

Beata Kasperek-Zimowska

Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Teoria Redefiniowania Roli Rodzica według P.J. Milliken na tle innych modeli badawczych obejmujących opiekę nad dorosłą osobą przewlekle chorą na schizofrenię

Theory of Redefining Parental Identity by P.J. Milliken in the context of other theoretical frameworks featuring phenomenon of caregiving for a person with chronic mental illness

Abstract

There have been six conceptual frameworks commonly used to study family responses to severe mental illness: Family Expressed Emotion, Family Caregiving Burden, Family Resiliency Model, Family Stress and Coping Model, Attribution Theory and Theory of Redefining Parental Identity. The Theory of Redefining Parental Identity by P.J. Milliken is described here wider because of its specific phenomenological method of characterizing occurrence of caregiving for a person with severe mental illness.

Family Expressed Emotion blames for relapses in schizophrenia the family, Family Caregiving Burden describes only negative aspects of caregiving. Family Resiliency Model, Family Stress and Coping Model, and Attribution Theory in comparison to above mentioned frameworks, were build on basis on normal population and enable to describe testing variables more objectively. They include spectrum of features of caregiving for the mentally ill.

Theory of Redefining Parental Identity in comparison to five mentioned frameworks highlights specificity and dynamics of the phenomenon of care for patients with severe mental illness.

key words: schizophrenia, caregiving, theoretical framework

Poważne choroby psychiczne, do których niewątpliwie należy schizofrenia, mają daleko idące konsekwencje zarówno dla osoby chorej, jak i jej opiekunów. Dla samych pacjentów trudność stanowią: umiejętność zajęcia się własną osobą, możliwość nawiązywania i utrzymywania szerszych kontaktów społecznych oraz możliwość podjęcia pracy. Choroba psychiczna two-

rzy bariery na drodze do niezależnego życia i może obniżyć poziom jakości życia [1]. Bliscy osób chorych doświadczają uczuć straty i smutku [2–4]. Konfrontują się z niepewnością, złością, winą i wstydem. Tak samo jak osoby chore czują się napiętnowani i społecznie nieakceptowani [5]. Cechą dominującą w ich życiu staje się opiekowanie osobą dorosłą, która zwykle nie wymaga już codziennej troski [6].

W związku ze złożonością zjawiska, jakim jest opieka nad osobą przewlekle psychicznie chorą, badacze próbują ująć jej najistotniejsze aspekty w ramy paradygmatów badawczych. Do najczęściej stosowanych należą: Koncepcja Ujawnianych Emocji, Teoria Obciąż-

Adres do korespondencji:
mgr Beata Kasperek-Zimowska
Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej,
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
ul. Al. Sobieskiego 9
02–957 Warszawa

żenia Rodziny (*Family Caregiving Burden*), Model Elastyczności Rodzinnej (*Family Resiliency Model*), Teoria Stresu i Radzenia Sobie z Nim (*Family Stress and Coping Model*), Teoria Atrybucji (*Attribution Theory*). Dużo rzadziej stosowaną metodą do opisu tego zjawiska są studia fenomenologiczne. Niemniej jednak ich wkład w rozumienie fenomenu opieki jest nieoceny. Na szczególną uwagę zasługuje Teoria Redefiniowania Roli Rodzica [4].

Koncepcja Ujawnianych Emocji (UE)

