

Katarzyna Sanna

**ZASTOSOWANIE ORAZ EFEKTYWNOŚĆ TERAPII
POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ WŚRÓD
NIEFORMALNYCH OPIEKUNÓW OSÓB
CHORYCH PRZEWLEKLE — PRZEGLĄD BADAŃ**

**APPLICATION AND EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIOURAL
THERAPY AMONG INFORMAL CAREGIVERS OF CHRONICALLY ILL
PEOPLE — LITERATURE REVIEW**

Uniwersytet SWPS w Poznaniu, Instytut Psychologii, Centrum Badań nad Rozwojem Osobowości

**informal care
cognitive behavioural therapy
chronic disease**

Streszczenie

Opieka nad osobą przewlekle chorą jest doświadczeniem kryzysowym dla bliskich, którzy w literaturze fachowej nazywani są nieformalnymi opiekunami (NO). Konsekwencje opieki nieformalnej to zarówno zaburzenia zdrowia fizycznego, jak i psychicznego — między innymi w postaci depresji, podwyższonego poziomu lęku oraz dystresu czy wyczerpania.

Istniejące badania dokumentują zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej (cognitive-behavioral therapy, CBT) jako skutecznej interwencji dla nieformalnych opiekunów, jednak skuteczność metod CBT zmienia się w zależności od badanej grupy.

Celem tego artykułu jest przedstawienie przeglądu badań dotyczących metod oraz skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej wśród opiekunów pacjentów przewlekle chorych, omówienie głównych koncepcji teoretycznych tego podejścia oraz ogólnych celów i metod terapeutycznych w pracy z nieformalnymi opiekunami osób przewlekle chorych. Na koniec omówiono skuteczność interwencji oraz ograniczenia badań.

Terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczną metodą pracy z nieformalnymi opiekunami pacjentów chorych przewlekle, ma różnorodne i elastyczne protokoły. Biorąc pod uwagę wyzwania związane ze starzeniem się populacji i występowaniem chorób przewlekłych, opieka nieformalna staje się znaczącym wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej i będzie wymagała uwagi specjalistów zdrowia psychicznego.

Summary

Caring for a chronically ill person is a crisis experience for caregivers, who in specialist literature are called informal carers (ICs). The consequences of informal care are associated with both physical and mental health disorders – including symptoms of depression, anxiety, distress or stress.

Existing research documents the application of cognitive-behavioural therapy (Cognitive-behavioral therapy, CBT) as an effective intervention for ICs, however, the efficacy of CBT methods varies across different informal caregivers groups. The purpose of this article is to present the overview and effectiveness of CBT methods for ICs of chronically ill patients, discussing the main theoretical concepts of this approach, general goals and therapeutic methods. Finally, the effectiveness of the treatments as well as limitations of the studies are discussed.

Cognitive-behavioural therapy is an effective method of working with neurocognitive patients' informal caregivers, it has diverse and flexible therapeutic protocols that allow the goals of therapy to be tailored to the needs of the caregiver. Given the challenges of an aging population and the prevalence of chronic diseases, informal care is becoming a significant challenge for the healthcare system and will require the attention of mental health professionals.

Metoda

Celem tego artykułu jest przedstawienie przeglądu badań dotyczących metod oraz skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej wśród opiekunów pacjentów przewlekle chorych. Poniższe opracowanie jest analizą piśmiennictwa obejmującą artykuły z lat 2015–2021. Zostały wyszukane przy wykorzystaniu baz danych PsychINFO, PubMed, PMC na podstawie słów kluczowych pojawiających się w tytułach oraz abstraktach: „CBT & informal caregiving”, „CBT efficacy & informal caregiving”, „informal caregiving & cancer & dementia & CBT”. Wykluczane były prace, w których nie opisywano metod terapeutycznych w nurcie CBT i których język był inny niż angielski. Łącznie odnaleziono 19 prac dotyczących zagadnienia nieformalnej opieki oraz terapii poznawczo-behawioralnej lub terapii trzeciej fali, w tym metaanalizy, przeglądy systematyczne oraz prace oryginalne.

