

SPÓLECZNE FUNKCJONOWANIE KOBIEC CIERPIĄCYCH NA CHOROBE AFEKTYWNA DWUBIEGUNOWA

SOCIAL FUNCTIONING OF WOMEN WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Katedra Nauk Społecznych
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Michał Musielak

Streszczenie

Wstęp. Publikacja dotyczy problemów w funkcjonowaniu społecznym, jakich doświadczają kobiety cierpiące na chorobę afektywną dwubiegunową.

Cel pracy. Charakterystyka funkcjonowania społecznego i problemów jakie są udziałem pacjentki cierpiące na chorobę afektywną dwubiegunową. Szczególny nacisk położony został na czynniki środowiskowe współodpowiedzialne za wystąpienie CHAD. Ukazane będzie również (na podstawie badań własnych) duże prawdopodobieństwo zachowań suicydalnych w tego typu chorobie.

Metodyka. Wywiad swobodny, problemowy, częściowo skategoryzowany, prowadzony jako część metody biograficznej w oparciu o 10 funkcji rodziny wg Zbigniewa Tyszki.

Wyniki. Wpływ choroby afektywnej dwubiegunowej na funkcjonowanie społeczne kobiet jest widoczny we wszystkich omawianych funkcjach dotyczących rodziny.

Wnioski. Choroba afektywna dwubiegunowa znajduje się w pierwszej dziesiątce przyczyn niepełnosprawności, co ma odzwierciedlenie w społecznym funkcjonowaniu pacjentek objętych badaniem własnym.

SŁOWA KLUCZOWE: choroba afektywna dwubiegunowa, czynniki środowiskowe, funkcjonowanie społeczne, ryzyko samobójstwa.

Summary

Introduction. The publication will cover problems with social functioning of women with bipolar affective disorder (BAD).

Aim of study. Characteristics of social functioning of women with BAD. Environmental factors co-responsible for bipolar disorder will be especially stressed. High probability of suicidal behavior in such type of a disease will be presented (based on own research).

Methods. Interview: free, problem based, partly categorized as a part of biographic method and based on 10 family functions after Zbigniew Tyszka.

Results. The influence of bipolar affective disorder on social functioning of women can be observed in all discussed functions concerning family.

Conclusions. Bipolar affective disorder is one of the first ten causes of disability which was reflected in social functioning of patients in the own study.

KEY WORDS: bipolar affective disorder, social functioning, environmental factors, the risk of suicide.

Wstęp

Powszechnie wiadomo, iż przewlekle chore psychicznie kobiety doświadczają trudności w funkcjonowaniu społecznym. Niechętnie angażują się w kontakty interpersonalne, nie potrafią poradzić sobie w różnorodnych sytuacjach dnia codziennego. Często doświadczają też zaburzeń w komunikacji interpersonalnej, co spowodowane jest między innymi dysfunkcjami poznawczymi, wynikającymi z procesu chorobowego. Pełnienie ról społecznych w jakie są zaangażowane pacjentki jest często zaniedbane lub zaniechane ze względu na nieakceptowane społecznie zachowanie, spadek energii lub jej eksplozję. Chore często też źle oceniają sytuację społeczną, w której się znajdują.

Metodyka badania

Do badań przyjęto metodę wywiadu swobodnego, problemowego, częściowo skategoryzowanego, prowadzonego jako część metody biograficznej. Wyboru tej metody dokonano biorąc pod uwagę specyfikę choroby i możliwości jakie daje wywiad prowadzony w sposób swobodny. Badający ma pełną inicjatywę co do tego jak prowadzić rozmowę, jakie stawiać pytania i w jakiej kolejności, kierując się oczywiście celem przedsięwzięcia badawczego. Badająca korzysta z wykazu problemów, które porusza w trakcie wywiadu (kwestionariusz pytań). Korzystając z listy pytań stworzonej na użytek badania zbierane są dane socjodemograficzne, informacje o diagnozie i przebiegu choroby. Autorkę w szczególności

interesują społeczne aspekty funkcjonowania pacjentek, takie jak kontakty społeczne, praca zawodowa, sytuacja rodzinna itp. Podstawą do opracowania listy pytań było 10 funkcji rodziny wg Tyszki, ich spełnianie uznano za miarę społecznego funkcjonowania chorych [1].

Poprzez tego typu wywiady uzyskuje się dane jakościowe pogłębiające znajomość poszczególnych zjawisk, np. opinii, postaw, motywacji, zachowań poszczególnych respondentów. Jako część metody biograficznej wywiad swobodny jest jedną z metod w socjologii empirycznej, która daje bezpośredni kontakt z rzeczywistością społeczną. Jednocześnie wywiad swobodny nie wyklucza zbierania danych, które nadają się do ilościowych analiz. Jest to więc metoda bardzo przydatna i trafna w badaniach koncentrujących się na problemach w społecznym funkcjonowaniu osób cierpiących na CHAD. Badacz świadomie ogranicza przedmiot badań, aby wnikliwie go poznać, chodzi o dokładny wgląd w przedmiot prowadzonych badań, uchwycenie współdziałania wielu czynników. Zadaniem badacza jest ukazanie występujących zjawisk, typowych zdarzeń i tendencji. Takie badanie spełnia funkcje heurystyczne, metodologiczne i wyjaśniające co do ich jednostkowych właściwości jakościowych. Badanie to daje możliwość ukazywania nie tylko obecnego stanu stanu funkcjonowania chorej, ale również stanów minionych. Za wyborem metody wywiadu swobodnego problemowego częściowo skategoryzowanego przemawia potrzeba badania nie tylko konkretnych zjawisk, ale także sięganie do ich istoty. Dotyczy to między innymi natury człowieka czy też jego choroby. Tylko badanie jakościowe ukazuje zawile zjawiska, fakty rzeczywistości społecznej, których nie da się zbadać posługując się tylko ilościowymi metodami badawczymi.

W badaniu bierze udział 20 kobiet powyżej 18. roku życia. Respondentki w chwili badania pozostawały w Szpitalu Klinicznym im. K. Jonschera UM w Poznaniu na oddziale psychiatrycznym dla dorosłych. Wszystkie pacjentki miały zdiagnozowaną chorobę afektywną dwubiegunową i były w stanie remisji. Zgodę na prowadzenie badań wyraził Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych UM – prof. dr hab. med. Janusz Rybakowski. Badane dobierane były za pomocą Skali Oceny Manii Younga w przypadku pacjentów leczonych po przebyciu fazy maniakalnej oraz za pomocą Skali Oceny Depresji Hamiltona w przypadku osób leczonych po przebyciu fazy depresyjnej.

Pacjentki przed rozpoczęciem badań były informowane o ich celu i wyraziły indywidualną zgodę na anonimowy w nich udział. Komisja bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu uchwałą nr 545/11 wyraziła zgodę na prowadzenie badań w Klinice Psychiatrii dorosłych UM w Poznaniu.

Funkcjonowanie społeczne to pojęcie wieloznaczne różnie interpretowane, wg Bellacka to konsekwencja posiadanych i używanych w codziennym życiu umiejętności społecznych, wyrażanie w sposób społecznie ak-

ceptowany swoich pozytywnych i negatywnych stanów emocjonalnych [2]. Funkcjonowanie społeczne lapidarnie definiuje Załuska jako jakąkolwiek formę uczestnictwa jednostki w jakimkolwiek społecznym układzie [3].

Z kolei Tyrer funkcjonowanie społeczne definiuje jako zależność od podstawowych umiejętności życiowych po relacje z innymi osobami z otoczenia, jako istotne czynniki wymienia osobowość, intelekt, objawy choroby i okoliczności [4].

Socjologowie opisują rolę społeczną jako system stałych zachowań osobnika zgodnych z oczekiwaniami, regułami i wzorami społecznymi. W tym podejściu rola społeczna jest funkcją uczestnictwa jednostki w życiu społecznym. Układem odniesienia dla jednostki jest rodzina, otoczenie w pracy, znajomi [5].

Dyskusja

Charakterystyka choroby afektywnej dwubiegunowej

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe to przewlekła choroba psychiczna, inaczej nazywana psychozą maniakalno-depresyjną lub rzadziej cyklofrenią. Charakteryzuje się ona naprzemiennym występowaniem okresów podwyższonego i obniżonego nastroju, może mieć różne nasilenie i dostarczać skrajnych i ekstremalnych emocji. Jest cykliczna i nawrotowa, często związana z porami roku. Zaburzenie to często jest trudne do rozpoznania, ze względu na złożony początek i ukryty przebieg. Z drugiej strony dolegliwość ta jest charakterystyczna, kojarząca się z euforią tworzenia i smutkiem wypalenia. Najczęściej dotyczy jednostek nadwrażliwych, ponadprzeciętnych w swoich życiowych przedsięwzięciach. Jest to choroba całej rodziny, gdyż wywiera ogromny wpływ na życie rodzinne i funkcjonowanie społeczne pacjenta. Schorzenie to może dotyczyć każdego człowieka i może wystąpić w każdym momencie jego życia. Choroba dotyka w jednakowym stopniu kobiety i mężczyzn. Początek epizodów afektywnych związany jest często z występowaniem sytuacyjnych czynników stresowych. Jak podaje Public Health Service zapadalność na tę chorobę u dzieci wynosi 2%, u młodzieży 4–8%, u dorosłych na całej linii życia aż 15%. Źródeł choroby możemy doszukiwać się w historii ewolucji homo sapiens. Większość naszych cech gatunkowych fizycznych i psychicznych powstała między 100 a 10 tysiącami lat temu na etapie grup zbieracko-łowickich.

W tym czasie wiele cech psychicznych utrwaliło się poprzez dobór naturalny i miało charakter adaptacyjny. Cechy te w konkretnych warunkach zwiększały szanse przeżycia i reprodukcji. Zarówno zachowania maniakalne jak i depresyjne oraz ich natężenie miały znaczenie dla ilości interakcji danego osobnika z otoczeniem. Krystalizowały się pozycje uprzywilejowane lub podległości. Geny tych osobników przetrwały do dzisiaj, a ich różne konfiguracje możemy obserwować właśnie

w postaci zmian psychicznych o charakterze maniakalno-depresyjnym. Predyspozycja do wystąpienia choroby maniakalno-depresyjnej uwarunkowana jest interakcją przynajmniej kilkunastu genów między sobą, jak również powiązana jest z czynnikami środowiskowymi. W latach 60. wyodrębniono z psychozy maniakalno-depresyjnej dwie grupy zaburzeń afektywnych: zaburzenie afektywne dwubiegunowe typ 1 – psychoza maniakalno-depresyjna z przewagą depresji o znacznym nasileniu lub stany mieszane wymagające hospitalizacji oraz zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu 2 – depresja z występującymi epizodami hipomanii, które nie wymagają hospitalizacji. Badania wykazują szeroki zakres zaburzeń dwubiegunowych; mówi się wręcz o: spektrum zaburzeń dwubiegunowych do których zalicza się:

- hipomanię
- cyklotymię
- manię bez depresji
- depresje nałożone na temperament hipertymiczny
- nawracającą depresję i hipomanię [6].