Paradygmat UE wykorzystuje się do opisu środowiska emocjonalnego w rodzinie. Z badań wynika, że poziom ujawnianych emocji jest czynnikiem wpływającym na nawroty psychiatryczne u osoby chorej. Wskaźnik UE będący elementem koncepcji klinicznej wywodzi się ze złożonej metody badawczej, polegającej na nagrywaniu ustrukturuowanych wywiadów [7]. Ujmuje on dwie odrębne właściwości opiekunów: krytycyzm i wrogość oraz emocjonalne naduwikłanie (*emotional over-involvement*). Według tego schematu rodziny klasyfikuje się jako ujawniające wysoki albo niski poziom emocji w kontekście dwóch wymienionych cech. Rodziny z niskim wskaźnikiem UE charakteryzuje się jako ciepłe, zainteresowane, rozumiejące, tolerancyjne, podczas gdy rodziny z wysokim wskaźnikiem UE opisuje się jako nadmierne uwikłane bądź krytyczne. Istnieją doniesienia badawcze mówiące o tym, że pacjenci z rodzin o wysokim wskaźniku UE są bardziej narażeni na nawroty psychozy w porównaniu z chorymi mieszkającymi z rodzinami o niskim wskaźniku UE [8]. Paradygmat UE ma swoje ograniczenia, ponieważ uważa się go za obciążający i obwiniający rodziny. Ponadto, niemożliwe jest całościowe ujęcie wszystkich zmiennych istotnych dla koncepcji opiekania się, na przykład problemów finansowych lub zmian w systemie służby zdrowia. Dodatkowo ujęcie cech osób bliskich tylko w odniesieniu do dwóch biegunów jest zbyt ubogie. Inne ograniczenie tego modelu dotyczy systemu ocen zebranych wywiadów. Metoda ta nie pozwala jasno określić, czy wskaźnik UE odzwierciedla cechy opiekuna czy sytuacji. Na poziom UE może także wpływać płeć, ponieważ osobami badanymi były w większości kobiety. Innym ograniczeniem jest brak badań na temat wpływu samych pacjentów na emocjonalną dynamikę klimatu w rodzinie. Zauważono, że brzemień, stygmatyzacja, izolacja społeczna, a także objawy samej choroby wpływają na wskaźnik UE [9, 10]. Badacze donoszą, że rodziny, w której jedna z osób choruje na schizofrenię, charakteryzują się niskim wskaźnikiem UE. Ponadto krytycyzm, wrogość

lub nadopiekuńczość występują nie tylko w takich rodzinach.

Koncepcja wskaźnika UE reprezentuje style radzenia sobie w trudnych sytuacjach stosowane przez ludzi w ogóle i tworzone na przestrzeni czasu. Wchodzą one w sprzężenia zwrotne z zachowaniami pacjenta [11–13]. Model UE bardziej koncentruje się na widzeniu samych emocji niż podkreśleniu roli odpowiedzi rodzicielskiej na sytuację życia z chorobą psychiczną.

Teoria Obciążenia Rodziny

Badania nad rodzinami opiekującymi się osobą przewlekle chorą psychicznie wskazują na „brzemień”, jakim jest obciążenie rodziny w związku z obecnością osoby chorej [14]. Uważa się, że opiekowanie się chorym negatywnie wpływa na rodzinę, która postrzega je jako duże obciążenie. W ramach tej teorii dokonano rozróżnienia na brzemień obiektywne i subiektywne [15]. **Brzemień obiektywne** jest zdefiniowane jako obserwowalne, konkretne koszty ponoszone przez rodzinę w codziennym życiu domowym. Są to koszty finansowe, ograniczenia osobistej aktywności i relacji społecznych. **Brzemień subiektywne** opiera się na doświadczeniach opiekuna i opisuje uczucia, postawy i emocje. Zdefiniowano wiele czynników predykcyjnych doświadczania nadmiernego obciążenia. Należą do nich: wiek pacjenta, płeć, długość choroby, liczba hospitalizacji, funkcjonowanie i objawy choroby pacjenta [14], a także wiek, płeć, status społeczny i zdrowotny opiekuna [16]. Ograniczeniem tej teorii jest fakt, że nie uwzględnia ona pozytywnego wpływu, jaki może wywierać opieka nad osobą przewlekle chorą psychicznie, jak również pozytywnej relacji tych dwóch osób. Dodatkowo wadą tej teorii jest jej stresujące działanie na pacjentów, którym uświadamia, że są oni wyłącznie ciężarem dla swoich rodzin [17].

Dotychczasowe badania wykazują istnienie zarówno negatywnych [18–24], jak i pozytywnych efektów opiekania się [19, 25, 26]. Istnieją doniesienia badawcze wskazujące, że obciążenia doświadczają nie tylko rodziny z osobą przewlekle chorą psychicznie, ale również rodziny, w których nie ma takich osób [27].

