

**Maria Kłodzińska – Berkau**

# **Spoleczne funkcjonowanie osób cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową**

**Rozprawa doktorska**

**Promotor: dr hab. Adam Czabański**

**Katedra Nauk Społecznych**

**Wydział Nauk o Zdrowiu**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

**Poznań**

**2018**

**„Nie jesteśmy ofiarami naszych genów, ale  
panami naszego przeznaczenia, zdolnymi  
tworzyć życie takie, jakiego zapagniemy”**

**Bruce Lipton**

**Podziękowanie**

**Panu Profesorowi dr hab. med. Michałowi Musielakowi  
Kierownikowi Katedry Nauk Społecznych,  
Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
składam serdeczne podziękowanie za umożliwienie  
przeprowadzenia badań niniejszej pracy doktorskiej**

**Podziękowanie**

**Panu Profesorowi dr hab. med. Januszowi Rybakowskiemu  
składam serdeczne podziękowanie za umożliwienie  
przeprowadzenia badań niniejszej pracy doktorskiej  
w Klinice Psychiatrii dla Dorosłych, Szpitala Klinicznego  
im. Karola Jonschera w Poznaniu**

**Podziękowanie**

**Panu Promotorowi Dr hab. Adamowi Czabańskiemu  
składam serdeczne podziękowanie za pomoc w realizacji  
niniejszej pracy**



## Spis treści

Wykaz stosowanych w pracy skrótów.....	4
<b>1. Wstęp.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1. Definicja i charakterystyka choroby afektywnej-dwubiegunowej (CHAD).....</b>	<b>6</b>
<b>1.2. Etiologia choroby afektywnej – dwubiegunowej czynniki biologiczne i środowiskowe.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3. Epidemiologia.....</b>	<b>10</b>
<b>1.4 . Cztery obrazy choroby afektywnej dwubiegunowej w postaci jej epizodów.....</b>	<b>12</b>
1.4.1. Hipomania.....	12
1.4.2. Mania.....	12
1.4.3. Depresja.....	13
1.4.4 Stany mieszane.....	15
<b>1.5. Spektrum zaburzeń dwubiegunowych.....</b>	<b>15</b>
<b>1.6. Występowanie zachowań samobójczych w przebiegu CHAD.....</b>	<b>16</b>
<b>1.7. Funkcjonowanie poznawcze w CHAD.....</b>	<b>17</b>
<b>1.8. Funkcjonowanie społeczne w CHAD.....</b>	<b>18</b>
<b>2. Cele badawcze pracy.....</b>	<b>22</b>
<b>3. Badani .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1. Badanie ilościowe.....</b>	<b>23</b>
3.1.1. Badani z CHAD.....	23
3.1.2. Badani opiekunowie chorych .....	24
3.1.3 Grupa kontrolna.....	24
<b>3.2. Badanie jakościowe .....</b>	<b>25</b>
3.2.1. Badani z CHAD.....	25

<b>4. Metodyka badań.....</b>	<b>26</b>
<b>4.1. Badania ilościowe – Skala Funkcjonowania Społecznego (SFS) Maxa Birchwooda .....</b>	<b>26</b>
<b>4.2. Badania jakościowe–wywiad swobodny, częściowo skategoryzowany.....</b>	<b>27</b>
<b>4.3. Metody statystyczne.....</b>	<b>28</b>
<b>5. Wyniki badań .....</b>	<b>29</b>
<b>5.1. Wyniki badań ilościowych dotyczące funkcjonowania społecznego, w oparciu o SFS, u badanych z CHAD i w grupie .....</b>	<b>29</b>
<b>5.1.1. Charakterystyka badanych z CHAD i grupy kontrolnej wg zmiennych socjodemograficznych.....</b>	<b>29</b>
<b>5.1.2. Porównanie funkcjonowania społecznego badanych z CHAD, z grupą kontrolną na podstawie 7 podskal SFS.....</b>	<b>35</b>
<b>5.1.3. Samoocena badanych z CHAD, porównanie samoocen badanych z CHAD z grupą kontrolną oraz z opinią ich opiekunów, na podstawie 7 podskal SFS .....</b>	<b>52</b>
<b>5.2. Wyniki badań jakościowych funkcjonowania społecznego, w oparciu o wywiad swobodny, częściowo skategoryzowany, badanych z CHAD, opracowane przez autorkę pracy oraz wybrane funkcje rodziny według Zbigniewa Tyszki.....</b>	<b>62</b>
<b>5.2.1. Charakterystyka badanych z CHAD według zmiennych socjodemograficznych.....</b>	<b>63</b>
<b>5.2.2. Czas od pojawienia się pierwszych objawów do rozpoznania CHAD.....</b>	<b>69</b>
<b>5.2.3. Liczba hospitalizacji badanych z CHAD.....</b>	<b>70</b>