Nieformalna opieka nad bliskim jako zjawisko stresogenne

Opieka nad osobą chorą przewlekle jest trudnym i obciążającym doświadczeniem dla członków rodziny, którzy nierzadko sami wymagają specjalistycznej pomocy [1]. Konsekwencje opieki badano wśród najbliższych osób cierpiących z powodu różnych typów demencji, na przykład choroby Alzheimera lub Parkinsona [2]. Obecnie obciążenie opieką jest badane w różnych grupach, między innymi wśród członków rodzin osób chorujących onkologicznie, osób starszych czy osób z zaburzeniami psychicznymi [3–5]. W literaturze członkowie rodzin nazywani są nieformalnymi opiekunami, opiekunami rodzinnymi bądź najbliższym krewnym [6–7]. Nieformalny opiekun (NO) to osoba, która nieodpłatnie pielęgnuje bliskiego bądź przyjaciela, dziecko albo dorosłą osobę [8]. Do tej grupy zaliczyć można najbliższych członków rodziny — małżonków, dzieci, jak i dalszych krewnych czy osoby niespokrewnione [9]. Szacuje się, że około 80% opieki długoterminowej jest podejmowana przez nieformalnych opiekunów [10]. Badania wskazują, że aż 34,3% populacji opiekuje się osobą zależną, a 7,6% kwalifikuje się jako opiekunów intensywnych, czyli sprawujących opiekę przynajmniej przez 11 godzin tygodniowo [11].

Rola opiekuna zakłada sprawowanie pośredniej i bezpośredniej opieki, a także łączenia jej z innymi obowiązkami [12]. Do zadań NO zalicza się te związane z chorobą — na przykład radzenie sobie z symptomami chorobowymi, wykonywanie zabiegów medycznych, zawożenie do szpitala, asystę w czynnościach higienicznych czy udzielanie pacjentowi

wsparcia emocjonalnego; praktyczne — związane z obowiązkami domowymi, finansami; duchowe — akceptowanie bólu i cierpienia bliskiego, ograniczeń spowodowanych przez chorobę oraz radzenie sobie z możliwością jego odejścia; społeczne — praca, relacje z innymi [13–14]. Źródłem trudności dla NO mogą być próby pogodzenia zadań związanych z opieką z zadaniami wcześniej podjętymi oraz przejętymi od chorego obowiązkami. Dodatkowo, członkowie rodzin muszą balansować pomiędzy zmieniającymi się rolami — opiekuna i partnera czy dziecka czy też dbaniem o siebie samych i bliskiego [15].

Większość NO nie jest profesjonalnie przygotowana do wykonywania zarówno specjalistycznych czynności związanych z opieką, jak i jej godzenia z innymi aktywnościami, chociaż należy podkreślić, że doświadczenie opieki nie jest jednakowe w różnych grupach opiekunów. Do czynników różnicujących zalicza się między innymi typ i zaawansowanie choroby, czas trwania opieki oraz wynikające z niej ograniczenia w życiu opiekuna, a także czynniki zewnętrzne, na przykład dostępność wsparcia społecznego, oraz wewnętrzne, na przykład sposobów radzenia sobie ze stresem [16–18]. Pomimo tych różnic, konsekwencje opieki nad osobą chorą zdają się uniwersalne. Chociaż istnieją doniesienia o korzyściach wspierania bliskiego [19], NO charakteryzują się podwyższonym poczuciem dystresu oraz obciążenia, przy małej ilości społecznego i profesjonalnego wsparcia [7].

Konsekwencje opieki nad osobą chorą przewlekle

Do najczęściej zgłaszanych przez NO problemów zalicza się: podwyższony poziom lęku, obniżony nastrój, niski poziom energii, bezsenność, zaburzenia apetytu, stres, negatywny afekt, poczucie izolacji społecznej, brak zainteresowania wcześniejszą aktywnością oraz poczucie braku czasu dla siebie samego [20]. Dostępne badania klasyfikują powyższe trudności w kategoriach występowania zaburzeń depresyjnych i lękowych, problemów ze zdrowiem somatycznym [21], dystresu, obciążenia, obniżonej jakości życia oraz problemów społecznych i ekonomicznych [6]. Na przykład w metaanalizie przeprowadzonej przez Collins i Kishita [22] wskazano, że w grupie NO pacjentów z demencją rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wynosiło 31%, a zaburzeń lękowych 32% [23]. Natomiast w grupie opiekunów pacjentów onkologicznych występowanie depresji wynosi odpowiednio od 42% i 46% [24].

