



Andrzej Potemkowski
Specjalista neurolog,
kieruje Zakładem
Psychologii Klinicznej
i Psychoprofilaktyki
Instytutu Psychologii
Uniwersytetu
Szczecińskiego,
od 2005 r. członek
Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa
Neurologicznego,
Lekarz Roku w Szczecinie
w 2013 r. Zainteresowania
badawcze to pogranicza
neurologii i psychologii
w chorobach
neurodegeneracyjnych
i demielinizacyjnych,
neuroestetyka.
Hobby: rzeźba, fotografia,
śledzenie rozwoju
wnuków.

Otępienie w chorobie Alzheimera – zadania opiekunów w zakresie leczenia farmakologicznego

Dementia in Alzheimer's disease – the roles of caregivers in pharmacological treatment

Andrzej Potemkowski¹, Anna Ratajczak², Marcin Ratajczak³

¹ Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego

² Studium Doktoranckie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

³ Centrum Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Pamięci Euromedis w Szczecinie

STRESZCZENIE

Komunikacja z opiekunem stanowi bardzo ważny element leczenia otępień. Powinna się skupiać na wyjaśnieniu istoty choroby Alzheimera, rozwoju objawów, obciążeniach wynikających z opieki, a przede wszystkim na możliwości uzyskania efektów leczenia farmakologicznego i pozafarmakologicznego. W komunikacji ważnymi tematami są także aspekty opieki pozadomowej oraz prawne – ubezwłasnowolnienie i instytucjonalizacja. Ponieważ choroba pacjenta oddziałuje również na opiekuna, w komunikacji z nim należy mu to uświadomić, a przez to wyraźnie wskazać na konieczność dbania również o własne zdrowie. Powinno być ono nadzorowane w takim samym zakresie jak zdrowie chorego z otępieniem alzheimerowskim.

Słowa kluczowe: choroba Alzheimera, opieka, leczenie

ABSTRACT

Communication with a caregiver constitutes a significant element of dementia treatment. It should focus on explaining the essence of Alzheimer's disease, development of symptoms, encumbrances related to caregiving and, above all, on the possibility of obtaining the effects of pharmacological and non-pharmacological treatment. Important topics in communication involve also the aspects of out-of-home care as well as legal issues – incapacitation and institutionalization. By rising caregivers' awareness of the influence the disease will have on them, communication with a caregiver should clearly indicate that it is essential for them to take care of their health, which should be supervised to the same extent as the health of a patient with Alzheimer's dementia.

Key words: Alzheimer disease, care, therapy

NAJWAŻNIEJSZE

Komunikacja z opiekunem stanowi bardzo ważny element skuteczności leczenia farmakologicznego choroby Alzheimera.

HIGHLIGHTS

Communication with a caregiver constitutes a significant element of efficacy Alzheimer's disease treatment.

Bliscy i opiekunowie osoby z chorobą Alzheimera (ch.A.) na każdym jej etapie stają przed wieloma, niekiedy bardzo trudnymi, decyzjami i wyzwaniem. Najcenniejsze, co mogą dać choremu, to: własna obecność, zrozumienie oraz wsparcie. Umiejętności te przychodzą z czasem – wraz z nabywaniem doświadczenia i wiedzy o chorobie, co istotnie zależy od dobrych relacji lekarz–opiekun. Bardzo ważne jest wielospecjalistyczne podejście do pacjenta, współpraca z członkami rodziny oraz indywidualny plan leczenia farmakologicznego i pozafarmakologicznego. Istotnym zadaniem, szczególnie wraz z narastaniem objawów choroby, jest utrzymanie komunikacji z pacjentem i jego opiekunem. Od tego zależy utrzymanie chorego w leczeniu, przestrzeganie zaleceń (adherencja), stosowanie właściwych dawek leków (*compliance*) i unikanie polipragmatyzacji. Wszystko to ma na celu jak najdłuższe zachowanie samodzielności pacjenta oraz zahamowanie progresji choroby.

KIM JEST W POLSCE OPIEKUN W CHOROBY ALZHEIMERA?