Wyodrębniono cechy kliniczne wskazujące na występowanie zaburzeń ze spektrum dwubiegunowego:

- wczesny wiek zachorowania 15–20 lat
- duża liczba nawrotów (więcej niż 5)
- szybki początek i ustępowanie objawów
- depresja poporodowa
- sezonowość objawów
- nadmierna senność i nadmierne łaknienie
- drażliwy, chwiejny nastrój
- objawy stanu mieszanego, objawy hipomanii w czasie epizodu depresyjnego
- zmiana faz spowodowana lekiem przeciwdepresyjnym
- oporność na leczenie, opóźnienia w leczeniu
- występowanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w rodzinie
- występowanie zaburzeń afektywnych w rodzinie w trzech pokoleniach

Częstość zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w całej populacji szacuje się aż na 8,3% [7].

Na podstawie różnych badań epidemiologicznych stwierdzono, iż 30–70% wszystkich przypadków depresji należy do spektrum zaburzeń dwubiegunowych. Udział czynników genetycznych mieści się w zakresie 50–65%, dziedziczy się predyspozycję do zachorowania na CHAD. Zaburzenie afektywne dwubiegunowe charakteryzuje się dysfunkcją w zakresie poznawczym (pamięć, koncentracja, zdolności uczenia) zwłaszcza w okresie nasilenia depresji. Zaburzone są też procesy wzrokowe, koordynacji wzrokowo-ruchowej, pamięci wzrokowej, szybkości psychomotorycznej (zaburzenia te związane są z dysfunkcją w obrębie prawej półkuli mózgowej) [8].

Przebieg zaburzeń funkcji poznawczych może być postępujący, co prowadzi do poważnych zaburzeń

w funkcjonowaniu społecznym. Wykazano, że w rodzinach chorych z CHAD oraz trzeba zauważyć, że u ich potomstwa występuje często dezorganizacja życia codziennego oraz dochodzi do większej liczby konfliktów. Natomiast średni iloraz inteligencji jest większy niż w populacji ogólnej [9].

Dzieci osób chorych narażone są na wystąpienie zaburzeń nastroju co najmniej z dwóch powodów: obciążenia genetycznego oraz stresujących czynników życiowych związanych ze środowiskiem rodzinnym i społecznym. Stwierdzono, że u 18,3% potomstwa osób z chorobami afektywnymi czterokrotnie częściej niż u dzieci zdrowych występowały różne zaburzenia psychiczne. Ich poziom osiągnięć i funkcjonowania w środowisku był gorszy w porównaniu z potomstwem osób zdrowych. Badania katamnesticzne przeprowadzone po 10–15 latach wykazały, że 26% potomstwa osób z chorobą afektywną przejawiało różne formy zaburzeń psychicznych, najczęściej afektywnych – 15% oraz nerwicowych – 10%. W grupie dzieci rodziców z CHAD zaburzenia afektywne stanowiły 17,9%, nadużywanie alkoholu 7,1%, zaburzenia nerwicowe i osobowości miało 5,4% badanych. Wykazano też, że potomstwo osób chorych rzadziej zawiera związki małżeńskie [10].

Potomstwo osób z CHAD w porównaniu z potomstwem osób zdrowych słabiej wykonuje testy badające uwagę, pamięć oraz sprawność ruchową. Inne badania wskazują, że osoby te przejawiają trudności w posługiwaniu się wzorcami komunikacji. Deficyty poznawcze u potomstwa osób z CHAD ukazują obniżone wyniki w skalach inteligencji oraz testach mierzących funkcje wykonawcze. Przypominają one dysfunkcje poznawcze u rodziców, mogą być też czynnikiem predykcyjnym wystąpienia u nich w przyszłości podobnych zaburzeń psychicznych. Ciekawym badaniem jest ocena funkcjonowania poznawczego dzieci matek chorujących na CHAD. Wyniki tych badań pokazują niższe osiągnięte parametry, jeśli chodzi o pamięć przestrzenną i uwagę [10]. Jakość rodzicielstwa, w szczególności macierzyństwa, stanowi kluczowy czynnik w tzw. międzypokoleniowym przekazywaniu podatności na zaburzenia nastroju. Okazało się, iż matki z CHAD ujawniają więcej negatywnych emocji względem swojego potomstwa niż matki psychicznie zdrowe. Relacje dzieci z chorymi matkami charakteryzują się największą chaotycznością komunikacji oraz najwyższą liczbą konfliktów. Potomstwo osób z CHAD w porównaniu z potomstwem osób zdrowych przejawia więcej negatywnych tendencji w przetwarzaniu informacji. Lepiej odtwarzają z pamięci słowa nacechowane negatywnie i wykazują większą tendencję do zniekształceń uwagi w kierunku słów społecznie przerażających i maniakalno-drażniących. Biorąc pod uwagę funkcjonowanie rodzinne, wyniki uzyskane na skali Family Environment Scale (FES) odnoszące się do potomstwa z CHAD w wieku (6–18 lat) uzyskano znacząco niższe w podskalach spójności oraz organizacji

rodziny oraz znacząco wyższe w podskali konfliktowości. W wyniku analizy demograficznej badanej grupy okazało się, że 54% osób przejawiało zaburzenia psychiczne, w tym 14% ujawniło objawy CHAD. Sytuacja rodzinna potomstwa osób z CHAD jest zazwyczaj obciążająca, 18–39% z nich doświadcza rozwodu swoich rodziców, ponad 30% dorasta w rodzinach, w których jest tylko jeden rodzic. 18% potomstwa osób z chorobą afektywną dwubiegunową dotyka problem nadużywania substancji psychoaktywnych przez ojców, a 6% przez matki. Dokonano opisowej oceny „atmosfery domowej” w rodzinach z CHAD. Stwierdzono częste występowanie konfliktów zarówno fizycznych, jak i słownych między członkami rodzin, co z kolei przekłada się na nasilenie objawów psychopatologicznych u potomstwa chorych na CHAD. Badając rodziny w których matki cierpiały na CHAD stwierdzono, że relacjonowanie przez ojca braku satysfakcji z relacji małżeńskiej było najsilniejszym czynnikiem prognostycznym wystąpienia zaburzeń psychicznych u potomstwa. Wykazano też, że kobiety z CHAD odczuwają wyższy poziom stresu związanego z małżeństwem niż kobiety psychicznie zdrowe. Zgodnie z przewidywaniami obserwuje się słabsze funkcjonowanie społeczne u osób, u których już zdiagnozowano CHAD. Jest ono rezultatem zaburzenia psychicznego.

Weissman i współautorzy przeprowadzili podłużne badania trwające 10 lat wśród potomstwa osób z CHAD porównując je z potomstwem osób zdrowych. Wnioski z tych badań są następujące:

- słabsze ogólne przystosowanie
- szczególnie słabe społeczne funkcjonowanie w pracy
- słabe funkcjonowanie w małżeństwie
- słabe funkcjonowanie w rodzinie
- rzadsze korzystanie z pomocy psychiatrycznej nawet w wypadku poważnych problemów psychicznych [11].

W etiologii zaburzeń afektywnych dwubiegunowych bardzo często zwraca się uwagę na tło genetyczne, tymczasem istnieje wiele innych czynników, które mogą mieć wpływ na rozwój, przebieg i leczenie pacjentów z zaburzeniami dwubiegunowymi. Podkreśla się rolę wysokiego współczynnika ekspresji emocji EE na częstość nawrotów choroby, jak również interwencji rodzinnych w zapobieganiu tym nawrotom [12].

Inne dane wskazują na rolę stresu środowiskowego w okresie dzieciństwa i u ludzi młodych a późniejszym występowaniem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Dzieci narażone na silne negatywne przeżycia wykazują większe tendencje do zaburzeń lękowych i depresji. U połowy z badanych pacjentów z rozpoznaniem afektywnym dwubiegunowym odnotowano obecność ciężkich urazów psychicznych w dzieciństwie. Związane one były z wcześniejszym wystąpieniem choroby, a także ostrzejszym przebiegiem fazy maniakalnej. W badaniach zauważono też inne prawidłowości – psychiczne znęcanie się miało związek z nadużywaniem leków i szybką

zmianą faz, natomiast molestowanie seksualne wykazywało korelacje z podejmowaniem prób samobójczych. Złożone formy przemocy pokazały zwiększone ryzyko zarówno prób samobójczych, jak i szybkiej zmiany faz [13].

W związku ze stresem dochodzi do uruchomienia mechanizmów neuronalnych, endokrynych i immunologicznych, zaangażowana jest oś podwzgórze-przysadka-nadnercza (ppn) aktywizująca współczulny układ nerwowy. Wydziela się kortyzol – nazywany hormonem stresu. Przewlekła hiperkortyzolemia oraz nadczynność autonomicznego układu nerwowego prowadzą do osłabienia aktywności osi przysadkowo-tarczycowej, spadku produkcji hormonu wzrostu, osłabienia procesów pamięci. Nasilają się procesy neurodegeneracyjne w obrębie hipokampa. Długotrwała aktywacja tego procesu może doprowadzić do uaktywnienia się istniejących predyspozycji genetycznych w kierunku choroby afektywnej dwubiegunowej. Na uwagę zasługuje rola relacji z rówieśnikami oraz stosunek do płci przeciwnej. Wyniki wielu badań wskazują na rolę czynników stresowych w rozwinięciu się zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, wskazuje się na środowisko rodzinne i stresowe czynniki psychospołeczne, które wchodzi w interakcję z czynnikami genetycznymi. Predysponować do zaburzeń dwubiegunowych mogą:

- wysoka aktywność ruchowa
- wrażliwość sensoryczna
- niska tolerancja frustracji.