Opieka nad chorym stanowi także czynnik ryzyka dla zdrowia fizycznego [25]. U chronicznie zestresowanych opiekunów pacjentów z demencją stwierdzono deficyty immunologiczne w postaci niższej proliferacji komórek T, wzmożonej produkcji cytokin immunoregulacyjnych, obniżonej odpowiedzi przeciwciał na szczepienie przeciwko gruźlicy [26]. Powyższe problemy mają bezpośredni związek nie tylko ze stresem związanym z wymaganiami opieki i zmianami w życiu NO, ale również ich cechami indywidualnymi, do których zalicza się wiek opiekunów, płeć, jakość relacji małżeńskiej z chorym, stan zdrowia psychicznego i somatycznego przed diagnozą [24, 27–28]. Również styl radzenia sobie, poziom sprężystości psychicznej, poczucie kontroli, dostępność wsparcia społecznego są mediatorami w związku pomiędzy opieką a jej negatywnymi konsekwencjami [29–31]. Ponadto stresory, takie jak: zachowania i potrzeby chorego, problemy finansowe, obniżenie samooceny czy zewnętrzne sytuacje niezwiązane bezpośrednio z opieką mogą w znaczący

sposób wpływać na zdrowie opiekuna oraz jego gotowość do podjęcia i utrzymania roli [32]. Na przykład badania dotyczące doświadczenia opieki w trakcie pandemii COVID-19 wskazują na pogorszenie samopoczucia psychicznego w grupie NO [33].

W celu zapobieżenia lub ograniczenia tych skutków, stworzono zarówno programy psychoedukacyjne oraz ustrukturalizowane interwencje, których celem jest zwiększenie wiedzy na temat choroby, nabycie umiejętności związanych z opieką czy dbaniem o siebie samego [34]. W ramach proponowanych oddziaływań wyróżnia się te kierowane indywidualnie do opiekuna, do opiekuna oraz pacjenta, interwencje grupowe oraz interwencje wykorzystujące narzędzia online [35–37]. Powyższe interwencje są zróżnicowane zarówno pod względem (1) oferowanych narzędzi, na przykład terapii interpersonalnej, egzystencjalnej, poznawczo-behawioralnej (CBT), nauki rozwiązywania problemów, psychoedukacji, leczenia farmakologicznego, (2) jak i celu oddziaływań, na przykład zmniejszenia objawów depresyjnych i lękowych, zwiększenia jakości życia, poczucia własnej skuteczności, zdobycia nowych umiejętności.

Terapia poznawczo-behawioralna jako interwencja dla nieformalnych opiekunów

CBT jest skuteczną interwencją w leczeniu depresji, zaburzeń lękowych oraz trudności związanych z adaptacją do sytuacji stresowych [38]. Wiele badań wskazuje również na jej większą skuteczność w porównaniu z innymi oddziaływaniami psychospołecznymi [39]. Model poznawczy zakłada, że znaczenie, jakie nadaje się sytuacji, wyznacza reakcję emocjonalną. Pozytywny bądź negatywny afekt zależny jest od adaptacyjnych lub dezadaptacyjnych sposobów myślenia, które w efekcie warunkują zachowanie [40]. Nabywane podczas terapii CBT umiejętności zarówno poznawcze, jak i behawioralne mają pomóc w radzeniu sobie z dysfunkcjonalnymi myślami oraz napięciem, co w efekcie ma zwiększyć umiejętności radzenia sobie ze stresującymi sytuacjami. Biorąc pod uwagę efektywność CBT w leczeniu zaburzeń lękowych oraz depresyjnych, występujących wśród NO, jest to interwencja często wybierana zarówno przez badaczy, jak i praktyków [2].