W Polsce opiekunem pacjenta z ch.A., jak wynika z badania EX-ON, jest w 88% przypadków członek rodziny: w 36% – współmałżonek, w 29% – córka, a w 10% chorych – syn. Blisko 1/3 opiekunów w sprawowaniu opieki może liczyć wyłącznie na siebie [1]. Chorym opiekuje się najczęściej osoba w wieku podeszłym, bowiem aż 20% opiekunów ma ponad 70 lat. Większość opiekunów stanowią osoby z wykształceniem ponadpodstawowym, mieszkające w mieście, ze stałym miesięcznym źródłem dochodu wynoszącym średnio nieco ponad 800 zł. Ze względu na zaawansowanie objawów ch.A. aż 76% polskich opiekunów musi mieszkać z chorym. Dla porównania, w Unii Europejskiej dotyczy to 65% opiekunów. Niestety, mniej niż połowa polskich opiekunów korzysta z różnorodnych form wsparcia, a jedynie kilka procent nawiązuje kontakt ze stowarzyszeniami alzheimerowskimi, często nie wiedząc o ich istnieniu. Codzienna opieka pochłania średnio 7,2 godziny, a tygodniowa – aż 51,4 godziny. W przypadku ciężkich otępień ponad 1/3 chorych wymaga dobowo ok. 14 godzin opieki [1]. Dane te obrazują wyjątkowo trudną sytuację polskich opiekunów osób z ch.A.

ROLA OPIEKUNA W ROZPOZNANIU CHOROBY ALZHEIMERA

Opiekun na każdym etapie ch.A. odgrywa wiele istotnych ról [2]. To on najczęściej dostrzega pierwsze objawy choroby i od niego zależy decyzja o podjęciu diagnostyki, a w konsekwencji – czas rozpoznania ch.A.

W Polsce ma to miejsce dopiero po ok. 23–24 miesiącach, ale w Niemczech już po 10 miesiącach [3]. Dokładniejsza analiza pokazała, że do lekarza rodzinnego w Polsce zgłaszało się 78,66% pacjentów podejrzewających u siebie ch.A., a 21,34% od razu do specjalisty neurologa [4]. Następowo to średnio po 10,6 miesiąca, przy czym po 8,7 miesiąca – w grupie mężczyzn, u kobiet zaś dopiero po 11,6 miesiąca. Do specjalisty neurologa lub psychiatry chorych tych lekarze podstawowej opieki zdrowotnej kierowali dopiero po upływie średnio 11,9 miesiąca i nie prowadzili w tym okresie właściwie żadnej diagnostyki klinicznej, biochemicznej czy neuroobrazowej. W tym czasie pacjenci byli leczeni różnymi preparatami, natomiast 18,7% nie dostawało żadnych leków ukierunkowanych na leczenie otępienia [4]. Okres ten należy uznać za stracony dla chorego, bowiem nie da się nadrobić dwuletniego opóźnienia zarówno w diagnostyce, jak i w leczeniu. Tak więc od wiedzy, zaangażowania, a także uporu opiekuna zależy czas rozpoznania ch.A., a w konsekwencji – podjęcie leczenia i dalsze jego prowadzenie.

KOMUNIKACJA Z OPIEKUNEM W ZAKRESIE WIEDZY O CHOROBY ALZHEIMERA

Po przeprowadzeniu diagnostyki przed lekarzem staje zadanie przekazania rozpoznania i określenie terapii. W przypadku ch.A. o diagnozie informowany jest nie tylko pacjent, ale i opiekun, który skłonił go do podjęcia diagnostyki [5]. Częstą przeszkodę w komunikacji stanowi niepewność dotycząca możliwości komunikacyjnych pacjenta, jego poziom obaw związanych z rozpoznaniem, a u opiekuna przede wszystkim strach, jakie reakcje psychologiczne pojawią się u chorego po przedstawieniu rozpoznania ch.A. [6].

