, zaburzenia snu, zmęczenie, utrata libido, utrata apetytu, utrata ciężaru ciała i dolegliwości somatyczne.

Na podstawie przedstawionych danych stwierdzono, że grupa badana osiągnęła najwyższe wskaźniki (średnie i ciężkie nasilenie danego objawu) w zakresie objawów psychologicznych w następujących objawach: obniżenie nastroju: średnie nasilenie — 33% osób, ciężkie nasilenie — 26%; pesymizm: średnie nasilenie — 37%, ciężkie nasilenie — 27%; poczucie niewydolności: średnie nasilenie — 49%, ciężkie nasilenie — 21%; brak satysfakcji: średnie nasilenie — 35%, ciężkie nasilenie — 28%; poczucie winy: średnie nasilenie — 27%, ciężkie nasilenie — 23%; oczekiwanie kary: średnie nasilenie — 28%, ciężkie nasilenie — 26%; brak akceptacji siebie: średnie nasilenie — 29%, ciężkie nasilenie — 23%; samooskarżanie się: średnie nasilenie — 27%, ciężkie nasilenie — 26%; pragnienie śmierci: średnie nasilenie — 25%, ciężkie nasilenie — 18%; wołanie o pomoc: średnie nasilenie — 34%, ciężkie nasilenie — 26%; drażliwość: średnie nasilenie — 35%, ciężkie nasilenie — 37%; unikanie kontaktów społecznych: średnie nasilenie — 28%, ciężkie nasilenie — 27%; trudności w podejmowaniu decyzji: średnie nasilenie — 28%, ciężkie nasilenie — 30%; niezdolność do pracy: średnie nasilenie — 43%, ciężkie nasilenie — 25%.

Na uwagę zasługuje fakt, że tylko dwa objawy nie występowały u większości badanych osób opiekujących się chorymi na schizofrenię (członkami rodziny): oczekiwanie kary — brak u 36%, a pragnienia śmierci — brak u 38%. Można to uznać za „promyk nadziei” w trudnej sytuacji, w jakiej się znaleźli, który można wykorzystać w niesieniu im pomocy.

Pod względem objawów somatycznych najwyższe wskaźniki w badanej grupie dotyczyły następujących dolegliwości: zmęczenie: średnie nasilenie — 44% osób; dolegliwości somatyczne: średnie nasilenie — 35%; utrata apetytu: średnie nasilenie — 26%; zaburzenia snu: średnie nasilenie — 30%; zniekształcony obraz własnego ciała: średnie nasilenie — 34%; utrata masy ciała: średnie nasilenie — 28%; utrata libido: średnie nasilenie — 26%.

Nasilenie samooskarżania kształtuje się podobnie jak nasilenie poczucia winy, lecz inaczej niż oczekiwanie kary.

Wspomniane wcześniej nastawienie pesymistyczne zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ pesymizm jest jedną z głównych przyczyn i składowych depresji [23].

Objaw zniekształconego obrazu własnego ciała jest zbliżony do zaburzenia, które Jaroszyński określa mia-

nem „dysmorfofobia”, a Bilikiewicz mianem „dysmorfognozja” (gr., *δυσμορφος* = niekształtny, szkaradny + *φοβία* = fobia, *γνωσις* = poznanie) [6].

Dolegliwości somatyczne to najczęstsze objawy depresyjne, z którymi spotykają się lekarze pierwszego kontaktu, gdy po raz pierwszy zgłasza się pacjent z depresją [24, 25].

Utrata libido, występująca u opiekunów, może stanowić postać anhedonii (gr. *αν* = partykuła przecząca + *ηδονη* = przyjemność, rozkosz) stwierdzanej u chorych na schizofrenię, zwłaszcza przewlekłą [6, 26–28].

Według sumarycznej oceny Skali Depresji Becka, u 60% opiekunów można stwierdzić umiarkowanie ciężką depresję, a u 28% depresję łagodną. Tylko u 5% nie występują objawy depresyjne.

Na podstawie uzyskanych wyników można postawić pytanie, jak badane osoby radziły sobie z dolegliwościami i zaburzeniami depresyjnymi? Okazuje się, że aż 88% badanych opiekunów chorych na schizofrenię korzystało z pomocy specjalistycznej: psychologicznej (37%) i psychiatrycznej (29%); aż 22% musiało być hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem. Opieka nad osobą bliską, chorą na schizofrenię, wymaga ogromnego wysiłku psychicznego. Opiekunowie często nie radzą sobie z nią i udają się po pomoc do specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego. Niewiele osób poradziło sobie z opieką, nie korzystając z pomocy profesjonalistów. Niestety, nie wszyscy potrzebujący szukali pomocy u profesjonalistów, nie widząc takiej potrzeby.

W badaniach jednoznacznie wykazano, że opieka nad chorym psychicznie członkiem rodziny doprowadza do zespołu depresyjnego u wielu osób opiekujących się nim. Rodzina borykająca się z codziennymi problemami, kłopotami, przewlekłym stresem jest narażona na takie zachorowania. Ważne jest otrzymanie wsparcia od otoczenia, które redukuje nasilenie stresu, co z kolei wiąże się lepszym samopoczuciem psychicznym opiekuna.