Potwierdzają to wyniki wielu badań wykazujące obecność objawów maniakalnych w okresie dzieciństwa, które współwystępują z ADHD. Do wystąpienia zaburzeń afektywnych predysponują zarówno czynniki środowiskowe, jak i allele wielu genów. Jednym z wariantów genetycznych, który wiąże się z większym ryzykiem zachorowalności na CHAD jest allel s polimorfizmu l/s genu transportera serotoniny. Występuje on u około 20–30% populacji. Innym z genów, który odgrywa istotną rolę w patogenezie chorób afektywnych jest gen czynnika neurotrofowego pochodzenia mózgowego BDNF. Wiele badań potwierdza, że allel val polimorfizmu val/met genu BDNF predysponuje do choroby afektywnej dwubiegunowej. Jednocześnie allel val związany jest z większą sprawnością kognitywną, umożliwia lepsze funkcjonowanie poznawcze w zakresie złożonych procesów umysłowych, co jest zjawiskiem korzystnym również z punktu widzenia procesów ewolucyjnych. Geny odpowiedzialne za pojawienie się zaburzeń afektywnych utrzymują się w populacji, gdyż pozwalają one na lepsze dostosowanie się do środowiska gatunku ludzkiego.

W przypadku gdy u danej jednostki występuje tylko kilka genów dwubiegunowości może ona przejawiać cechy temperamentu afektywnego. W przeciwieństwie do zaburzeń, temperamenty afektywne mogą być związane z lepszym funkcjonowaniem psychospołecznym oraz osiąganiem wyższej pozycji społeczno-ekonomicznej. Akiskal uważa, że pewne cechy związane z większą podatnością na wystąpienie zaburzeń afektywnych mogą

dawać ewolucyjne korzyści, np. posiadanie temperamentu hipertymicznego. Cechy hipertymii:

- pobudzenie i błyskotliwość
- elokwencja i żartobliwość
- nadmierny optymizm i beztroška
- wysoki poziom energii, duża liczba planów i zajęć dodatkowych
- nadmierna pewność siebie i nachalność
- elastyczność i szerokie zainteresowania
- nadmierne zaangażowanie
- brak zahamowań i podejmowanie ryzyka
- krótki sen < 6 godzin/dobę [14].

Paradoksalnie także temperament lękowy i depresyjny mogą być związane z lepszym dostosowaniem jednostki do środowiska. Aiskal tłumaczy, iż temperament depresyjny mógł być związany ze skłonnością do zachowań altruistycznych i pracy na rzecz członków społeczności. Natomiast temperament lękowy mógł powodować obawę o bliskich i gotowość do ich obrony. Temperament cyklotymiczny (jego właściciel jest zmienny uczuciowo – zakochuje się szybko i równie szybko jego uczucie wygasa) może prowadzić do licznych związków, co w ewolucyjnej przeszłości mogło wiązać się z dużą liczbą potomstwa. Stwierdzono też, że temperament ten może wiązać się ze zdolnościami artystycznymi, co również pośrednio zwiększa sukces ewolucyjny.

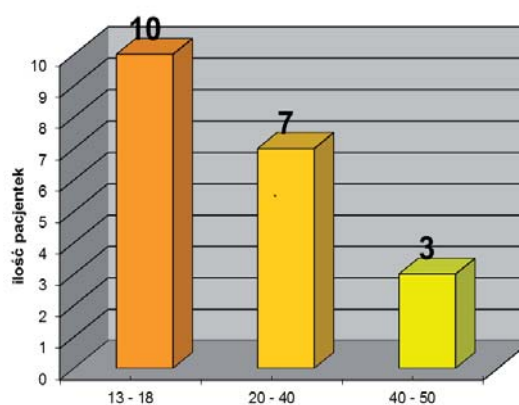
W chorobie afektywnej dwubiegunowej odnajduje się często nietuzinkowość myślenia, intensywne doznania emocjonalne oraz motywację do działania również na płaszczyźnie artystycznej. Szczególną wydajność artystyczną obserwuje się w stanie hipomaniakalnym oraz przy osobowości hipertymicznej i cyklotymicznej. Nancy Andreasen w swojej 15-letniej prospektywnej obserwacji 30 pisarzy stwierdziła u 80% z nich objawy afektywne, a u połowy chorobę afektywną dwubiegunową. Z kolei psychiatra Joseph Schildkraut analizował występowanie zmian psychopatologicznych u 15 malarzy ekspresjonistów szkoły nowojorskiej w połowie XX w. Ponad 50% z nich wykazywało objawy depresji, koncentracji na problemach śmierci oraz nadużywało alkoholu. Jednym z nich był Marcus Rothkowitz, cierpiący na chorobę maniako-depresyjną z ciężkimi stanami depresyjnymi, w wieku 67 lat popełnił samobójstwo. Do grona artystów z CHAD zalicza się również wielki kompozytor niemiecki Robert Schumann, większość swoich wybitnych dzieł skomponował w stanach hipomaniakalnych. Jeden z największych malarzy Vincent van Gogh cierpiał na CHAD od 20. roku życia, najwięcej prac, ok. 300, namalował w przeciągu jednego roku, kiedy występowały u niego długotrwałe, umiarkowane okresy maniakalne, zginął śmiercią samobójczą. Kay Jamison w swojej książce pt. „Dotknięci ogniem” przedstawia genealogię rodzin, w których zarówno choroba jak i wybitne predyspozycje twórcze pojawiły się w kilku pokoleniach. Przykładem takiej rodziny byli Jamesowie. Jednym z jej członków był William James współtwórca pierwszej teorii emocji [15].

Podsumowując, trzeba zauważyć, że kreatywność związana jest z organizacją mózgu, neuroprzebiegiem, ze wzmocnionym nastrojem. Aktywność układu dopaminergicznego powoduje wzrost motywacji do działania jak i odczuwanie pozytywnych emocji (hedonia). Niewątpliwie istnieje zależność między kreatywnością a chorobą afektywną dwubiegunową. Kolejne współwystępowanie z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym to uzależnienie od alkoholu, częstsze niż w jakiegokolwiek innej chorobie psychicznej. Osoby cierpiące z powodu alkoholizmu przejawiają więcej zaburzeń funkcji poznawczych i częściej podejmują próby samobójcze. Obserwuje się też obniżenie krytycyzmu, nastawienia wielkościowe i drażliwość sprzyjającą picciu alkoholu.

Podsumowanie i interpretacja wyników badań własnych

Wśród dwudziestu przebadanych kobiet 6 ma powyżej 20 lat, 4 powyżej 30 lat, 6 powyżej 40 lat, 2 powyżej 50 lat i tylko 2 powyżej 60 lat. Przeważają więc kobiety młode w wieku produkcyjnym, 9 z nich jest mężatkami, 4 rozwiedzione, 7 to panny, w tym 4 to tzw. „stare panny” powyżej 30. roku życia. Dzieci w ilości od 1–3 posiada 9 kobiet, również 9 z nich posiada wyższe wykształcenie, 10 średnie (w tym jedna w trakcie studiów) tylko jedna ma wykształcenie zawodowe. Biorąc pod uwagę wyznanie religijne, 9 pań określa się jako wierzące i praktykujące, 6 jest wierzących, ale niepraktykujących, w tym większość nie uczęszcza do kościoła okresowo ze względu na stany depresyjne. W tym okresie kobiety nie wychodzą z domu bądź przebywają w szpitalu. Jedna z respondentek znajduje boskość w każdym człowieku i jest tolerancyjna względem innych religii, uważa je za równoprawne. Inna jest świadkiem Jehowy, kolejne dwie to ateistki i wreszcie jedna agnostyczka.

Diagnoza a wcześniejsze symptomy



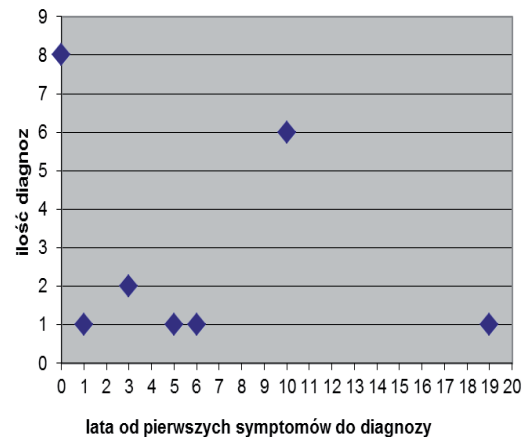
Rycina 1. Wiek wystąpienia pierwszych symptomów.
Figure 1. Age upon appearance of first symptoms.

Pierwsze symptomy choroby maniakalno-depresyjnej u 10 osób przypadają na okres między 13.–18. rokiem życia, a więc w okresie dojrzewania. Choroba rozpoczynała się depresją, okresami niechodzenia do szkoły, zmianami szkół bądź w konsekwencji powtarzaniem klas. Pacjentki w okresie obniżonego nastroju skarżyły się na kłopoty z koncentracją uwagi, zapamiętywaniem. Towarzyszyła im bezsenność, lęki lub wycofanie i nieumiejętność funkcjonowania w grupie. Nieodłącznym elementem było osłabienie organizmu, częstsze zapadanie na choroby somatyczne. Bywały okresy zatrzymania miesiączkowania, wzmożony apetyt lub jego brak, nadmierne chudnięcie lub przybieranie na wadze. (Czasami pod wpływem leków). We wszystkich tych przypadkach występowały okresowe wahania nastroju od hipomanii przez manię po depresję. Natomiast w dwóch ogniwem zapalnym choroby był gwałt popełniony na dziewczynach kiedy miały odpowiednio 13 i 18 lat. W jednym przypadku początkowo stwierdzono anoreksję w wieku 13 lat, później w wieku 14 lat bulimię połączoną z depresją. Kolejny przypadek to występujące naprzemiennie hipomania i depresja bez epizodów manii. U jednej osoby występowały natręctwa myślowe, lęki, że coś złego przytrafi się pacjentce lub jej rodzicom. Wreszcie kolejnej pacjentce w przypływie agresji przytrafiały się samookaleczenia. Pozostałe 10 kobiet to zupełnie różne przypadki. Choroba rozpoczynała się w innym okresie ich życia i za sprawą innych okoliczności. W trzech przypadkach pierwsze symptomy choroby dwubiegowej w postaci depresji pojawiły się u kobiet w średnim wieku (w okresie przekwitania). Kobiety odczuwały chwiejność emocjonalną, po okresie depresji naprzemiennie występowały u nich okresy manii, w których dominowały: nadmierna gadatliwość, nieprzemysłane, niepotrzebne zakupy (często ponad stan). 29-latką zapadła na silną depresję po rozwodzie i nieudanej próbie obrony doktoratu. Zdarzenia te miały miejsce w tym samym roku. Inną przyczyną wywołującą pierwszy epizod depresji u 27-letniej kobiety były poronienia. U następnej 40-letniej pani czynnikiem predyktownym stała się ciężka operacja kręgosłupa, konsekwencją jej była poważna depresja. W trzech kolejnych sytuacjach mamy do czynienia z wystąpieniem pierwszego symptomu w postaci manii objawiającej się nadpobudliwością i drażliwością, przeświadczeniem „to ja mam zawsze rację”. Kolejne rozmówczynie były w różnym wieku 26, 30, 36 lat i w ich przypadku nie zaobserwowano konkretnej przyczyny czy okoliczności mogących wywołać omawianą chorobę. Pojawiła się ona jakby samoistnie.