Cele terapii oraz metody pracy terapeutycznej z nieformalnym opiekunem

Celem terapii poznawczo-behawioralnej dla NO jest zmiana dysfunkcjonalnych myśli na temat opieki nad bliskim oraz zwiększenie przyjemnych aktywności [41–42]. Do wykorzystywanych metod zalicza się restrukturyzację poznawczą, ekspozycję wyobrażeniową oraz in vivo, trening umiejętności radzenia sobie, aktywację behawioralną, eksperymenty behawioralne, zadania domowe, techniki akceptacji, naukę zarządzania stresem, relaksację, techniki mindfulness czy radzenie sobie z żałobą [43–44]. Proponowane interwencje mogą być przeprowadzane bezpośrednio w formacie indywidualnym lub grupowym, a także coraz częściej przy użyciu teleterapii [45–46]. Podobnie jak w przypadku tradycyjnej terapii poznawczo-behawioralnej, również CBT dla nieformalnych opiekunów opiera się na protokołach, które mogą być dedykowane specyficznym zaburzeniom, na przykład depresji, bądź zaburzeniom lękowym, lub być dostosowane do konkretnych trudności związanych z rolą opiekuna.

Protokoły przeznaczone dla NO składają się z różnych modułów, chociaż to od specjalisty oraz konceptualizacji problemów opiekuna zależy, czy wykorzystane zostaną wszystkie elementy [47]. Typowy protokół zawiera następujące komponenty poznawcze oraz behawioralne: psychoedukację na temat choroby pacjenta, wytłumaczenie związków pomiędzy myślami, emocjami oraz zachowaniem i ich relacji do sytuacji pomagania, trening rozpoznawania i podważania automatycznych myśli oraz dysfunkcyjnych założeń, planowanie przyjemności, naukę dbania o siebie samego [41, 43]. W jednym badaniu szczegółowo przedstawiono także typową dla CBT strukturę poszczególnych sesji, składającą się z omówienia zadania domowego, zaplanowania tematu spotkania oraz kolejnej pracy własnej pomiędzy spotkaniami [40]. Również Fialho [35] uwzględnił w ramach pracy terapeutycznej zadawanie zadań domowych jako interwencji wzmacniającej efekt terapeutyczny.

Stosowane techniki poznawcze mają na celu weryfikację znaczenia nadawanego opiece oraz przekonań dotyczących siebie jako opiekuna. W protokole zaproponowanym przez Márquez-Gonzáleza [40] NO uczyli się rozpoznawania dysfunkcyjnych przekonań oraz nazywania występujących w nim zniekształceń poznawczych, a następnie ich reformułowywania na bardziej adaptacyjne myśli. Na przykład opiekun, który zaobserwował u siebie myśl: „Ja jedyny wiem, w jaki sposób zajmować się moim bliskim” uczył się krytycznej analizy tego przekonania oraz przekształcania jej na bardziej elastyczne przekonanie: „Opieka nad chorym jest pracą zespołową. Mogę pozwolić sobie pomóc”. W ramach proponowanych oddziaływań rozpoznaje się również podłoże społeczno-kulturowe przekonań na temat opieki, na przykład: „Muszę być perfekcyjnym opiekunem” oraz analizuje ich racjonalność.

Do technik behawioralnych zalicza się przede wszystkim zwiększanie przyjemnych aktywności. NO uczeni są, w jaki sposób planować przyjemności oraz identyfikować przeszkody w ich realizowaniu. Ponadto wprowadza się treningi relaksacji, asertywności, pracy z bezsennością, umiejętności społecznych [40–41, 47]. Według proponowanych protokołów, omawiane techniki mogą być wprowadzane w zależności od potrzeb opiekuna.

Istnieją również protokoły, które uwzględniają oddziaływania z tak zwanej trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej [48]. Do głównych technik zalicza się terapię opartą na akceptacji i zaangażowaniu (ACT) [49], terapię poznawczą opartą na uważności (MBCT) [50] oraz dialektyczną terapię behawioralną (DBT) [51].

Efektywność terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z nieformalnym opiekunem

Terapia poznawczo-behawioralna jest uznawana za efektywną interwencję w radzeniu sobie z zaburzeniami depresyjnymi oraz lękowymi [52]. Badania dotyczące skuteczności CBT wśród nieformalnych opiekunów również potwierdzają te wnioski, chociaż efektywność ta zależna jest od badanej populacji. W grupie opiekunów osób z zaburzeniami neuropsychicznymi skuteczność CBT jest zauważalna, natomiast w przypadku opiekunów osób chorujących z powodu nowotworu wyniki są niejednoznaczne [2, 48].