Stwierdzono, że istnieje ścisły związek między opieką nad chorym na schizofrenię a zaburzeniami depresyjnymi występującymi u opiekunów. W innych badaniach również stwierdzono związki między występowaniem zaburzeń depresyjnych a sytuacją stresową w ogóle [8].

Opiekunowie, którzy stosują wiele możliwości radzenia sobie, otrzymują więcej społecznego wsparcia, są bardziej pewni siebie, lepiej radzą sobie w codziennym życiu. Defektywne style radzenia wiążą się z negatywnymi uczuciami, na przykład z depresją i żalem. Wyniki badań wykazują, że style radzenia ze stresem i poziom uczuć są ze sobą ściśle związane [29].

Ważne jest uświadomienie społeczeństwa na temat zdrowia psychicznego. W 1999 roku WHO wspólnie z Komisją Europejską przyjęła stanowisko w sprawie

znaczenia promocji zdrowia psychicznego [30]. Należy znaleźć rozwiązania i postawić nacisk na zdrowie psychiczne w rodzinie, indywidualne, w społeczności, w ramach ochrony zdrowia, w administracji rządowej, samorządowej, w nauce, w stowarzyszeniach profesjonalistów zdrowia psychicznego, a także w środkach masowego przekazu, w organizacjach pozarządowych [19].

Istotne są również działania psychoedukacyjne adresowane do rodzin pacjentów z przewlekłymi zaburzeniami schizofrenicznymi.

Istotne znaczenie ma psychoterapia obejmująca zarówno chorych na schizofrenię, jak i ich rodziny. Ponieważ choroba wpływa negatywnie na chorego i jego rodzinę, dzięki terapii jest udzielane pełne wsparcie w okresie zaostrzeń i remisji choroby. Doprowadza to do zmniejszenia oraz zminimalizowania stresu związanego z chorobą [31].

Zdaje się, że tylko całościowy system opieki nad rodzinami i pacjentami może zapobiec mechanizmom prowadzącym do izolacji, wypadania z ról społecznych, wykluczenia ze społeczności. Istotne jest kształtowanie podtrzymującego środowiska rodzinnego i rozszerzenie sieci wsparcia społecznego [13].

Krewni chorego na schizofrenię odgrywają dużą rolę w jego leczeniu, w jego funkcjonowaniu, tym bardziej, że rodzina stanowi dla tych chorych ważną wartość. Rodzina może ulżyć pacjentowi w cierpieniu, gdy: jest z nim w chorobie, okazuje mu zrozumienie, daje mu poczucie bezpieczeństwa w domu, stara się unikać nadmiernej stymulacji i stresów, daje możliwość wycofania się, nawiązuje przejrzysty i szerszy kontakt, jest uczciwa, nie jest nadmiernie krytyczna oraz stosuje pozytywne wzmocnienie.

Jeśli dojdzie do efektywnych rozwiązań, wtedy na pewno pacjenci chorujący na schizofrenię, ich opiekunowie będą mogli doświadczać mniej cierpienia psychicznego.

Autorzy niniejszego artykułu mają świadomość tego, że zagadnienie zaburzeń depresyjnych u opiekunów chorych na przewlekłą schizofrenię nie został wyczerpany. Uważają jednak, że przeprowadzanie takich badań uświadamia, że opieka jest trudna i często doprowadza do dysfunkcji opiekunów. Aby temu zapobiec, należy również pomagać rodzinom i otoczyć ich troską.

Wnioski

1. U zdecydowanej większości (67%) opiekunów pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii występuje umiarkowanie ciężka (60%) lub bardzo ciężka (7%) depresja. Tylko u 28% stwierdzono jej łagodne objawy.
2. U opiekunów występowały (wg częstości) następujące objawy psychopatologiczne depresji: poczucie niewydolności (49%), niezdolność do pracy (43%), pesymizm (37%), brak satysfakcji (35%), drażliwość

- (35%), wołanie o pomoc (34%), obniżenie nastroju (33%), brak akceptacji (29%), oczekiwanie kary (28%), wycofanie z kontaktów (28%), trudności w podjęciu decyzji (28%), samooskarżanie (27%), pragnienie śmierci (25%) oraz poczucie winy (27%).
3. W badanej populacji respondentów stwierdzono następujące objawy somatyczne depresji: zmęczenie (44%), dolegliwości somatyczne (35%), zniekształcony obraz ciała (34%), zaburzenia snu (30%), utrata masy ciała (28%), utrata libido (26%), a także utrata apetytu (26%).
 4. Zaburzenia depresyjne stwierdzone u opiekunów osób z rozpoznaniem przewlekłej schizofrenii wymagają leczenia psychiatrycznego, działań psychoterapeutycznych oraz szczególnie edukacyjnych z zakresu schizofrenii.