Postawienie prawidłowej diagnozy

Czas upływający od momentu pierwszych symptomów choroby maniakalno-depresyjnej do postawienia prawidłowej diagnozy był różny. Zajmował odpowiednio 10 lat w 6 przypadkach. W 8 diagnoza została po-

stawiona od razu w momencie pierwszej hospitalizacji lub pierwszej wizyty psychiatrycznej. W pozostałych pojedynczych przypadkach diagnoza następowała po 1, 3, 5, 6, 14, a nawet 19 latach od pierwszych objawów choroby.



Rycina 2. Postawienie diagnozy.
Figure 2. Time of the diagnosis.

Chory we własnej opinii – charakterystyka. Poszczególne opisy będą przedstawione chronologicznie, rozpoczynając od pierwszego wywiadu. Zdecydowałam się opisać je wszystkie, gdyż są bardzo różne i bardzo indywidualne.

Pierwsza respondentka: w okresie dobrego samopoczucia aktywna, lubiana, postrzegana jako rzetelna, „przyciągająca innych”, dusza towarzystwa, inicjująca spotkania, imprezy z których wszyscy wychodzą zadowoleni. Na uwagę zasługuje jej szybkość myślenia, uczenia się, elokwencja i łatwość pisania. Dzięki świetnej koncentracji i wydolności umysłu w okresie hipomanii pacjentka nadrabiała „to czego nie udało się jej zrealizować podczas ciężkich stanów depresyjnych”. W okresie depresji „tak jakby czar pryskał” stawała się inną osobą. Zmieniała się nie do poznania. Dystansowała się od otoczenia, ograniczała aktywność do minimum. Była zmęczona i ospała. Wszystkie działania, nawet te najdrobniejsze, „były ponad jej siły”. Zmiany dawało się zauważyć również w jej wyglądzie. Była smutna, zaniedbana i przestraszona. Mąż wołał żonę w stanie depresji („przynajmniej jest spokój”) niż w hipomanii („nie można z nią wytrzymać”). Córka lubiła matkę w hipomanii, ponieważ uważała ją za osobę uśmiechniętą („trochę zwariowaną”), ale taką właśnie ją kocha. Należy też wspomnieć o zdolnościach artystycznych pacjentki, która lubi malować pejzaże, bawi się modą i ma „lekkosć pióra”.

W drugim przypadku mamy do czynienia z kobietą skrupulatną, dążącą do perfekcji, lubianą przez otoczenie i określającą siebie jako flegmatyczkę. W opinii już dorosłych dzieci jest wspaniałą matką, troskliwą, zaradną i ciepłą. W okresie wyżów widoczna jest u niej nadmier-

na radość i euforia. Charakteryzuje ją wtedy wielomówność i niedopuszczanie nikogo do głosu. Zwraca uwagę jej wygląd zewnętrzny: promienna twarz i „śmiejące się oczy”, szczegóły ubioru, który jest staranny, nieco ekstrawagancki, kolorowy z wyszukaną biżuterią. Zdarzają się jej przygodne związki, na które poza chorobą by sobie nie pozwoliła, nieracjonalnie wydaje pieniądze.

Następny przypadek – to pani architekt wnętrz, lubiąca swój zawód i spełniająca się w tej pracy. Mówi o sobie, że jest pracowita, zaradna, gospodarna. Jednak w okresie manii potrafi bezsensownie wydawać pieniądze, latać samolotem w różnych kierunkach bez konkretnego celu. W opinii rodziców „egoistka, nastawiona na siebie, źle wychowana”. Pacjentka uważa, że jak było z nią dobrze w sensie zdrowotnym, to rodzice oceniali ją pozytywnie. Jak zachorowała, to ojciec ze złości ją pobił nie rozumiejąc istoty choroby.

Kolejna respondentka – to długoletnia prezes firmy, skrupulatna, pracowita, ambitna i wymagająca. Dorobiła się jak mówi dużych pieniędzy. Pracoholiczka, której z przemęczenia i braku jedzenia zdarzały się omdlenia. W okresie depresji chaotyczna, nie może się skoncentrować, szybko się zniechęca, nie może sobie poradzić z prostymi rzeczami dnia codziennego. Unika towarzystwa i rozmów telefonicznych. Dosłownie wszystko ją przeraża, miewa paniczne obezwładniające lęki. Nie umie się zrelaksować, traktuje wszystko zadaniowo. Rodzina nie do końca rozumie jej chorobę. Dzieci odczuwają brak matki z poprzedniego okresu, takiej jaką była kiedyś zarządzająca i dyrygująca, wiedząca czego chce. Mąż robi wszystko by jej pomóc. Jednak to nie wychodzi „jest zablokowana, otepiała, płacziwa, ucieka przed ludźmi.”

Omawiając opinię o sobie samej kolejnej respondentki – ukazuje się nam obraz kobiety pogodnej, łagodnej, obowiązkowej i ambitnej, której choroba rozpoczęła się kiedy ukończyła 29 lat. Tego feralnego roku rozwiodła się z mężem i nie obroniła pracy doktorskiej z zakresu fizyki na UAM. To był przełomowy okres w jej życiu, gdyż do dzisiaj nie odzyskała dawnej kondycji zdrowotnej. Kiedyś była ukochaną córką tatusia. Po jego śmierci załamała się. Choroba zaczęła się nasilać. Matka twierdzi, że córka jest bardzo wybuchowa i leniwa a ona musi być w stanie pogotowia, bo nie wiadomo kiedy stan zdrowia chorej córki może ulec pogorszeniu. Wtedy musi być przy niej lub też zorganizować jej pobyt w szpitalu. Badana ma ukochanego brata, na którego pomoc również tę finansową może liczyć.

Następna rozmówczyni – jest ambitna, dobrze zorganizowana, towarzyska, odważna i przebojowa. Takie przymioty towarzyszą jej w okresach remisji. Problemem dla niej są zwłaszcza uporczywe manie, w których popelnia wiele życiowych błędów. Angażuje się w przelotne związki, wydaje pieniądze „szasta nimi na prawo i lewo”. Godzinami rozmawia przez telefon. Jeździ samochodem z nadmierną prędkością, czasami nawet pod wpływem alkoholu, bywa bardzo pobudzona, pewna

siebie, patrzy na innych z wysoką, chce się podobać, flirtuje i uczestniczy w nocnych imprezach, gdzie tańczy do rana nie czując zmęczenia. Wynajduje coraz to nowe zajęcia, dużo pracuje. Jednak jej praca jest często chaotyczna, zaczyna coś i nie kończy, często zapomina o jedzeniu i chudnie. Z depresją jak twierdzi „sobie radzi”, bywa jednak agresywna i miewa zaniki pamięci. W opinii matki jest bałaganiarą, często rozdrażnioną, agresywną, niepunktualną. W okresach depresji spowolniała ruchowo. Matka nie wypowiada się o niej pochlebnie. Córka raczej ją drażni.

Kolejna udzielająca wywiadu kobieta jest małomówna, jej wypowiedzi są bardzo lakoniczne, streszczają się do kilku słów na zadane pytanie. Twierdzi, że jest kłótniwa, nerwowa jednak uparta w dążeniu do celu, który zwykle osiąga. Można na niej polegać i jest lojalna.

Następna pacjentka to osoba, w której pojawiają się objawy psychotyczne. „Idąc chodnikiem widzi ślimaki, które ją prowadzą za pomocą strzałek”. Czuje woń różnych zapachów, od ładnych do bardzo nieprzyjemnych, jak np. zapach krwi w łazience. Potrafi wytrzymać 3 dni bez snu. Robi duże zakupy bez potrzeby, ponieważ sprawia jej to przyjemność. Jest bardzo euforyczna w manii, widać znaczne zmiany w jej wyglądzie, dużą ekstrawagancję. Wychodzi w nocy i włóczy się bez celu. „Sypia w altanach na działkach”. Potrafi na chwilę wpaść do znajomej i wykąpać się w jej łazience. W okresach remisji jest zamknięta w sobie, trudno nawiązuje kontakty z ludźmi, nie ma do nich zaufania. Zdaniem męża w manii jest natarczywa i nieobliczalna, w depresji przybita. On nie lubi obu stanów, chce żeby wyzdrowiała, czasami brakuje mu cierpliwości.

Kolejna udzielająca wywiadu pacjentka – narzeka na stany depresyjne, w których jest bardzo apatyczna, ale i opryskliwa dla swoich klientów (pracuje jako sprzedawca). Zaniedbuje siebie nawet pod względem higieny osobistej i wyglądu zewnętrznego. W okresach wyżu niezwykle elokwentna, dużo też pisze (prace licencjackie) na zamówienie, dobrze na tym zarabia. Ponadto lubi pisać wiersze. Mąż potwierdza jej charakterystykę. Dodaje, że „denerwuje go jej załamywanie się”. Mama badanej nazywa ją „zdolnym leniem”. Siostra kwituje: „wymyśla sobie”.

Następna rozmówczyni – w okresach manii charakteryzuje siebie nadmierną gadatliwością i wewnętrznym niepokojem, nadpobudliwością ruchową (szybkie chodzenie) wszechogarniającą ekscytacją z byle powodu. Jej największy problem to niekontrolowane zakupy i kradzieże w supermarketach. W okresie remisji jest wrażliwa, uczuciowa, ciepła, jednak bezkrytyczna w stosunku do ludzi, daje się wykorzystywać, łatwowierna. Rodzina mówi o niej „psychiczna” i rozwijają dalej: niecierpliwa, złośliwa, niegrzeczna. Nie potrafią się nią opiekować jak twierdzą, może po prostu nie chcą. Z drugiej strony mówią, że jest wartościowym człowiekiem. Jednak zarówno matka, jak i brat raczej unikają z nią kontaktu.