Metaanaliza przeprowadzona przez Kwona [41] pokazała, że po zakończeniu terapii poznawczo-behawioralnej u NO osób chorujących z powodu demencji znacząco zmniejszyły się symptomy depresji, lęku, dystresu, a także nasilenie dysfunkcyjnych myśli. Ponadto, poprawie uległy czynniki bezpośrednio związane z opieką, takie jak poczucie własnej skuteczności, radzenie sobie z destrukcyjnymi zachowaniami pacjenta czy satysfakcja z życia. Badania Kaddour, Kishita oraz Schaller [53] wskazały, że zastosowanie technik CBT nawet o niskiej intensywności skutkuje obniżeniem lęku, objawów depresyjnych, dystresu i w znaczny sposób poczucia obciążenia opieką. Również badania przeprowadzone w grupie opiekunów osób chorujących z powodu choroby Parkinsona wskazały, że średnio po piętnastu sesjach znacznemu obniżeniu uległo nasilenie zaburzeń zdrowia psychicznego oraz stresu w tej grupie [48]. Inne badania potwierdzają i rozszerzają ten trend o zmiany w zakresie jakości życia, obciążenia, a także zmiany w zakresie używanych strategii radzenia sobie [35]. Z badań Losady [43] wynika, że w przypadku zaburzeń depresyjnych CBT jest równie skuteczna jak ACT, chociaż w przypadku wyłącznie terapii poznawczo-behawioralnej efekt ten utrzymywał się także po zakończeniu terapii. Odmienne wyniki otrzymano natomiast w sytuacji nasilenia lęku — w tym przypadku efekt utrzymywał się po zastosowaniu ACT. Autorzy tłumaczą uzyskane różnice specyfiką zaburzenia oraz stosowanych strategii. W przypadku depresji CBT wydaje się lepszym rozwiązaniem ze względu na łatwiejszy dla zrozumienia przez pacjenta model terapii, podczas gdy ACT poprzez nacisk na akceptację lęku sprzyja jego habituacji. Podsumowując, autorzy wskazują, że dzięki proponowanym technikom jedna czwarta opiekunów osób z demencją odczuje znaczącą poprawę.

Inne wyniki dotyczące efektywności CBT uzyskano w grupie opiekunów osób chorujących z powodu nowotworu. Metaanaliza przeprowadzona przez O'Toole [2] wskazała, że wśród 39 przeprowadzonych badań, w połowie z nich stwierdzono przynajmniej jeden pozytywny efekt, w 33% nie stwierdzono żadnego efektu, a w 17% badań nie stwierdzono różnic ze względu na małe grupy albo ograniczenia metodologiczne. Autorzy twierdzą również, że niska skuteczność CBT może wynikać z niedostosowania założeń teoretycznych tego podejścia do sytuacji NO. Terapia poznawczo-behawioralna zakłada, że negatywne emocje wynikać mogą z błędów w sposobie wnioskowania. W przypadku opiekunów osób chorujących z powodu nowotworu, myśli te mogą być jednakże uzasadnione, przez co opiekun może odbierać interwencje jako dewaluujące.

Brak jednoznaczności w wynikach efektywności CBT w różnych populacjach wskazuje na potrzebę starannej oceny problemów oraz potrzeb opiekunów, szczególnie w przypadku chorób, w których status pacjenta może ulegać szybkim zmianom [54].

Analizując efekty terapii poznawczo-behawioralnej wśród nieformalnych opiekunów należy również zwrócić uwagę na ograniczenia metodologiczne, które utrudniają rzetelną ocenę jej skuteczności. W pierwszej kolejności nie wszystkie badania spełniały zasady randomizacji wyników (RCT). Ponadto autorzy nie zawsze precyzują, jakie zastosowano strategie terapeutyczne albo korzystają z interwencji, które mogłyby być zakwalifikowane jako interwencje CBT, chociaż mają inną nazwę [2]. Ostatnim ograniczeniem są małe, homogeniczne grupy, brak długofalowej oceny efektów zastosowanych oddziaływań oraz wysoki wskaźnik rezygnacji, związany z nadmiernym obciążeniem obowiązkami, problemami z planowaniem czasu albo śmiercią chorego [37, 40].