Blisko połowa opiekunów nie jest usatysfakcjonowana, a 1/5 nie uzyskuje od lekarza żadnych informacji na temat ch.A. [7]. Możliwie szerokie poinformowanie opiekuna o otępieniu, już w okresie poprzedzającym rozpoznanie ch.A., czyli w fazie łagodnych zaburzeń poznawczych, warunkuje konsekwentne utrzymanie pacjenta w dalszej obserwacji, postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia. Ponieważ na etapie diagnostyki większość opiekunów obawia się przede wszystkim rozpoznania ch.A., uzasadnione jest, żeby w trakcie pierwszych wizyt zapoznać opiekuna z najważniejszymi aspektami otępień, z obrazem klinicznym i przebiegiem, możliwym wpływem objawów na całe środowisko chorego, a zwłaszcza na samego opiekuna. Ważne jest omówienie opieki pozadomowej, objawów związanych

Otępienie w chorobie Alzheimera – zadania opiekunów w zakresie leczenia farmakologicznego
A. Potemkowski, A. Ratajczak, M. Ratajczak

z rozwojem choroby i możliwości przeciwdziałania im, a także emocjonalnego przygotowania się do nich oraz zwrócenie uwagi na problematykę prawną. Gdy lekarz prowadzący nie dysponuje czasem, powinien poinformować opiekuna, gdzie może takie informacje uzyskać, tj. kiedy i gdzie spotykają się na jego terenie grupy wsparcia, oraz przekazać dostępne materiały informacyjne na ten temat. Konieczne jest więc posiadanie gotowych informacji, najlepiej wydrukowanych, z adresami i telefonami lokalnych stowarzyszeń alzheimerowskich [8].

Znajomość obrazu klinicznego i przebiegu otępienia przez opiekuna sprawia, że ma on poczucie obciążenia opieką. Obciążenie to w początkowej fazie choroby nie jest duże, ale z czasem będzie narastało, by w fazie ciężkiej wypełnić opiekunowi prawie całą dobę. Opiekun musi być o tym możliwie wcześniej poinformowany, by wspólnie z innymi członkami rodziny odpowiednio się do tego zadania przygotować. Należy uprzedzić opiekuna o możliwości wystąpienia trudnych do akceptacji objawów, zwłaszcza zaburzeń zachowania, które mogą się stać przyczyną niechęci wobec chorego oraz nasilać u opiekuna napięcie i dyskomfort psychiczny, co w efekcie może obniżyć skuteczność radzenia sobie z szeregiem codziennych problemów.

Podstawą relacji opiekun–pacjent jest postawa nacechowana spokojem, ponieważ im wyższy stopień wyrażania emocji u opiekuna, tym większe nasilenie negatywnych zachowań u podopiecznego [8]. Gdy chory jest w stanie jeszcze podejmować właściwe decyzje związane z aktywnością dnia codziennego, a opiekun nieustannie w nie ingeruje, taka nadopiekuńczość może wyzwolić w chorym opór, a następnie agresję. Należy to opiekunowi właściwie uświadomić. Trudnym momentem dla opiekuna stają się decyzje o instytucjonalizacji i ubezwłasnowolnieniu, zwłaszcza wtedy, gdy nie zostanie on w początkowej fazie choroby poinformowany, że konieczność takich decyzji może nadejść i z jakimi objawami się wiąże [9].

Dobra współpraca z opiekunem związana jest także z omówieniem jego sytuacji zawodowej i finansowej, stanu rodzinnego i wzajemnych relacji rodzinnych. Lekarz nie powinien unikać takich tematów i mieć rozeznanie, czy opieka nie przerasta opiekuna, a jeżeli tak, to w jakim zakresie i jakie wsparcie powinno zostać mu udzielone.

KOMUNIKACJA Z OPIEKUNEM W ZAKRESIE LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO ZABURZEŃ POZNAWCZYCH

Odrębnym aspektem komunikacji z opiekunem jest omówienie zarówno oczekiwań dotyczących efektów leczenia farmakologicznego, jak i znaczenia metod pozafarmakologicznych. Opiekun powinien postrzegać leczenie w perspektywie przynajmniej kilku lat, rozłożone na etapy związane z fazą lekką i umiarkowaną ch.A., później też fazą zaawansowaną. W pierwszych dwóch fazach rekomendowane jest stosowanie inhibitorów acetylocholinesterazy (IChE) – donepezylu lub rywastygminy, a w fazie umiarkowanej i zaawansowanej – memantyny [10].