W kolejnym przypadku – mamy znowu do czynienia z osobą niewiele mówiącą, introwertyczką. W okresie wyżu jest uczynna i przyjazna dla innych, nie obserwuje się u niej ekstremalnych zachowań. Twierdzi, że jej cechy negatywne wynikają z choroby. W okresie depresji jest kłótniwa i wycofana. Ojciec mówi o niej „normalna”, ale leniwa, wydaje się że nie bierze poprawki na chorobę córki.

Następna badana – zachorowała dopiero w 46. roku życia w okresie menopauzy. Zaczęło się od powtarzających depresji, które jednak nie były zbyt uciążliwe. Jednak zdarzało się, że kontakt z nią był utrudniony. Do momentu pojawienia się pierwszego epizodu depresji była osobą żywiołową, optymistyczną, komunikatywną, w świetnych relacjach z innymi (rodziną, przyjaciółmi, znajomymi). Najgorsze w jej przypadku są manie, podczas których zdarzało się jej brać kredyty na wysokie sumy po to, by polecieć na Wyspy Kanaryjskie do Kenii, Egiptu. Eskapady te powtarzały się kilkakrotnie. Doszło nawet do tego, że z powodu długów miała zablokowane konto, a do domu przychodził komornik. Kupowała też drogie samochody, na które nie było jej stać. Konsekwencją tych poczynań był rozwód z pierwszym mężem. Jednakże respondentka w krótkim czasie pod wpływem impulsu i zupełnie nieprzemyślanej decyzji ponownie weszła w związek małżeński. Nowym pożyciem małżeńskim nie cieszyła się długo. Obecny mąż nie utrzymuje z nią kontaktów, wyjechał za granicę.

Kolejny przypadek – choroby maniako-depresyjnej, u pacjentki występują naprzemiennie manie i depresje. Młoda kobieta, atrakcyjna, aktywna, towarzyska, świetna organizatorka, pewna siebie, posiadająca własną firmę. Doświadcza manii wielkości, uważa, że jest lepsza od innych, gardzi ludźmi słabymi, którzy „do niczego nie dochodzą”. Imponuje jej bogactwo i mądrość umysłu, inteligencja, za taką osobę też się uważa. Zaniedbuje 11-letnią córkę, pierwotnie ciężę nawet chciała usunąć. W okresie manii dopuściła się kilkakrotnie zdrad. Podchodzi do nich bardzo lekko i znajduje pełne wytłumaczenie w chorobie. Męża traktuje bardzo obojętnie, myśli nawet o rozstaniu. Wydaje się być dla niej mało przebojowy. Ten natomiast jest bardzo wyrozumiały, troskliwy i zakochany w żonie. Podczas jej pobytów w szpitalu wszystkie obowiązki również te z prowadzeniem firmy spadają na niego. Dobrze sobie radzi, choć niejednokrotnie musi tłumaczyć się za żonę i podjęte przez nią zobowiązania. Jej antidotum na wszystkie kłopoty jest wyłączony telefon. Mąż respondentki obawia się najbardziej kolejnych zdrad lub rozstań. Matka badanej uważa, że nie radzi sobie ona z firmą, nie ma do niej zaufania i boi się by ta nie narobiła długów. Należy też wspomnieć, że pacjentka trzykrotnie była przyłapaną na kradzieżach rzeczy luksusowych. Kradła – jak mówi – wszystko. Była przy tym bardzo agresywna i awanturowała się. Stan chorobowy i zeznania świadków uchroniły ją przed wyrokiem.

Postępując dalej, z zainteresowaniem przysłuchiwałam się wyznaniom młodej kobiety z wyższym wykształceniem na wysokim, eksponowanym stanowisku. Ogniwem zapalnym dla wystąpienia pierwszego epizodu depresji w jej przypadku było poronienie. Po krótkim czasie kobieta zdecydowała się na kolejną ciążę, która niestety zakończyła się w ten sam sposób. Skutkiem drugiego poronienia była znowu ciężka depresja, w której jak mówi „zupełnie traciła kontakt z rzeczywistością”. Wymagała wtedy stałej opieki. Ponieważ leczenie farmakologiczne nie przynosiło w jej przypadku oczekiwanych skutków kobietę poddano elektrowstrząsom. Jest to zabieg, w którym za pomocą impulsów elektrycznych wywołany jest napad padaczkowy w znieczuleniu ogólnym i zwiótczeniu. Wyprowadził on badaną ze stanu depresji bez skutków ubocznych. Po kilkutygodniowym pobycie w szpitalu została wypisana do domu w stanie dobrym, gotowa podjąć swoją dotychczasową pracę i obowiązki domowe. W okresach remisji czy też hipomanii (manii u niej nie stwierdzono) jest rzetelnym pracownikiem z tendencją do pracoholizmu. Ma nietypowe hobby – kolekcjonuje szampony do włosów. Jest ambitna, zamierza w przyszłości otworzyć przewód doktorski. Chora bardzo wspierana jest przez rodzinę, zwłaszcza przez męża. Jednak CHAD jest tematem tabu i nie rozmawia się o tym. Wszyscy członkowie rodziny wstydzą się „choroby psychicznej”. Nikt poza najbliższą rodziną nie jest wtajemniczony w jej istnienie. Pacjentka długo zastanawiała się czy udzielić wywiadu, w rezultacie na pytania odpowiadała bardzo oszczędnie.

Kolejną młodą kobietą – ma niezwykle wyrozumiałą na tle poprzednich rodzinę. W okresach depresji „nie ma siły żyć” i we wszystkim trzeba jej pomagać, ma jednak wsparcie i może liczyć na najbliższych. W euforii wydaje pieniądze, jest agresywna, samodzielnie wyrusza na wycieczki poza miasto i uprawia przygodnie seks. Matka akceptuje ją w pełni, traktuje jak osobę zdrową i dorosłą. Mąż gotuje, robi zakupy, opiekuje się nią, nie ma pretensji. Podczas okresów euforycznych stara się ją stopować. „Jest jak anioł”. (Twierdzi pacjentka).

W kolejnym przypadku do rozwoju choroby doszło najprawdopodobniej na skutek nieudanej próby gwałtu w wieku 18 lat. Było to dla dziewczyny bardzo traumatyczne przeżycie, które zaważyło na całym jej życiu. W okresie manii jest drażliwa i agresywna, wydaje pieniądze bez opamiętania, zawiera lekkomyślne znajomości połączone z ciągami imprez ostro zakrapianych alkoholem. W opinii matki jest nerwowa, złośliwa. Zawsze musi mieć rację. Urządza niepotrzebne awantury. Jej zachowanie wymyka się spod kontroli. Wtedy nawet wbrew jej woli trzeba wzywać karetkę pogotowia i organizować leczenie szpitalne. Często w takiej sytuacji chora życzy matce śmierci. Kilkakrotnie udało się jej uciec ze szpitala, oczywiście na krótko. W manii nie zdaje sobie sprawy, że robi coś niewłaściwego. W depresji ma zaniżoną samoocenę i jest obojętna.

Tym razem 60-letnia kobieta, która zachorowała na psychozę maniakalno-depresyjną w wieku 40 lat po przebytych licznych chorobach somatycznych i operacji kręgosłupa. Pojawiły się depresje, które się powtarzają i to one są głównym problemem pacjentki. Ma ona troskliwą rodzinę, która uważa ją za opiekuńczą, słowną, otwartą na ludzi kobietę. Konfliktują się sporadycznie.

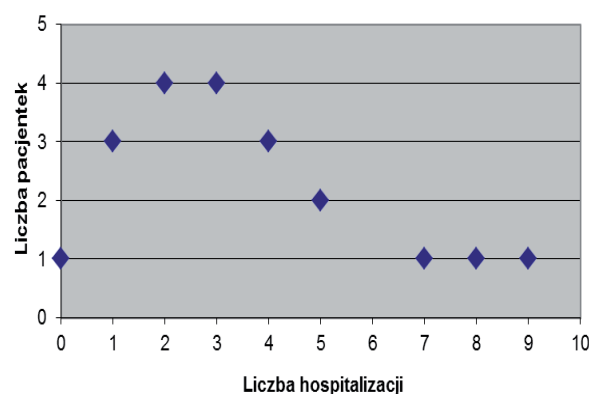
Wreszcie mamy do czynienia z bardzo silną osobowością, kobietą o zdolnościach przywódczych, umiejacą inspirować innych. W okresie dojrzewania buntowała się, była konfliktowa, jej relacje z rodziną były złe. Po ukończeniu studiów humanistycznych podjęła pracę na uczelni, którą wkrótce porzuciła na rzecz wyjazdu do Australii. Tam pozostawała 7 miesięcy czując się samotna i wyobcowana. Wróciła do ojczyzny w depresji, żałując nienapisanej już nigdy pracy naukowej. Czuje się niespełniona i sfrustrowana, gdyż zaprzepaściła szansę kariery naukowej, na której bardzo jej zależało. Nastąpił w jej życiu dłuższy okres (3 lata) dobrego samopoczucia. Pracowała wtedy w firmie farmaceutycznej i udało się jej zarobić większe pieniądze. Na ten okres czasu przypadają powtarzające się hipomanie, zwiększona wydolność organizmu oraz zmniejszone zapotrzebowanie na sen. Angażowała się uczuciowo, wdając się w przypadkowe związki w czym była nachalna. Potrafiła wydzwaniać i nachodzić mężczyzn, którzy nie byli zainteresowani bliższą z nią znajomością. W pracy zawodowej dokonywała przekrętów finansowych, kłamała coraz bardziej się pograżając. Wkrótce została odsunięta od czynności służbowych. Po hipomaniach występowały gorsze stany samopoczucia. Piła wtedy coraz więcej alkoholu, wpadała w ciężkie depresje, czego konsekwencją były kolejne pobyty w szpitalu. Obecnie niespełniona ani rodzinnie, ani zawodowo przebywa na rencie inwalidzkiej, szuka ratunku w grupach wsparcia i kościele. Siostra uważa ją za nieszkodliwą dziwaczkę, która z wiekiem się uspokoiła i na szczęście nie przysparza większych kłopotów, wspiera ją finansowo.