Podsumowanie

Celem prezentowanego tekstu było ukazanie problemu opieki nieformalnej i ocena, czy CBT jest skuteczną metodą wspierania tej grupy. Wyniki przeglądu wskazują, że terapia poznawczo-behawioralna odpowiada jedynie na problemy niektórych grup opiekunów. W odniesieniu do nieformalnych opiekunów osób chorych na nowotwory wyniki badań nie wskazują jednoznacznie, czy terapia poznawczo-behawioralna powinna być zalecaną metodą pracy z tą grupą czy też nie. Ta nieścisłość może wynikać z ograniczeń metodologicznych. Badania w większych grupach z bardziej rygorystyczną operacjonalizacją zmiennych mogą pomóc w znalezieniu odpowiedzi, którym opiekunom polecać terapię poznawczo-behawioralną.

Odpowiedź na to pytanie wydaje się niezwykle cenna. Opiekunowie osób przewlekle chorych są w grupie ryzyka rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego i fizycznego, co może wpływać na jakość sprawowanej przez nich opieki, a także pośrednio mieć związek z dobrostanem pacjenta, który niejednokrotnie odczuwa zwiększony niepokój, obniżenie jakości życia czy nasilenie objawów chorobowych [37]. Biorąc pod uwagę wyzwania starzejącego się społeczeństwa i częstość występowania chorób przewlekłych, opieka nieformalna może mieć znaczenie dla coraz większej liczby osób i przekształcić się — z perspektywy polityki zdrowotnej — w poważny problem. Skuteczna opieka nad opiekunem może więc przynieść ulgę nie tylko systemowi opieki zdrowotnej, ale z perspektywy rodziny zarówno opiekunowi, jak i pacjentowi.

Piśmiennictwo

1. Zwar L, Konig HH, Hajek A. Psychosocial consequences of transitioning into informal caregiving in male and female caregivers: Findings from a population-based panel study. *Soc. Sci. Med.* 2020; 264.
2. O'Toole MS, Zachariae R, Renna ME, Mennin DS, Applebaum A. Cognitive behavioral therapies for informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncol.* 2017; 26(4): 428–437.
3. Ehsan N, Johar N, Saleem T, Khan MA, Ghuan S. Negative repercussions of caregiving burden. Poor psychological well-being and depression. *Park. J. Med. Sci.* 2018; 34(6): 1452–1456.
4. Kent EE, Mollica MA, Buckenmaier S, Smith AW. The characteristics of informal cancer caregivers in the United States. *Semin. Oncol. Nurs.* 2019; 35(4): 328–332.
5. Musich S, Wang SS, Kraemer S, Hawkins K, Wicker E. Caregivers for older adults: Prevalence, characteristics, and health care utilization and expenditures. *Geriatr. Nurs.* 2017; 38(1): 9–16.
6. Tur-Sinai A, Tet A, Rommel A, Hlebec V, Lamura G. How many older caregivers are there in Europe? Comparison of estimates of their prevalence from three European surveys. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17(24): 9531.
7. Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal caregiving and its impact on health: a reappraisal from population-based studies. *Gerontologist* 2015; 55(2): 309–319.
8. Wolff JL, Spillman BC, Freedman VA, Kasper JD. A national profile of family and unpaid caregivers who assist older adults with health care activities. *JAMA Intern. Med.* 2016; 176(3): 372–379.