Piśmiennictwo

1. Koszewska I., Habrat E., Pragłowska. O depresji, manii o nawracających zaburzeniach nastroju. PZWL, Warszawa 2003.
2. Kawczyńska-Butrym Z. Rodzina-zdrowie-choroba. Czelej, Lublin 2001.
3. Huguelet P., Zabala I., Cruciani G. i wsp. Evolution durant quatre ans de l'adaptation psychosociale d'une cohorte de patients schizophrènes. *Encephale* 1995; 21 (2): 93-98.
4. Leff J.P. Schizophrenia and sensitivity to the family environment. *Sch. Bul.* 1976; 2: 566-574.
5. Rosenhan D.L., Seligman M.E.P. *Psychopatologia*. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1994.
6. Tsirigotis K., Gruszczyński W. Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia. (Wybrane zagadnienia psychologii w schizofrenii). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2005.
7. Juczyński Z., Adamiuk G. Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające radzeniu sobie opiekunów z depresją członka rodziny. *Psych. Pol.* 2005; XXXIX, 1: 161-175.
8. Grygorczyk A. Związek zaburzeń depresyjnych nawracających z płcią psychologiczną i sposobami radzenia sobie w sytuacjach stresowych. *Psychiatria* 2008; 5 (1): 13-22.
9. Kawczyńska-Butrym Z. Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość. Makmed, Lublin 2008.
10. Kasperek B., Spiridonow K., Chądzyńska M., Meder J. Jakość życia chorego na schizofrenię a umiejętność rozwiązywania problemów związanych z chorobą — porównanie grup pacjentów uczestniczących w treningu behawioralnym i psychoedukacji. *Psychiatria Polska* 2002; XXXVI (5): 717-730.
11. Chrzastowski Sz. Związki między brzemieniem rodziców osób z rozpoznaniem schizofrenii lub zaburzeń osobowości a kształtowaniem się relacji w rodzinie. *Psychiatria Polska* 2006; XL (5): 901-911.
12. Warchoła K. Kwestionariusze dla opiekunów osób z chorobą otępienia. *Piel. Pol.* 2007; 4 (26): 328-331.
13. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. Znaczenie wsparcia społecznego dla jakości życia chorych na schizofrenię. *Psych. Pol.* 2005; XXXVIII (3): 443-452.
14. Chądzyńska M., Spiridonow K., Kasperek B., Meder J. Porównywanie jakości życia osób chorych na schizofrenię i ich opiekunów. *Psych. Pol.* 2003; XXXVII (6): 1025-1036.
15. Józefik B. Wzory międzypokoleniowe w rodzinach pacjentów z zaburzeniami odżywiania się i w rodzinach pacjentów chorujących na schizofrenię. *Psych. Pol.* 2001; XXXV (3): 399-415.
16. Dębska U. Zjawisko wypalenia w przebiegu długotrwałej opieki nad osobą niepełnosprawną. Instytut Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
17. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psych.* 1961; 4: 53-63.
18. Pużyński S. *Depresje*. PZWL, Warszawa 1988.
19. Every can help. W: Stop Exclusion. Dare to Care. Mental Health Organization, 2000.
20. Gruszczyński W., Tsirigotis K. Hierarchia wartości u osób ze schizofrenią paranoidalną. *Psych. Pol.* 2000b; XXXIV (2): 235-248.
21. Tsirigotis K., Gruszczyński W. The values hierarchy of outpatients with paranoid schizophrenia. *Arch. Psych. Psychother.* 2001b; 3 (2): 15-26.
22. Wilczek-Różyńska E. Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Czelej, Lublin 2007.
23. Seligman M.E.P. *Optymizmu można się nauczyć*. Media Rodzina, Poznań 1993.
24. Araszkievicz A. Depresja — wspólny problem psychiatry i lekarza POZ. XL Zjazd PTP, Kraków 2001. VI.06.
25. Tsirigotis K. Psychologiczne aspekty zaburzeń schizofrenicznych. *Przegląd Wojskowo-Medyczny* 2002; 44 (1): 72-76.
26. Gruszczyński W., Tsirigotis K. Struktura potrzeb u osób ze schizofrenią paranoidalną. *Psych. Pol.* 2000a; XXXIV (2): 249-265.
27. Tsirigotis K., Gruszczyński W. The needs structure of outpatients with paranoid schizophrenia. *Arch. Psych. Psychother.* 2001a; 3 (1): 53-66.
28. Tsirigotis K., Gruszczyński W. Wybrane zagadnienia z życia psychoseksualnego chorych na schizofrenię. *Seksuol. Pol.* 2007; 5 (2): 51-56.
29. Chrzastowski Sz. Różne podejścia do koncepcji brzemienia rodzin osób z rozpoznaniem schizofrenii. *Psych. Pol.* 2004; XXXVIII: 421-432.
30. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. *Postępy Psych. Neurol.* 2000; 9: 455-472.
31. Prot K., Prochner E. Psychoterapia w ramach zespołu leczenia domowego. *Postępy Psych. Neurol.* 2001; 10: 383-387.