Opiekunowie w większości oczekują istotnej poprawy, co jest zrozumiałe w kontekście doświadczeń związanych ze stosowaniem szeregu innych leków. Efekty stosowania leków w ch.A. są jednak trudno przewidywalne – ocenia się, że zahamowanie bądź poprawę obserwuje się u ok. 1/3 leczonych, u kolejnej 1/3 zauważa się spowolnienie wcześniej widzianego postępu objawów ch.A., a u pozostałych niestety leki nie wpływają na naturalny przebieg choroby. Stąd w rekomendacjach zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego zaleca się ocenę skuteczności zarówno leków stosowanych w terapii zaburzeń poznawczych, jak i tych służących terapii poszczególnych objawów ch.A. co najmniej raz na rok [10]. Gdy leczenie jednym z IChE jest nieskuteczne, warto podjąć próbę leczenia innym lekiem z tej grupy. Natomiast coraz częściej stosuje się tzw. terapię łączoną – po wcześniejszym wprowadzeniu do leczenia IChE, po przejściu chorego z fazy lekkiej do umiarkowanej lub z umiarkowanej do ciężkiej dołącza się memantynę. Monoterapia memantyną jest zalecana w przypadku przeciwwskazań do stosowania IChE, ich złej tolerancji oraz udokumentowanego braku skuteczności. Szczególnie podkreślić należy w rozmowach z opiekunem na temat leczenia farmakologicznego, że stosowanie jakichkolwiek innych leków niż IChE i memantyna nie ma żadnego uzasadnienia, nie zostało bowiem potwierdzone w badaniach klinicznych [10].

Omawiając skutki zaników kory mózgu, opiekunowi powinno się wyjaśnić, że powodują one obniżenie poziomu acetylocholino – czynnika niezbędnego dla procesów pamięciowych – i z tego właśnie wynika stosowanie

leku hamującego rozkład tej substancji, czyli inhibitora acetylocholinesterazy. Ważne jest rzetelne wyjaśnienie, że lek nie leczy zmian w mózgu i dlatego nie można liczyć na cofnięcie zaburzeń pamięci, a jedynie na ich zahamowanie lub spowolnienie. Takie rozumienie celów terapii wiąże się również z dokonywaną przez opiekunów analizą możliwych do osiągnięcia efektów i nakładów ponoszonych na leczenie, które od wprowadzenia leków generycznych znacznie się zmniejszyły. Niezbędne jest także wytłumaczenie, jaki wpływ na naturalny przebieg choroby ma przestrzeganie schematu leczenia.

Niezwykle ważna jest ocena, w jaki sposób pacjent akceptuje leki i czy będzie je chętnie stosował. Wielu chorych po przyjęciu leku przetrzymuje długo tabletki w jamie ustnej i dopiero po dłuższym czasie je połyka albo po prostu wypluwa, gdy opiekun tego nie widzi. W takiej sytuacji zaleca się stosowanie postaci leku rozpuszczającej się w jamie ustnej (donepezil ODT). W fazie zaawansowanej, gdy podobna sytuacja zdarza się częściej, możliwe jest stosowanie rekomendowanej memantyny również w innej postaci niż tabletki – w formie roztworu. Niestety, w komunikacji z opiekunem forma leku to temat często pomijany, a w opisanych powyżej sytuacjach ma zasadnicze znaczenie w skutecznym prowadzeniu terapii farmakologicznej.

Włączenie leczenia farmakologicznego wydaje się zrozumiałe dla opiekuna z chwilą rozpoznania ch.A. Natomiast więcej niejasności dotyczy czasu, kiedy należałoby to leczenie zakończyć. Rekomendacje niektórych grup eksperckich oparte na wynikach testu MMSE, poniżej których nie zaleca się stosowania leków, mają charakter wyłącznie arbitralny i nie są potwierdzone wynikami badań klinicznych [10]. Odstawienie leczenia wiąże się również z aspektami etycznymi i przeważnie nie jest akceptowane przez opiekunów.

Współpraca z opiekunem to również zadanie lekarzy POZ. Od ich wiedzy o ch.A. i innych otępieniach zależy skierowanie do neurologa, psychiatry czy do mniej dostępnego geriatry. W polskich realiach to właśnie lekarze POZ nadzorują leczenie farmakologiczne otępienia, również przy udziale pielęgniarki odwiedzającej chorego w domu i mającej także swój udział w komunikacji z opiekunem [9].