Paradygmat Stresu i Radzenia Sobie z Nim

Paradygmat ujmuje trzy podstawowe grupy zmiennych [28]:

- sytuacje stresujące, oceniane poznawczo jako takie, z którymi można sobie łatwo poradzić za pomocą znanych i wypracowanych sposobów, oraz takie, z którymi radzenie sobie jest trudniejsze;
- zmienne pośredniczące;
- sposoby radzenia sobie ze stresem.

Choroba pacjenta, jej objawy, jego trudne zachowania są postrzegane przez osoby opiekujące się jako sytuacje stresujące. Podlegają one ocenie pod względem możliwości poradzenia sobie z nimi. Zmiennymi pośredniczącymi, czyli wpływającymi na ocenę sytuacji stresującej, są: osobowość opiekuna, jakość relacji rodzinnych oraz stopień wsparcia społecznego.

Ograniczeniem tego modelu jest opisywanie otrzymanego wyniku przy użyciu terminów psychologicznych i klinicznych, natomiast wynik stanowi kombinację oceny opiekuna oraz zastosowanej przez niego strategii poradzenia sobie, czyli poznawczych i behawioralnych wysiłków mających na celu kontrolowanie sytuacji stresowej. Ponieważ opiekunowie nie są pacjentami, ważne jest, aby wyniki procesu radzenia sobie ze stresem były ujmowane w terminach nie klinicznych, lecz „dobrostanu” (*well-being*).

Zaletą modelu stresu i radzenia sobie z nim jest traktowanie rodzin osób chorych nie jako przyczyny nawrotów w schizofrenii, ale jako osób aktywnie uczestniczących w chorobie. Natomiast jego wadą jest usuwanie wyników w kontekście jednostki, a nie systemu rodzinnego. Model nie ujmuje, na przykład wpływu funkcjonowania całej rodziny na sposoby radzenia sobie opiekuna. Za jego pomocą nie można opisać procesów zachodzących w rodzinie, tylko reakcje poszczególnych osób.

Kolejny model pozwala na ujęcie interakcji rodzinnych, a nie tylko jednostkowych zachowań poszczególnych jej członków.

Model Elastyczności Rodzinnej (The Family Resiliency Model)

Dzięki temu schematowi można opisać sposób, w jaki rodzina konfrontuje się i radzi sobie z trudnym doświadczeniem choroby bliskiej osoby, oraz sposób, w jaki adaptuje się do trudnej sytuacji [29]. Proces przystosowania do trudnej sytuacji składa się z dwóch faz: fazy przystosowania, gdzie wprowadzane są niewielkie zmiany, oraz fazy adaptacji, w której powstałe zmiany wprowadzone są na stałe. Proces adaptacji jest wynikiem rodzinnego wysiłku zmierzającego do tego, by zaspokojone były potrzeby każdego z jej członków oraz by rodzina mogła funkcjonować jako system również w spójności.

Adaptacja stanowi centralne pojęcie Modelu Elastyczności Rodzinnej. Inne ważne pojęcia to:

- stresory — wydarzenia, które wpływają na system rodzinny, na przykład objawy choroby; możliwość asymilacji wielu źródeł stresu (np. śmierć bliskiej osoby, katastrofy);

- typologia rodziny — służy do przewidywania, jak zachowa się rodzina w sytuacji stresującej;
- zasoby rodzinne — inteligencja poszczególnych członków rodziny, wiedza i umiejętności, cechy osobowości, zdrowie fizyczne, emocjonalne i duchowe, poczucie sterowności (wpływu na wydarzenia), poczucie spójności, poczucie wspólnoty etnicznej [30];
- sytuacyjna ocena rodzinna — zdefiniowana jako percepcja relacji między zasobami rodziny i wszystkimi źródłami stresu (jest to znaczący czynnik, od którego zależy adaptacja);
- rodzinny schemat i znaczenie — oczekiwania, wartości i wiara (od tego zależy funkcjonowanie rodziny, m.in. sposoby radzenia sobie); adaptacja do choroby psychicznej wymaga zmian w schemacie rodzinnym, szczególnie w kwestii wartości, celów, ról i priorytetów;
- rozwiązywanie problemów i radzenie sobie z nimi za pomocą następujących strategii, które są najczęściej opisywane w literaturze przedmiotu, są to: dzielenie się problemem z bliskimi, racjonalne myślenie, odrywanie się od problemu, zaangażowanie w zajęcia zewnętrzne, próby normalnego życia, alternatywne czynności, przynależność do grup wsparcia, akceptacja choroby, ustalanie granic dla zachowań pacjenta, pozyskiwanie informacji od pracowników służby zdrowia, religia, obniżenie oczekiwań w stosunku do pacjenta, próby zrozumienia świata chorej osoby, podtrzymywanie nadziei [31].