9. Verbakel E. Hot to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms. *Scand. J. Public Health*. 2018; 46(4): 436–447.
10. Hoffman F, Rodrigues R. Policy Brief April 2010. Informal carers: Who takes care of them? Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2010.
11. Verbakel E, Tamllagsrønning S, Winstone L, Fjær EL, Eikemo TA. Informal care in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur. J. Public Health* 2017; 27(suppl_1): 90–95.
12. Dixe M.d.A.C.R., da Conceição Teixeira LF, Areosa TJTCC i wsp. Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2019; 255. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>
13. Duffy AD, Valentine AD. MD Anderson manual od psychosocial oncology. New York: McGraw-Hill; 2010.
14. Teixeira RJ, Applebaum AJ, Bhatia S, Brandao T. The impact of coping strategies of cancer caregivers on psychophysiological outcomes: an integrative review. *Psychol. Res. Beh. Manag*. 2018; 11: 207–215.
15. Andersen HE, Hoeck B, Nielsen DS, Ryg J, Delmar C. A phenomenological-hermeneutic study exploring caring responsibility for a chronically ill, older parent with frailty. *Nurs. Open*. 2020; 7(4): 951–960.
16. Frias, CE, Cabrera E, Zabelegui A. Informal caregivers' roles in dementia: The impact on their quality of life. *Life* 2020; 23; 10(11): 251. DOI: 10.3390/life10110251
17. Diaz M, Estevez A, Momene J, Ozerinjauregi N. Social support in the relationship between perceived informal caregiver burden and general health of female caregivers. *Ansiedad y Estres*. 2019; 25(1): 20–27.
18. Yuan Q, Wang P, Tan TH, Devi F, Poremski D, Magadi H i współ. Coping patterns among primary informal dementia caregivers in Singapore and its impact on caregivers—implications of a latent class analysis. *Gerontol*. 2021; 61(5): 690–692.
19. Metzeltin SF, Verbakel E, Veenstra MY, Excel J, Ambergen AW, Kempen GJIM. Positive and negative outcome of informal caregiving at home and in institutionalized long-term care: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* 2017; 17(1): 232.
20. Koyanagi A, Jorda E, Stubbs B, Carvalho AF, Veronese N, Haro JM i wsp. Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys. *J. Psych. Res*. 2018; 96: 115–123.
21. Kiecolt-Glaser JK, Preacher KJ, MacCallum RC, Atkinson C, Malarkey WB, Glaser R. Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6. *Proc. Nat. Acad. Sci. U S A*. 2003; 100(15): 9090–9095.
22. Collins RN, Kishita N. Prevalence of depression and burden among informal caregivers of people with dementia: a meta-analysis. *Ageing Soc*. 2020; 40(11): 2355–2392.
23. Kaddour L, Kishita N. Anxiety in informal dementia carers: a meta-analysis of prevalence. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol*. 2020; 33(3): 161–172.
24. Geng H, Chuang D, Yang F, Yang Y, Liu W, Liu L i wsp. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients. *Medicine* 2018; 97(39): e11863.
25. Bom J, Bakx P, Schut F, Doorslaer E. The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review. *Gerontol*. 2018; 58(5): 629–642.
26. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol. Bull*. 2004; 130(4): 601–630.