Najmłodsza z udzielających wywiadu to 21-letnia dziewczyna, jako nastolatka dokonywała na sobie aktów autodestrukcji. Podcinała sobie żyły, okaleczała ciało, by zapomnieć o swoim bólu psychicznym. Mimo młodego wieku zdążyła wyjść za mąż i rozwieść się. Była agresywna i gadatliwa. W manii ma dużo energii i „genialny humor”, lubi ryzyko, szybko jeździ na motorze. Uwielbia też zwiedzać Polskę autostopem. Odwiedza opuszczone miejsca nocą, czerpiąc z tego przyjemność. Matka stwierdza, że dziewczyna uciekła z domu i jest nieodpowiedzialna. W związku z tym nie zamierza jej wspierać dopóki się nie usatkuje. Uważa ją za „wykolejoną” a nie chorą. Dochodzi do częstych kłótni między tymi dwoma najbliższymi sobie kobietami.

Ilość hospitalizacji

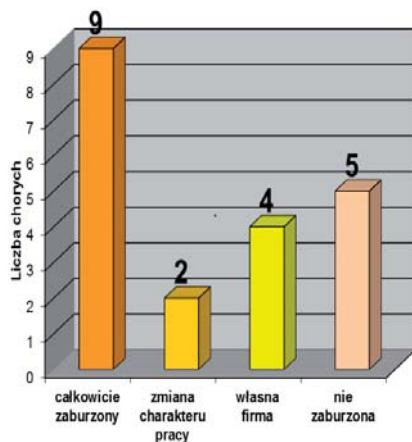
Wśród badanych kobiet po raz pierwszy w szpitalu były 3, dwukrotnie 4, trzykrotnie 4, czterokrotnie 3, pięciokrotnie 2 (w tym jedna z nich dwukrotnie na oddziale dziecięcym), siedmiokrotnie 1, ośmiokrotnie 1, dziewięciokrotnie 1 i 1 nie była leczona szpitalnie (natomiast regularnie poddaje się kontroli lekarskiej w przyklinicznej poradni zdrowia psychicznego). Chore były przyjmowane do szpitala wyłącznie z powodu depresji (w ośmiu przypadkach), w stanach hipomaniakalnych radziły sobie dobrze. W siedmiu przypadkach powodem hospitalizacji były zarówno depresje jak i manie, natomiast w pięciu pobyt na oddziale psychiatrycznym był wynikiem ostrej manii. Osoby depresyjne z powodu złego samopoczucia na ogół same rozpatrywały potrzebę pobytu w klinice. Pacjentki w fazie manii były agresywne, nie widziały potrzeby hospitalizacji. Odwożone były siłą do szpitala przez rodzinę, karetkę pogotowia lub policję.

We wszystkich przypadkach zaobserwowano istotne zaburzenie funkcjonowania całej najbliższej rodziny. Nadszarpnięte zostają relacje między małżonkami. Cierpią dzieci, które wielokrotnie są zaniedbywane. W rodzinach tych na ogół nie istnieje naturalny schemat dnia wyznaczany przez pracę, posiłki, czynności porządkowe. „Choruje” cała rodzina znosząc uciążliwe zachowania swoich bliskich, wielokrotnie nie wiedząc i nie rozumiejąc co jest przyczyną dysfunkcji krewnego. Na tym tle dochodzi do sprzeczek, awantur i rozwodów. Tylko w jednym przypadku na dwadzieścia badanych odnotowano dłuższy (7-letni) okres remisji.



Rycina 3. Hospitalizacje.
Figure 3. Hospitalisations.

Wpływ choroby na przebieg kariery zawodowej



Rycina 4. Wpływ choroby na przebieg kariery zawodowej.
Figure 4. Disease impact on the career course.

1 przypadek.

Przebieg kariery zawodowej całkowicie zaburzony i zachwiany pod wpływem choroby, liczne utraty i zmiany pracy.

2 przypadek.

Na skutek choroby zakaz wykonywania zawodu pielęgniarki, długie poszukiwania innej pracy, ostatecznie kobieta znajduje ją w przedszkolu jako pomoc wychowawcy i tam pracuje do dzisiaj w zmniejszonym wymiarze czasu.

3 przypadek.

Za każdym razem zwalniana przez pracodawców, pół roku nie pracuje wcale. Nie nadaje się do pracy etatowej w stałych godzinach. Obecnie ma własną firmę, pracuje wydajnie tylko w okresach remisji. W czasie depresji znacznie ogranicza wydajność zawodową.

4 przypadek.

Pracowała bardzo intensywnie jako prezes firmy. Po 48. roku życia, kiedy rozwinęła się choroba w latach 2005–2007 otrzymywała świadczenia rehabilitacyjne. W 2008 roku w czasie remisji powróciła do pracy pod presją czasu i w ogromnym stresie. Zarabiała „ogromne pieniądze”, jednakże wkrótce nastąpiło przeciążenie i ostry stan depresyjny. Po wypisaniu ze szpitala uznano ją za całkowicie niezdolną do pracy. Obecnie otrzymuje rentę inwalidzką 1 grupy.

5 przypadek.

Będąc w depresji nie ukończyła studiów doktoranckich w Instytucie Fizyki Molekularnej. Pracowała w szkole średniej przez 3 lata jako nauczycielka fizyki. Niestety było to dla niej zbyt duże obciążenie, często przebywała na zwolnieniach lekarskich, które nie były mile widziane. Zrezygnowała z tej pracy i podjęła inną, tym razem w banku. Tam wytrzymała pół roku. Ostatnią pracę etatową jakiej się podjęła było stanowisko referentki w biurze obrotu nieruchomości. Tam pracowała przez 1,5 roku. W 2003 r. ostatecznie zrezygnowała z pracy zawodowej.

Przyznana jej została renta, czasami dorabia udzielając korepetycji z fizyki lub roznosząc ulotki.

6 przypadek.

Choroba utrudnia jej pracę, ale potrafi się na tyle zmobilizować, by wykonywać swoje obowiązki zawodowe.

7 przypadek.

Nie zdała matury będąc w stanie depresji, podejmowała prace dorywcze jako kelnerka, referentka w biurze. Obecnie jest bezrobotna. Mówi że nie ma dużych ambicji, chciałaby podjąć pracę przy produkcji kosmetyków.

8 przypadek.

Nie pracuje, jest na rencie chorobowej.

9 przypadek.

Już w gimnazjum nie chciało się jej uczyć z powodu depresji, Zażywała narkotyki. Ukończyła zawodową szkołę fryzjerską. Następnie liceum ogólnokształcące dla dorosłych. Chciała iść na studia, ale bała się, że coś zawali. Obecnie pracuje jako fryzjerka.

10 przypadek.

Nie poszła na studia, bo czuła, że nie da rady. Pracowała jako pomocnik intrologatora. Ostatecznie została wyrzucona. Przeszła na rentę.

11 przypadek.

Rzuciła studia (kulturoznawstwo). Przez 4 lata nie podjęła żadnej pracy, uznała, że nie może normalnie funkcjonować.

12 przypadek.

Choroba dawała się jej we znaki. Jednak nie przeszkodziło to jej w piastowaniu kierowniczego stanowiska. Dzięki wyrozumiałemu szefowi nadrobiła zaległości w okresie poprawy stanu zdrowia. Obecnie przebywa już na emeryturze.

13 przypadek.

Respondentka uważa, że choroba nie ma wpływu na jej edukację i pracę. „Umie zapracować na siebie”.

14 przypadek.

W stanie hipomanii (ten stan u niej przeważa) jest kreatywna i skuteczna zawodowo. Jest poważana, nawiązuje liczne kontakty „rozkreca interes”. Podczas depresji wycofuje się, zwalnia tempo, część obowiązków przejmuje jej mąż. Choroba wykluczyła ją z pracy etatowej, nie lubi ograniczeń czasowych, wczesnego wstawania, stresu i podlegania komukolwiek.

15 przypadek.

Uważa, że do tej pory (tzn. ostatniej hospitalizacji, która zakończyła się w sierpniu 2010 r.) była w pełni wydolna zawodowo (kierownicze stanowisko). Obecnie denerwuje się jak zostanie przyjęta po 3-miesięcznym pobycie w klinice psychiatrii.

16 przypadek.

Kobieta stwierdza „moje życie jest zrujnowane przez chorobę”. Chciała opiekować się osobami starszymi. Jednak choroba wyeliminowała ją z tego zawodu. Obecnie pozostaje na rencie.

17 przypadek.

Nie ma zawodu, pozowała do zdjęć. Jednak depresja wykluczyła tę możliwość zarobkowania. Obecnie choroba utrudnia jej realizację własnych planów.

18 przypadek.

Choroba nie ma wpływu na jej życie osobiste i społeczne.

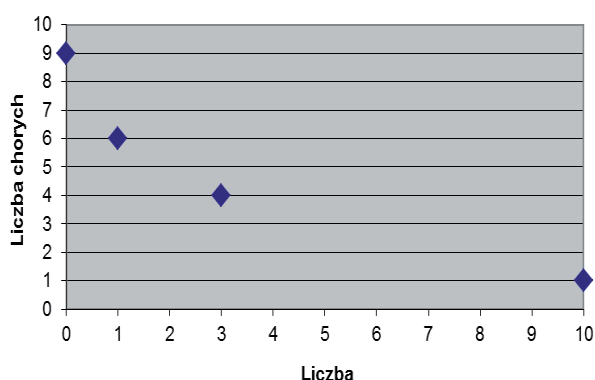
19 przypadek.

Porzuciła pracę na uczelni, potem pracowała jako przedstawiciel handlowy. Niczego nie doprowadza do końca. Obecnie jest na rencie.

20 przypadek.

Obecnie studiuje. Jednak miewa okresy, kiedy trudno jej się skupić, ma trudności z zapamiętywaniem i lęki przed wyjściem z domu. Obawia się, by te stany nie miały wpływu na jej życie.

Ilość prób samobójczych pacjenta oraz ich występowanie w rodzinie



Rycina 5. Próby samobójcze.
Figure 5. Suicidal attempts.