KOMUNIKACJA Z OPIEKUNEM W ZAKRESIE LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO ZABURZEŃ ZACHOWANIA, NASTROJU I OBJAWÓW PSYCHOTYCZNYCH

U większości chorych w ch.A. obecne są zaburzenia zachowania, nastroju i objawy psychotyczne. Są one też traktowane jako integralna składowa procesu chorobowego i stwarzają istotne problemy zarówno dla chorego, jak i jego otoczenia. Objawy te to przede wszystkim: agresja, krzyk, bezcelowe chodzenie, niepokój ruchowy, zaburzenia rytmu dobowego, lęk oraz drażliwość. Mogą się one pojawiać już na wiele lat przed postawieniem rozpoznania ch.A., a potem w różnym tempie narastać [11]. Wymagają od opiekuna przede wszystkim identyfikacji sytuacji prowokujących ich pojawianie się, a od lekarza – wykluczenia przyczyn somatycznych oraz włączenia leczenia, w pierwszej kolejności niefarmakologicznego. Dopiero w przypadku nieskuteczności ww. postępowania, wobec zachowań zagrażających choremu i otoczeniu lub nieakceptowalnych przez bliskich należy rozważyć bardzo ostrożne wdrożenie leków psychotropowych klasycznych lub nowej generacji. Leki te powinno się stosować krótko (do 3 miesięcy) w przypadku pobudzenia lub objawów psychotycznych, ponieważ niektóre badania wykazały, że zwiększają one ryzyko śmierci, natomiast leki nasenne i o działaniu uspokajającym zwiększają ryzyko upadków [12].

Zwykle opiekunowie oczekują, zwłaszcza w przypadku pobudzenia i agresji, szybkiego włączenia przeciwdziałających temu leków, dlatego należy im przekazać, że część zaburzeń zachowania w ch.A. może ustąpić wraz z wprowadzeniem do terapii IChE lub memantyny. Tu znowu należy pamiętać o formach leków ułatwiających podanie: w przypadku IChE – tabletek rozpuszczalnych w jamie ustnej, a w przypadku memantyny – roztworu. Natomiast w przypadku depresji opiekunowie oczekują leków zdecydowanie zmniejszających apatię i anhedonię, ale powinny być włączane właściwie tylko leki przeciwdepresyjne (citalopram, sertralina), ponieważ w ch.A. antycholinergiczne leki trójpierścieniowe nie powinny być stosowane.

WPŁYW CHOROBY ALZHEIMERA NA OPIEKUNA

Od stanu zdrowia opiekuna zależy stan leczenia pacjenta z ch.A. i dlatego opiekun powinien być możliwie wcześniej i dokładnie poinformowany, że otępienie, a ch.A. szczególnie, może mieć znaczący wpływ na jego

Otępienie w chorobie Alzheimera – zadania opiekunów w zakresie leczenia farmakologicznego
A. Potemkowski, A. Ratajczak, M. Ratajczak

stan psychiczny i somatyczny. Opieka nad niepełnosprawnym ruchowo chorym, często leżącym, wymaga sprawności i siły fizycznej. Odpowiednio wcześniej powinno się zapoznać ze stanem zdrowia opiekuna i wypracować zasady kontroli, zwłaszcza układu krążenia. Z opiekunem ze schorzeniami układu ruchu powinno się omówić zasady oszczędzania układu kostno-stawowego i wpajać mu, że nie może lekceważyć konieczności terapii własnej.

Do najczęstszych konsekwencji opieki należy depresja i dlatego edukacja jest w stanie w pewnym stopniu przygotować opiekuna do lepszego radzenia sobie z negatywnymi emocjami [13]. Może być przeprowadzona przez lekarza prowadzącego, w ramach pomocy psychologicznej bądź w ramach grupy wsparcia. U opiekunów optymistycznie nastawionych, z dobrym samopoczuciem, aktywnie radzących sobie z problemami, mimo natłoku koniecznych obowiązków depresja rozwija się rzadziej.