Ograniczenia tego modelu polegają na tym, że próbuje on uchwycić wielowymiarową naturę doświadczenia, jakim jest opieka nad osobą chorą, a konsekwencją tego jest konieczność opracowania wielowymiarowego narzędzia do badania wielu zależności, co stanowi dużą barierę. Pojęcia występujące w modelu nie są wyraźnie oddzielone, na przykład ocena sytuacyjna i ocena pod względem schematu rodzinnego opierają się na percepcji rodziny. Podobnie jest z pojęciami zasobów i sposobów radzenia sobie.

Teoria Atrybucji

Teoria atrybucji jest kolejnym modelem, który pozwala na ujęcie zachowania pacjenta z punktu widzenia opiekuna i jego wpływu na sposoby radzenia sobie z chorobą. Atrybucję powszechnie definiuje się jako przypisanie przez jednostkę atrybutów zaistniałemu wydarzeniu [32]. Badania socjologiczno-psychologiczne wykazują, że ludzie zwykle postępują w ten sposób, że przypisują atrybuty przyczynom wydarzenia, to znaczy odpowiedzialność i winę za zaistniałą sytu-

ację. Według teorii atrybucji pierwszym krokiem opiekuna jest postrzeganie pacjenta jako głównej przyczyny pojawiających się zachowań. Następny krok to określenie odpowiedzialności pacjenta za te zachowania w czterech wymiarach. Należą do nich:

- wiedza o możliwych konsekwencjach zachowania;
- intencja;
- czynniki w pewnym sensie zmuszające do określonych zachowań (w przypadku pacjenta są to objawy wytwórcze, np. omamy);
- zdolność chorego do zrozumienia nieadekwatności tych zachowań, która może być ograniczona przez deficyty poznawcze związane ze schizofrenią.

Obecność czynników zmuszających do określonych zachowań oraz ograniczenia zdolności pacjenta do ich adekwatnej oceny powodują obniżenie oczekiwań dotyczących podjęcia przez chorego odpowiedzialności za te zachowania. Najważniejsza w określeniu winy jest ocena wyjaśnień podawanych przez pacjenta, a dotyczących jego zachowania. Kiedy opiekun akceptuje wyjaśnienia pacjenta, wówczas nie dochodzi do przypisania winy. W ramach tego modelu bada się postrzeganie głównie przez opiekunów objawów pozytywnych i negatywnych.

Ujęciem wyraźnie odróżniającym się od wyżej opisanych jest koncepcja P.J. Milliken [4]. Wyżej opisane teorie należą do nurtu nomotetycznego nauk i dążą do ustalania pewnych stałych, powtarzalnych zasad rządzących zjawiskami, natomiast teoria redefiniowania roli rodzicielskiej należy do nurtu idiograficznego, który stara się ująć pewną niepowtarzalną specyfikę zjawisk. Jego niewątpliwą zaletą jest poszerzenie spojrzenia na złożony problem, jakim jest opieka nad osobą przewlekle psychicznie chorą z punktu widzenia opiekuna i pod względem jego przeżyć. Pozwala to na przypomnienie profesjonalistom, że każdy opiekun przeżywa swoje zadanie indywidualnie.