U 9 pacjentek nie wystąpiły próby samobójcze, jednakże w 4 przypadkach występowały myśli samobójcze. 6 pacjentek jeden raz targnęło się na swoje życie, myśli o samobójstwie towarzyszą im często. 4 respondentki usiłowały popełnić samobójstwo trzykrotnie i jedna czterokrotnie. W kolejnym przypadku badana mówi o wielokrotnych próbach samobójczych. Jednak nie precyzuje ich liczby, chce się raczej pochwalić i zwrócić uwagę na siebie jak na bohaterkę. Jeśli chodzi o najbliższą rodzinę, to w 4 przypadkach mamy do czynienia z wystąpieniem zachowań suicydalnych również wśród najbliższych. W jednym przypadku – ojciec respondentki ma na swoim koncie jedną próbę samobójczą. W drugim – siostra badanej choruje również na CHAD. W trzecim – wuj chorej cierpiał na depresję. W czwartym – dziadek pacjentki popełnił samobójstwo.

Uwarunkowania genetyczne w kierunku CHAD w rodzinie

Wśród 20 przebadanych respondentek 11 deklaruje, że nikt w najbliższej rodzinie nie chorował na chorobę dwubiegunową, bądź nic im na ten temat nie wiadomo. W pozostałych 9 przypadkach w najbliższej rodzinie występował przynajmniej jeden krewny z epizodami depresji lub choroby maniako-depresyjnej. W 4 przypadkach chory był ojciec i jego rodzina (najbliższe ciot-

ki), chorowali na depresję, spożywali duże ilości alkoholu. W jednym przypadku na CHAD chorował dziadek respondentki. W rodzinach 4 respondentek chorowały babcia lub mama bądź też jedna i druga na stany depresyjne (w tym jedna cierpiała na depresję poporodową). W jednym przypadku pacjentką była również ciotka mojej rozmówczyni.

Posiadanie dzieci – mobilizacja czy destrukcja?

Sześć badanych to bezdzietne panny. Nie mając dzieci starają się mimo wszystko mobilizować do aktywności przede wszystkim zawodowej. Gorzej jest z utrzymaniem porządku i dyscypliny wewnętrznej. Również w 6 przypadkach dzieci bardzo mobilizują swoje matki, które dla nich zrobiłyby wszystko (jedna z nich mówi „to moje dwa największe światy”). Niestety wielokrotnie się to nie udaje na skutek depresji. Wtedy często doświadczają one poczucia winy i wyrzutów sumienia. 3 kobiety mówią, że dzieci ich nie mobilizują, wręcz przeszkadzają i działają destrukcyjnie. W 2 wypadkach dzieci w żaden sposób nie ucierpiały przez chorobę matki, gdyż były już dorosłe, kiedy matka zachorowała. W jednym wypadku dziecko musiało się wstydić, bo w szkole koleżdy dowiedzieli się o chorobie psychicznej matki. 3 zamężne kobiety są bezdzietne.

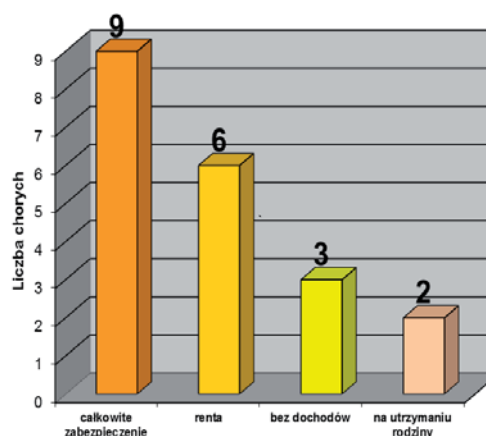
Kreatywność, twórczość a choroba dwubiegunowa

Wśród przebadanych kobiet dwie mają zdolności malarskie, jedna maluje pejzaże i lubi robić dekoracje. Druga maluje portrety.

2 respondentki mają zdolności pisarskie. Jedna pisze wiersze oraz prace licencjackie i magisterskie na zamówienie (w ten sposób sobie dorabia). Druga pisze prozę.

3 badane podjęły się próby napisania doktoratu, 3 są na wysokich stanowiskach, 3 posiadają swoje firmy. Niewątpliwie takie osiągnięcia świadczą o ich nieprzećiętności i innowacyjności.

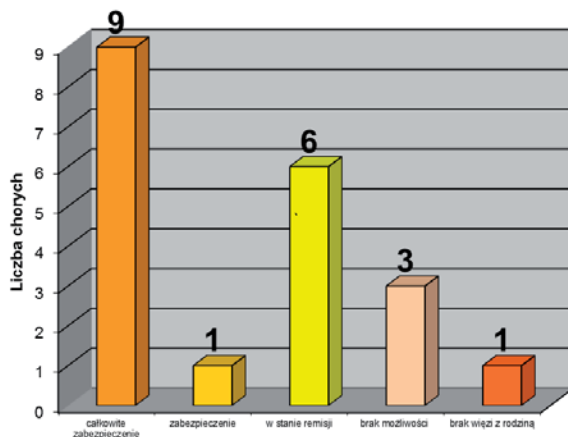
Funkcja materialno-ekonomiczna



Rycina 6. Funkcja materialno-ekonomiczna.
Figure 6. Financial-economic function.

Nawiązując do tej funkcji – 9 kobiet daje sobie radę w całości pracując na swoje utrzymanie lub ich zarobki mają istotny wkład do budżetu rodzinnego. 6 respondentek posiada jedynie renty, w tym jedna dodatkowo zasiłek rehabilitacyjny i jedna dodatkowo alimenty. Oświadczają one, że z takich dochodów niemożliwe jest utrzymanie się. 3 badane twierdzą, że absolutnie potrzebują materialnego wsparcia rodziny, ponieważ nie posiadają żadnych stałych dochodów.

Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca



Rycina 7. Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca.
Figure 7. Caring-protective function.

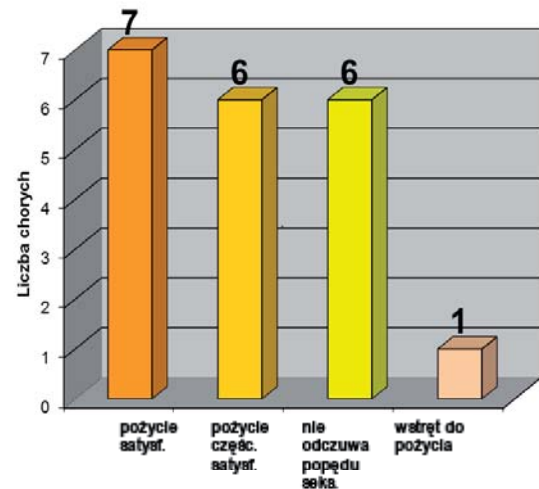
Biorąc pod uwagę opiekę i zabezpieczenie dla dzieci bądź rodziców 9 pań deklaruje, że jest w stanie im to zapewnić. Jedna mówi, że raczej tak. 6 rozmówczyń twierdzi, że tak (jednak tylko w okresie dobrego samopoczucia remisji). 2 kobiety nie są w stanie wywiązać się z tej funkcji, a jedna nie czuje zupełnie żadnej więzi z rodziną.

Funkcja prokreacyjna

9 rozmówczyń na 20 przebadanych rodziło dzieci: 5 ma ich dwoje, jedna trójkę, 3 mają po jednym dziecku. 2 z nich to rozwódki, pozostałe są mężatkami.

Funkcja seksualna

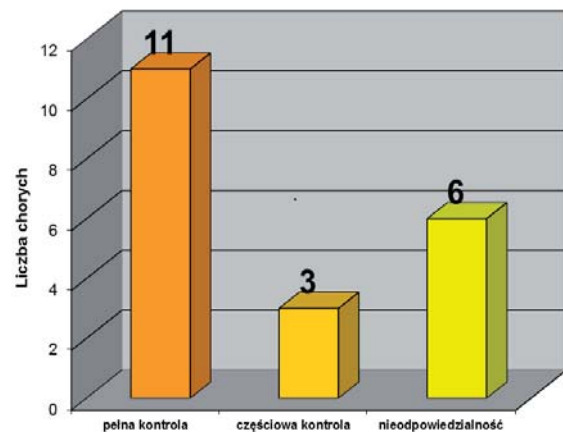
7 kobiet prowadzi satysfakcjonujące życie seksualne. 5 respondentek miewa zróżnicowane potrzeby seksualne w zależności od wahań nastroju związanych z chorobą. W depresji są one wycofane, w czasie manii bardzo pobudzone seksualnie i chętne do częstego współżycia. 6 pań nie odczuwa popędu seksualnego, ich libido jest znacznie obniżone. Prawdopodobnie związane jest to również z aplikowanymi lekami. Jedna z badanych czuje wręcz wstręt do swojego męża, choć wcześniej ich pożycie było satysfakcjonujące.



Rycina 8. Funkcja seksualna.
Figure 8. Sexual function.

Funkcja legalizacyjno-kontrolna

11 kobiet deklaruje pełną kontrolę nad swoim postępowaniem i życiem, przestrzegają ogólnie przyjętych norm. 3 panie bardzo starają się panować nad sobą wiedząc od czego w chorobie są zdolne. Jednak nie do końca się im to udaje. 6 respondentek twierdzi, że są nieodpowiedzialne, nie przestrzegają norm. Ich postępowanie wymyka się spod kontroli, potrzebują pomocy i wsparcia.



Rycina 9. Funkcja legalizacyjno-kontrolna.
Figure 9. Legalizing-control function.

Funkcja socjalizacyjna

Biorąc pod uwagę funkcję socjalizacyjną, a więc wywiązywanie się z ról społecznych i samorealizację 10 badanych realizuje nałożone na nie obowiązki żon, matek i członków rodzin. W tym jedna raczej tak, jedna tylko w okresie remisji, jedna znajduje sens swojej egzystencji w grupach wsparcia i religijnych. Najmłodsza respondentka (ma 21 lat) uważa, że całe życie jeszcze przed nią. Wszystkie ww. panie czują się speł-

nione w swej samorealizacji. Również 10 pań nie wywiązuje się ze swoich ról społecznych, mają poczucie niespełnienia zarówno rodzinnego, jak i zawodowego a nawet „zrujnowanego życia”.