Do ważnych aspektów komunikacji z opiekunem należy stała ocena możliwości opieki [14]. Praktycznie na każdej kolejnej wizycie, zwłaszcza z pacjentem z zaawansowaną ch.A., powinno się ocenić, jak opiekun sobie radzi. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia opiekuna należy rozważyć skierowanie chorego do szpitala lub chociażby na oddział dzienny, co niestety w realiach polskich sprawia duży problem. Konieczne jest więc przygotowanie możliwości zastępstwa opiekuna przez inną osobę w razie szczególnych okoliczności. Ponieważ miejsca w domu opieki nie otrzymuje się natychmiast, a procedury w niektórych rejonach Polski trwają nawet do kilkunastu miesięcy, opiekun powinien już w fazie lekkiej lub umiarkowanej ch.A. zapoznać się z warunkami w wybranym domu opieki, formalnościami czy wysokością koniecznych opłat.

PODSUMOWANIE

Komunikacja z opiekunem stanowi bardzo ważny element leczenia otępień, a zwłaszcza ch.A. Powinna się skupiać na zrozumiałym wyjaśnieniu: istoty tej choroby, rozwoju objawów, narastających obciążeń wynikających z opieki, a przede wszystkim – na możliwości uzyskania efektów leczenia farmakologicznego i pozafarmakologicznego. W komunikacji niezwykle ważnymi tematami są aspekty opieki pozadomowej oraz prawne – ubezpieczenie i instytucjonalizacja. W komunikacji z opiekunem należy mu uświadomić, że choroba pacjenta oddziałuje również na niego, a przez to wyraźnie

wskazać na konieczność dbania również o własne zdrowie. Powinno być ono nadzorowane w takim samym zakresie jak zdrowie chorego z otępieniem alzheimerowskim.

PIŚMIENNICTWO

1. Gabryelewicz T, Kotapka-Minc S, Mączka M. Charakterystyka polskiej populacji osób z chorobą Alzheimera i ich opiekunów: raport z badania obserwacyjnego EX-ON. *Psychogeriatr Pol* 2006; 3: 75-84.
2. Kłoszewska I. Rola opiekuna chorych z otępieniem. *Pol Przegląd Neurol* 2007; 2: 105-109.
3. Bond J, Stave C, Sganga A et al. Inequalities in dementia care across Europe: Key findings of the Facing Dementia Survey. *International Journal of Clinical Practice* 2005; 59(Suppl. 146): 8-14.
4. Potemkowski A, Ratajczak M, Ratajczak A. Jak szybko rozpoznajemy chorobę Alzheimera? *Psychogeriatr Pol* 2007; 1(4): 215-216.
5. Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2008; 23: 929-936.
6. Witusik A, Pietras T. Lęk i depresja u opiekunów osób chorych na otępienie – badanie pilotażowe. *Psychogeriatrya Polska* 2007; 4: 1-6.
7. Georges L, Jansen S, Jackson J et al. Alzheimer disease in real life – the dementia carer's survey. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 546-551.
8. Morris RG. Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *British Journal Psychiatry* 1988; 153: 147-156.
9. Potemkowski A. Współpraca między opiekunem chorego z otępieniem a lekarzem. W: *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. Medisfera, Warszawa 2012: 173-180.*
10. Sobów T, Kłoszewska I. Choroba Alzheimera – leczenie. W: *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. Medisfera, Warszawa 2012: 82-93.*
11. Jost BC, Grossberg GT. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history study. *Journal of the American Geriatrics Society* 1996; 44(9): 1078-1081.
12. Kłoszewska I. Farmakologiczne leczenie zaburzeń zachowania, zaburzeń psychotycznych i zaburzeń nastroju w chorobie Alzheimera. W: *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. Medisfera, Warszawa 2012: 94-105.*
13. Martin-Carrasco M, Martin FM, Valero CP, Millan PL. Effectiveness of psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patient'

caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2009; 24: 489-499.

14. Schmidt KL, Lingler JH, Schulz R. Verbal communication among Alzheimers's disease patients, their caregivers, and primary care physicians during primary care office visits. *Patient Education and Counselling* 2009; 77: 197-201.

Adres do korespondencji:

Andrzej Potemkowski

Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprofilaktyki
Instytutu Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego

71-017 Szczecin, ul. Krakowska 71-79

e-mail: andrzej.potemkowski@wp.pl