Teoria Redefiniowania Roli Rodzica

Milliken [4] w fenomenologicznym studium przedstawiła wywiady przeprowadzone z 30 matkami (w formie nagrań wideo) i na tej podstawie opisała koncepcję redefiniowania roli rodzica. Okazuje się, że rodzice podczas choroby dziecka wielokrotnie definiują własną rolę. Etapy tego procesu obejmują pięć głównych faz stawania się:

1. „rodzicem znajdującym się na marginesie”;
2. rodzicem „ubezważonym”;
3. rodzicem „związanym z grupą” o podobnych problemach;
4. „mającym prawo wyboru”;
5. „doceniającym wartość własnego życia”.

W normalnych warunkach opiekunowie, którzy zajmują się nastoletnim dzieckiem, mają szansę oderwania się od aktywnego rodzicielstwa. W przypadku, gdy dziecko cierpi na przewlekłą chorobę psychiczną, szansa ta wyraźnie maleje. Pojawiają się wówczas kolejne sekwencje redefiniowania własnej roli podczas procesu wychowania. Według Milliken pierwsza redefinicja tożsamości (dochodzenie do określenia pierwszej roli jest również procesem) — „znajdowanie na marginesie” — składa się z trzech etapów:

1. fazy alarmu — nietypowych zachowań dziecka nie można już wyjaśnić zmianami związanymi z jego wchodzeniem w okres adolescencji, nie pomagają perswazja i tłumaczenie;
2. fazy „podjęcia odpowiedzialności za dziecko” — rodzice w pewnym sensie instynktownie zaczynają bardziej opiekować się dzieckiem, chronić je, ponieważ zauważają, że przestaje ono radzić sobie z codziennym funkcjonowaniem;
3. fazy narastających przeszkód — tu następuje pierwszy kontakt z profesjonalistami, bardzo ważny dla dalszej terapii, ponieważ na tej podstawie rodzice wyrabiają sobie zdanie na temat możliwości psychiatrów w zakresie pomocy ich dziecku, pojawia się wiele trudności związanych z trafnym zdiagnozowaniem problemu.

W fazie „znajdowania się na marginesie” narasta bezradność rodziców, pojawiają się narzekania na brak konkretnych informacji na temat choroby, trudności w radzeniu sobie z nią, doświadczanie stygmatyzacji. Rodzice obwiniają siebie za to, że niedostatecznie wcześniej zauważyli początki choroby.

Druga faza nosi nazwę „ubezważenie rodzica”. Rodzice pochłonięci opieką nad dziećmi unikają kontaktów towarzyskich. Dominującym uczuciem jest tęsknota za zdrowym dzieckiem.

Trzecia definicja tożsamości to „przyłączenie się do grupy osób z podobnymi problemami”. Matki zdobywają coraz większą wiedzę na temat choroby i dołączają do grup wsparcia, które po pewnym czasie stają się dla nich podstawowymi grupami odniesienia oraz powodują przeniesienie uwagi dotychczas skoncentrowanej na dziecku na problemy, jakie mają inni rodzice. Następuje redefinicja „chorego dziecka”. Milliken rozumie tę sytuację jako taką, w której odbiorcą wsparcia staje się cała grupa ludzi z podobnymi problemami, a nie tylko chore dziecko (oczywiście dotyczy to rodziców, którzy mają szansę na dołączenie do takiej grupy).

Czwarta rola „rodzicielskie prawo wyboru” (*parental suffrage*) opiera się na funkcjonowaniu w grupie i pracy na jej rzecz. W ten sposób opiekunowie zwiększają

własne umiejętności i podejmują wysiłek, aby polepszyć sytuację ludzi psychicznie chorych, mając nadzieję, że ich wysiłek wpłynie pozytywnie na sytuację ich własnych dzieci. Rodzice nie są już osamotnieni w swojej rozpacz. Mogą śmiało i otwarcie wyrażać swoje uczucia w grupie ludzi o podobnych problemach. Piąta faza to „docenianie wartości własnego życia”. W miarę starzenia się rodziców pojawiają się problemy zdrowotne, między innymi związane z przeżywanym przez nich stresem, powodujące przeniesienie uwagi na siebie i na sprawy dotychczas zaniedbywane, na przykład stan zdrowia innych członków rodziny. Gdy chory psychicznie zaczyna funkcjonować trochę lepiej, pozwala to rodzicom na niewielkie odciążenie. Zachodzą wówczas dwa ważne procesy:

1. urzeczywistnianie planów dotyczących dziecka — zwłaszcza pytanie: kto zajmie się dzieckiem po mojej śmierci?
2. określenie własnych potrzeb.