Funkcja klasowa

Jeżeli chodzi o rodzinę pochodzenia to 9 wyżej opisywanych pań ma korzenie inteligenckie, 4 pochodzą z rodzin o średnim wykształceniu, 4 z rodzin robotniczych, 2 z rodzin o wykształceniu zawodowym i jedna z rodziny chłopskiej. Warto wspomnieć, że wśród pacjentek 9 może poszczycić się wykształceniem wyższym, w tym jedna z napisanym dyplomem jednak bez obrony i dwie w trakcie pisania doktoratów. 10 badanych z wykształceniem średnim i tylko jedna z zawodowym. Zważywszy na specyfikę choroby i jej wpływ na upośledzenie mechanizmów poznawczych, to bardzo dobry wynik świadczący o ambicjach i wytrwałości w dążeniu do celu respondentek.

Funkcja kulturalna

Badając udział kobiet w wydarzeniach kulturalnych, wiemy, że 16 deklaruje częste uczestnictwo w różnych jej formach (odwiedzają kino, teatr, koncerty wystawy, puby, dyskoteki, restauracje). W tym jedna z kobiet mówi o dużym zainteresowaniu i uczestnictwie w dobrach kultury. 3 badane nie korzystają z ofert kulturalnych ze względu na częste depresje, brak mobilizacji i niechęć do wychodzenia z domu. Jedna z pań mówi o brakach finansowych na tego typu rozrywkę, jednocześnie dotkliwie to odczuwa.

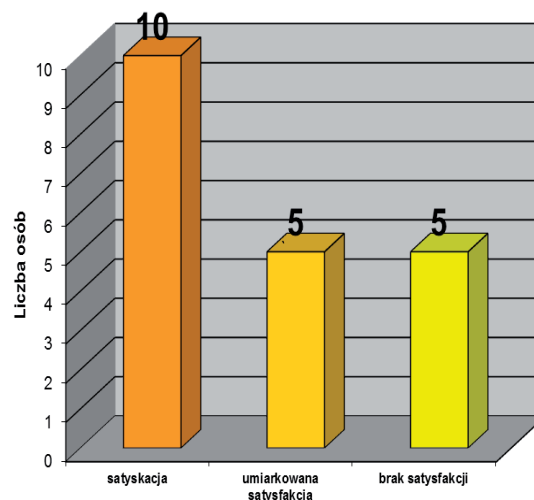
Funkcja rekreacyjno-towarzyska

Spełnia ją w pełni 10 respondentek. Jednakże uzależnione jest to od samopoczucia. Ta sama osoba raz jawi się jako dusza towarzystwa i dobra organizatorka, kiedy indziej zamyka się w sobie. 5 respondentek deklaruje umiarkowane, raczej rzadkie życie towarzyskie, ograniczone do jazdy na rowerze bądź spacerów, partyjki brydża. 5 kobiet ze względu na chorobę nie zabiega o rekreację ani towarzystwo. Kiedyś były aktywne teraz uciekają od ludzi, z którymi kontakt jest dla nich uciążliwy i męczący. 5 pacjentek to typowe ekstrawertyczki, dynamiczne, pełne życia, otwarte, ruchliwe i aktywne zarówno na polu zawodowym i towarzyskim. Nie mają problemu z wyrażaniem uczuć, są ciepłe, kobiece, wrażliwe, empatyczne, oddane swoim dzieciom i rodzinie.

Funkcja emocjonalno-ekspresyjna

6 respondentek waha się co do znaczenia przedmiotowej funkcji w ich życiu, ponieważ emocjonalność i ekspresja związane są z fazami choroby. Podczas okresów remisji to kobiety pełne wigoru. Jednak w chorobie zo-

bojętnie i apatyczne. To tak jakby się miało do czynienia z dwoma różnymi osobami. 3 panie twierdzą, że nie czują związków emocjonalnych z rodziną. Są obojętne i wszystko im jedno. 2 kolejne nastawione są do ludzi wrogo, chłodne i obojętne, przygnębione z poczuciem krzywdy, że nie mogą czemuś poddać. Szarpia nimi skrajne emocje od pozornego spokoju do wybuchów agresji.



Rycina 11. Funkcja rekreacyjno-towarzyska.

Figure 11. Recreational-social function.

Wnioski

Leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej jest złożone i jak na razie nie ma idealnego leku, dobrze tolerowanego, bez skutków ubocznych, korygującego zarówno epizody maniakalne, jak i depresyjne. Podstawowym leczeniem w CHAD jest stabilizacja nastroju, czyli leczenie normotymiczne, za pomocą soli litu, leków przeciwpadaczkowych i przeciwdrgawkowych. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia z 2000 roku odsetek lat życia spędzonych w niepełnosprawności z powodu choroby afektywnej dwubiegunowej w grupie wiekowej 15–44 lat wyniósł 2,4% w wypadku mężczyzn (9 pozycja wśród wszystkich przyczyn niepełnosprawności) i 2,5% w wypadku kobiet (7 pozycja). Wskaźnik ten jest miarą chorobowości, ale i przedwczesnej śmiertelności. Choroba afektywna dwubiegunowa znajduje się w pierwszej dziesiątce wszystkich przyczyn niepełnosprawności co ma swoje odzwierciedlenie w społecznym funkcjonowaniu pacjentek z tym zaburzeniem. Dla dobrego funkcjonowania pacjenta podstawowe znaczenie ma jego współpraca w leczeniu i prawidłowe przyjmowanie leków. Według badań brak współpracy pacjentek w wypadku stosowania litu wynosi aż 20–60%. Z powodu niewiedzy remisje lub epizody wzmożonego nastroju pacjenci traktują jako całkowity powrót do zdrowia – odstawiają leki. W takim przypadku kolejny epizod choroby jest dłuższy a remisje krótsze. Aby poprawić funkcjono-

wanie społeczne pacjenta należy zwiększyć jego wiedzę o chorobie. Temu może służyć psychoedukacja pacjenta i jego rodziny. Pamiętać należy, iż CHAD jest najbardziej inwalidyzującym zaburzeniem psychicznym z licznymi konsekwencjami rodzinnymi i społecznymi, co potwierdzają również wyniki badań własnych.

Lista pytań do przeprowadzenia wywiadu swobodnego, problemowego.

Metryczka:

- wiek
- płeć
- stan cywilny
- ilość dzieci (jeśli posiada)
- wykształcenie
- zawód wykonywany
- miejsce zamieszkania
- wyznanie, stosunek do religii
- diagnoza a wcześniejsze symptomy (ile czasu upłynęło od pojawienia się pierwszych symptomów choroby do postawienia prawidłowej diagnozy)
- chory we własnej opinii, charakterystyka a konfrontacja z rodziną
- ilość hospitalizacji oraz traumatyczne przeżycia towarzyszące pod kątem konfliktu z rodziną
- wpływ choroby na przebieg kariery zawodowej
- próby samobójcze respondenta jak i występowanie ich w rodzinie
- uwarunkowania genetyczne co do CHAD w rodzinie
- posiadanie dzieci, mobilizacja czy destrukcja? Wychowanie, zachowanie dzieci w stosunku do chorującej matki/ojca
- kreatywność, zdolności artystyczne a choroba dwubiegunowa
- wypełnianie funkcji związanych z rodziną według Zbigniewa Tyszki:
 - materialno-ekonomiczna
 - opiekuńczo-zabezpieczająca (pielęgnacja dzieci, pomoc materialna i fizyczna opieka nad osobami starszymi)
 - prokreacyjna
 - seksualna
 - legalizacyjno-kontrolna (wzajemna kontrola, nieprzekraczanie norm)
 - socjalizacyjna (dorastanie do roli, wychowanie, wprowadzenie dziecka w świat kultury, przygotowanie go do samodzielnego pełnienia ról społecznych, interakcja osobowości małżonków, wartości, wzory zachowań, kształtowanie osobowości dziecka, samorealizacja)
 - klasowa – rodzina pochodzenie
 - kulturalna (dbałość o przeżycia estetyczne)
 - rekreacyjno-towarzyska
 - emocjonalno-ekspresyjna (ciepło zaufanie, poczucie bezpieczeństwa, ignorancja).

Piśmiennictwo

1. Tysza Z.: Socjologia rodziny. PWN Warszawa 1974, 57-74.
2. Bellack A.S., Hersen M.: Assessment of social skills. [W:] Ciminero A.R., Calohun K.S., (red.) Handbook of Behavioral Assessment. Wiley J. and Sons, New York 1977, 509-554.
3. Załuska M.: Metody oceny funkcjonowania społecznego chorych na schizofrenię. *Psychiatria Polska* 1995, 631-640.
4. Tyrer P.J.: Personality disorder and social functioning. [W:] Peck D.F., Shapiro C.M., (red.) Measuring Human Problems. A Practical Guide Chichester. Wiley J. and Sons Ltd. 1990.
5. Szmatka J.: Modele pojęciowe w teorii roli społecznej. *Studia socjologiczne* 1974, 1, 73-97.
6. Hagop S., Akiskal, M.D.: Spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w praktyce ogólnomedycznej i psychiatrycznej. *Psychiatria po dyplomie* 2005, 2, 3, 10.
7. Kate E., Saunders A., Guy M. Goodwin.: Przebieg zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. *Psychiatria po dyplomie* 2010, 7,6.
8. Borkowska A., Rybakowski J.: Conjugate lateral eye movements during exacerbation of paranoid schizophrenia and the acute episode of major depression. *Biology Psychiatry* 1997, 41, 1065-1067.
9. Chang K., Blasey C., Ketter T., Steiner H.: Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disorder* 2001, 3, 73-78.
10. Braniecka A., Bzinkowska D., Koszewska I.: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia funkcjonowania poznawczego, rodzinnego i społecznego u potomstwa osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2010, 19, 4, 275-281.
11. Kim E.Y., Miklowitz D.J., Biuckians A., Mullen K.: Life stress and the course of early-onset bipolar disorder. *J. Affect. Disord.* 2007, 99, 1-3, 37-44.
12. Bobińska K., Florkowski A., Kuśmierk M., Wierzbński P., Szubert S.: Rola traumy w powstawaniu wybranych zaburzeń psychicznych. *Postępy Psychiatrii i Neurobiologii* 2007.
13. Aiskal H.S.: *Primary Psychiatry* 2004, 11,9.
14. Rybakowski J.: Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej. Termedia Wydawnictwo Medyczne Poznań 2009, 99-111.
15. Runge M., Araszkiewicz A.: Problemy współpracy z pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2005, 5, 3, 109-116.

Adres do korespondencji:

Maria Kłodzińska-Berkau
ul. Żniniewiczów 33, 60-475 Poznań
e-mail: maria.berkau@autograf.pl
tel. 604663330