27. Omranifard V, Haghhighizadeh E, Akouchekian S. Depression in main caregivers of dementia patients: prevalence and predictors. *Adv. Biomed Res.* 2018; 7: 34.
28. Barrera-Caballero S, Romero-Moreno R, del Sequeros Pedroso-Chaparro M, Olmos R, Vara-García C, Gallego-Alberto L i wsp. Stress, cognitive fusion and comorbid depressive and anxiety symptomatology in dementia caregivers. *Psychol. Aging.* 2021; 36(5): 667–676.
29. Fernández-Calvo B, Castillo IC, Campos FR, Carvalho VM de L e, Silva JC da, Torro-Alves N. Resilience in caregivers of persons with Alzheimer’s disease: A human condition to overcome caregiver vulnerability. *Estudos de Psicologia* 2016; 21(2): 125–133.
30. Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. Self-reported health and cortisol awakening response in parents of people with Asperger syndrome: the role of trait anger and anxiety, coping and burden. *Psychol. Health.* 2013; 28(11): 1246–1264.
31. Snyder CM, Fauth E, Wanzek J, Piercy KW, Norton MC, Corcoran C i wsp. Dementia caregivers’ coping strategies and their relationship to health and well-being: the Cache County study. *Aging. Ment. Health.* 2015; 19(5): 390–399.
32. Abreu W, Tolson D, Jackson GA, Costa N. A cross-sectional study of family caregiver burden and psychological distress linked to frailty and functional dependency of a relative with advanced dementia. *Dementia* 2020; 19(2): 301–318. DOI:10.1177/1471301218773842.
33. Rodrigues R, Simmons C, Schmidt AE, Steiber N. Care in times of COVID-19: the impact of the pandemic on informal caregiving in Austria. *Eur. J. Aging.* 2021; 18: 195–205.
34. Martín-Carrasco M, Ballesteros-Rodríguez J, Domínguez-Panchón AI, Muñoz-Hermoso P, González-Fraile E. Interventions for caregivers of patients with dementia. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2014; 42(6): 300–314.
35. Fialho PP, Köenig AM, Santos MD, Barbosa MT, Caramelli P. Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2012; 70(10): 786–792.
36. Biliunaite I, Kaziauskas E, Sanderman R, Truskauskaite-Kuneviciene I, Dumarkaite A, Andersson G. Internet-based cognitive behavioral therapy for informal caregivers: randomized controlled pilot trial. *J. Med. Internet Res.* 2021; 23(4): e21466.
37. Waldron EA, Janke EA, Bechtel CF, Ramirez M, Cohen A. A systematic review of psychosocial interventions to improve cancer caregiver quality of life. *Psychooncol.* 2013; 22(6): 1200–1207.
38. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit. Ther. Res.* 2012; 36(5): 427–440.
39. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behavioralna — praktyka oparta na badaniach empirycznych. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej* 2009; 2(3): 146–155.
40. Márquez-González M, Losada A, Izal M, Pérez-Rojo G, Montorio I. Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: description and outcomes of an intervention program. *Aging Ment. Health* 2007; 11(6): 616–625.
41. Kwon OY, Ahn HS, Kim HJ, Park KW. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *J. Clin. Neurol.* 2017; 13(4): 394–404.
42. Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. Effects of a cognitive-behavioral intervention program on the health of caregivers of people with autism spectrum disorder. *Psychosoc. Interv.* 2015; 24(1): 33–39.
43. Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R i wsp. Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers

- with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2015; 83(4): 760–772.
44. Meichsner F, Wilz G. Dementia caregivers' coping with pre-death grief: effects of a CBT-based intervention. *Aging. Ment. Health* 2018; 22(2): 218–225.
 45. Kubo A, Kurtovich E, McGinnis M, Aghaee S, Altschuler A, Quesenberry C i wsp. A randomized controlled trial of health mindfulness intervention for cancer patients and informal cancer caregivers: a feasibility study within an integrated health care delivery system. *Integr. Cancer Ther.* 2019; 18: 1–13.
 46. Kwok T, Au A, Wong B, Ip I, Mak V, Ho F. Effectiveness of online cognitive behavioral therapy on family caregivers of people with dementia. *Clin. Interv. Aging.* 2014; 9: 631–636.
 47. Wilz G, Reder M, Meichsner F, Soellner R. The Tele.TAnDem intervention: Telephone-based CBT for family caregivers of people with dementia. *Gerontologist* 2018; 58(2): e118–e129. DOI: 10.1093/geront/gnx183.
 48. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry* 2017; 16(3): 245–246.
 49. Han A, Yuen HK, Jenkins J. Acceptance and commitment therapy for family caregivers: A systematic review and meta-analysis. *J. Health Psych.* 2021; 26(1): 82–102. DOI: 10.1177/1359105320941217.
 50. Collins RN, Kishita N. The effectiveness of mindfulness and acceptance-based Interventions for informal caregivers of people with dementia: a meta-analysis. *Gerontologist* 2019; 59(4): 363–379.
 51. Drossel C, Fisher JE, Mercer V. A DBT Skills training group for family caregivers of persons with dementia. *Behav. Ther.* 2011; 42(1): 109–119.
 52. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin. Psychol. Rev.* 2006; 26(1): 17–31.
 53. Kaddour L, Kishita N, Schaller A. A meta-analysis of low-intensity cognitive behavioral therapy-based interventions for dementia caregivers. *Int. Psychogeriatr.* 2019; 31(7): 961–976.
 54. Fu F, Zhao H, Tong F, Chi I. A systematic review of psychosocial interventions to cancer caregivers. *Front. Psychol.* 2017; 8: 834.

Adres: ksanna@swps.edu.pl