Redefiniowanie roli rodzicielskiej nie jest procesem liniowym. W rzeczywistości jest zawsze rozumiane w kontekście osoby dorosłego dziecka. W przebiegu schizofrenii tożsamość rodziców zmienia się wielokrotnie w odpowiedzi na zmiany w przebiegu schizofrenii

u dziecka. W zależności od fazy choroby istnieje możliwość powrotu do którejś z wyżej opisanych ról, na przykład w sytuacji nawrotu psychozy rodzice znowu bardziej zaczynają się opiekować dzieckiem i przejmować odpowiedzialność za nie.

Podsumowanie

Koncepcja Ujawnianych Emocji ujmuje zjawisko opiekowania się osobą chorą psychicznie bardzo jednostronnie i obciąża rodzinę winą za nawroty psychozy. Z kolei Teoria Obciążenia Rodziny obarcza winą pacjenta za trud, jaki ponoszą opiekunowie, pomagając mu w codziennym życiu. Za pomocą Modelu Stresu i Radzenia Sobie z Nim można obiektywnie opisać zachowania zarówno rodziny, jak i pacjenta. Model Elastyczności Rodzinnej pozwala dodatkowo ująć interakcje zachodzące między poszczególnymi członkami rodziny, jak również sposoby radzenia sobie w sytuacji choroby. W porównaniu z czterema wymienionymi koncepcjami Teoria Redefiniowania Roli Rodzica podkreśla specyfikę przeżyć opiekunów i opisuje to zjawisko długofalowo, przez co w odpowiedni sposób odnosi się do fenomenu opieki nad dorosłą osobą przewlekle chorą psychicznie.

Streszczenie

W niniejszej pracy przedstawiono pięć schematów badawczych oraz Teorię Redefiniowania Roli Rodzica według P.J. Milliken, w ramach których ujmuje się złożone zjawisko, jakim jest opieka nad dorosłą osobą przewlekle chorą psychicznie. Są to: Koncepcja Ujawnianych Emocji, Teoria Obciążenia Rodziny, Model Elastyczności Rodzinnej, Teoria Stresu i Radzenia Sobie z Nim, Teoria Atrybucji. Szerzej opisano Teorię Redefiniowania Roli Rodzica.

Według Koncepcji Ujawnianych Emocji za nawroty psychozy obwinia się rodzinę pacjenta, Teoria Obciążenia Rodziny nasświetla tylko negatywne aspekty opieki nad chorym, podkreślając, że stanowi on jedynie obciążenie dla opiekunów. Model Elastyczności Rodzinnej, Teoria Stresu i Radzenia Sobie z Nim oraz Teoria Atrybucji, które w odróżnieniu od pozostałych dwóch modeli teoretycznych nie powstały tylko na podstawie badań nad rodzinami z osobą chorą psychicznie, lecz na podstawie badań obejmujących populację ogólną, opisują obiektywnie i szerzej przejawy opieki nad chorym psychicznie. Teoria Redefiniowania Roli Rodzica w odróżnieniu od pięciu wymienionych wyżej modeli, dzięki posługiwaniu się metodą fenomenologiczną w opisie zjawiska opieki nad chorym psychicznie, podkreśla specyfikę i dynamikę zmian długotrwałego przebywania z chorym.

słowa kluczowe: schizofrenia, opieka, modele teoretyczne

PIŚMIENNICTWO

1. Spiridonow K., Kasperek B., Meder J. Porównanie subiektywnej jakości życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii i osób zdrowych. *Psychiatr. Pol.* 1998; 3: 297–306.
2. Karp D.A., Tanarugsachock V. Mental illness, caregiving, and emotion management. *Qual. Health Res.* 2000; 10: 6–25.
3. Milliken P.J. Disenfranchised mothers: caring for an adult child with schizophrenia. *Health Care Women Int.* 2001; 22: 149–166.
4. Ryan K.A. Mothers of adult children with schizophrenia: an ethnographic study. *Schizophr. Res.* 1993; 11: 21–31.
5. Hatfield A.B., Lefley H.P. *Families of the Mentally Ill: Coping and Adaptation.* New York, NY: Guilford Press, 1987.
6. Schene A.H., van Wijngaarden B., Koeter M.W.J. Family caregiving in schizophrenia: Domains and distress. *Schizophr. Bull.* 1998; 24: 609–618.
7. Brown W.G., Birley L.J., Wing K.J. Influence of family life on the course of schizophrenia disorders: A replication. *Br. J. Psychiatry* 1972; 121: 241–258.
8. Bebbington P., Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis. *Psychol. Med.* 1994; 24: 707–718.

9. Malone A.J. Beyond blame and shame: Families coping with long-term mental illness. *New Directions for Mental Health Services* 1993; 58: 43–52.
10. Lefley H.E. *Family caregiving in mental illness*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1996.
11. Birchwood M. Family factors in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* 1992; 5: 295–299.
12. Chesla C.A. Parents' illness models of schizophrenia. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 1989; 3: 218–225.
13. Tarrrier N. Family factors in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* 1991; 4: 320–323.
14. Solomon P. Subjective burden among family members of mentally ill adults: Relation to stress coping and adaptation. *Am. J. Orthopsychiatr.* 1995; 65: 419–427.
15. Hoening J., Hamilton M.W. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *Int. J. Soc. Psychiatry* 1966; 12: 165–176.
16. Scazufca M., Kuipers E. Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 1996; 168: 580–587.
17. Fox A. Consumer perspective on the family agenda. *Am. J. Orthopsychiatr.* 1997; 67: 249–253.
18. Winefield H.R., Harvey E.J. Determinants of Psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1993; 19: 619–625.
19. Pruchno R.A., Patric J.H., Burant C.J. Mental health of aging women with children who are chronically disabled: Examination of a two-factor model. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.* 1996; 51B: 284–296.
20. Hobbs T.R. Depression in the caregiving mothers of adult schizophrenics: A test of the resource deterioration model. *Community Ment. Health J.* 1997; 33: 387–399.
21. Harrison C.A., Dadds M.R., Smith G. Family caregivers' criticism of patients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 1998; 49: 918–924.
22. Stuening E.L., Perlick D.A., Link B.G., Hellman R., Herman D., Sirey J.A. The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatr. Serv.* 2001; 52: 1633–1638.
23. Martens L., Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2001; 36: 128–133.
24. Joyce J., Leese M., Kuipers E., Szmukler G., Harris T., Staples E. Evaluating a model of caregiving for people with psychosis. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2003; 38: 189–195.
25. Schwartz C., Gidron R. Parents of mentally ill adult children living at home. *Health Soc. Wor.* 2002; 27: 145–154.
26. Veltman A., Cameron J.I., Stewart D.E. The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *J. Ner. Ment. Dis.* 2002; 190: 108–114.
27. Pickett S.A., Vraniak D.A., Cook J.A., Cohler B.J. Strength in adversity: Blacks bear burden better than Whites. *Professional Psychology: Research and Practice* 1993; 24: 460–467.
28. Folkman S., Lazarus R.S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1985; 48: 150–170.
29. Walsh E. The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process* 1996; 35: 261–281.
30. McCubbin M.A., McCubbin H. *Family coping with health crises: The Family Resiliency Model of family stress, adjustment and adaptation*. W: Danielson C. (red.). *Families, health and illness*. MO: Mosby, St. Louis 1993; 21–63.
31. Ryan K.A. Mothers of adult children with schizophrenia: an ethnographic study. *Schizophr. Res.* 1993; 11: 21–31.
32. Fincham F.D. Developmental dimension of attribution theory. W: Jaspars J., Fincham F.D., Hewstone M. (red.). *Attribution Theory and Research: Conceptual, Developmental and Social Dimension*. Academic Press, New York 1983; 117–164.