5.2.4. Wpływ CHAD na przebieg kariery zawodowej.....	71
5.2.5. Wsparcie rodziny dla badanych z CHAD.....	72
5.2.6. Występowanie zachowań samobójczych w przebiegu CHAD.....	73
5.2.7. Wybrane funkcje rodziny według Zbigniewa Tyszki.....	75
5.2.7.1. Funkcja materialno-ekonomiczna .....	76
5.2.7.2. Funkcja seksualna.....	77
5.2.7.3. Funkcja prokreacyjna .....	78
5.2.7.4. Funkcja legalizacyjno-kontrolna .....	79
5.2.7.5. Funkcja rekreacyjno-towarzyska .....	82
6. Dyskusja.....	83
7. Wnioski w języku polskim i angielskim.....	106
8. Streszczenie w języku polskim i angielskim.....	110
9. Bibliografia.....	121
10. Aneks.....	132
10.1. Spis tabel i wykresów - załącznik nr 1.....	132
10.2. Lista pytań zastosowanych w wywiadzie swobodnym, częściowo skategoryzowanym - załącznik nr 2.....	136
10.3. Skala Funkcjonowania Społecznego Maxa Birchwooda załącznik nr 3	
Część A (wypełnia członek rodziny, opiekun)	
Część B (wypełnia pacjent).....	137

## **Wykaz stosowanych w pracy skrótów:**

- ASLE** – Recent Stressful Life Events (Aktualne Stresujące Wydarzenia Życiowe)
- BD** – Bipolar Disorder (Zaburzenie Dwubiegunowe)
- BDNF** – Brain Derived Neurotrophic Factor (Czynnik Neurotrofowy Pochodzenia Mózgowego)
- CBOS** – Centrum Badania Opinii Społecznej
- CHAD** – Choroba Afektywna Dwubiegunowa
- DSM – V** Diagnostic and Statistical Manual (Amerykański System Diagnostyczny Zaburzeń Psychiczych (V ostatnia edycja)
- EC** – Epidemiologic Catchment (Badanie Epidemiologiczne)
- FES** – Family Environment Scale (Skala Środowiska Rodzinnego)
- GAF** – Global Assessment of Functioning (Ogólna Ocena Funkcjonowania)
- GUS** – Główny Urząd Statystyczny
- MDQ** – Mood Disorder Questionnaire (Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju)
- NMDA** – National Depressive and Manic Depression Association (Amerykański Stowarzyszenie Manii i Depresji)
- SAS** – Social Adjustment Scale (Skala Przystosowania Społecznego)
- SFS** – Social Functioning Scale (Skala Funkcjonowania Społecznego)
- STEP – BD** – Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (Program Systematycznego Leczenia Choroby Dwubiegunowej) - badanie wielośrodkowe) \
- TU** - Teoria Umysłu

## **Skróty statystyczne**

**N** – liczebność (liczba osób)

**%** – procent (odsetek badanej grupy)

**M** – średnia arytmetyczna

**Min** – wartość minimalna

**Max** – wartość maksymalna

**SD** – odchylenie standardowe

**R** – wartość współczynnika korelacji rang Spearmana

**P** – prawdopodobieństwo testowe (poziom istotności)

**$\alpha$**  – założony poziom istotności

## **1. Wstęp**

Wystąpienie choroby psychicznej może zaburzać funkcjonowanie społeczne, choć nie zawsze wywiera destrukcyjny wpływ na ten aspekt życia.

Badania wskazują, że osoby chorujące psychicznie, w tym z chorobą afektywną dwubiegunową, mają większe trudności w funkcjonowaniu społecznym, niż chorzy somatycznie [1].

Wiadomo, że nasilenie objawów psychopatologicznych ma większe znaczenie dla stopnia niesprawności społecznej niż rodzaj rozpoznania. Trudności w funkcjonowaniu społecznym dotyczą głównie pracy zarobkowej, relacji z partnerem i kontaktów społecznych.

Pojawiają się też zaburzenia w komunikacji werbalnej i pozawerbalnej, co spowodowane jest, między innymi, dysfunkcjami poznawczymi w przebiegu schorzenia.

Pełnienie ról społecznych, w jakie są zaangażowani chorzy, jest często zaniedbane lub zaniechane, ze względu na spadek energii lub jej eksplozję. Często spotykana jest też nieumiejętność właściwego wglądu i oceny sytuacji społecznej [2].

Stygmatyzacja jest bardzo silnym i nierozzerwalnym mechanizmem w strukturach społecznych. Jest to mechanizm obronny oparty o ignorancję, uprzedzenie i strach przed kimś, kto jest inny i przez to może być dyskryminowany. W obszarze zdrowia psychicznego stygmatyzacja powoduje frustrację i bezradność oraz prowadzi do obniżenia samooceny pacjentów .

Stygmatyzacja, w tym również autostygmatyzacja, może pozbawiać rezultatów oczekiwanych w trakcie leczenia, niewykorzystania społecznych szans i możliwości. Może przynosić nieadekwatne rezultaty postępów w zdrowieniu w stosunku do oczekiwanych, a społeczne funkcjonowanie staje się tym bardziej problematyczne. Stygmatyzację, jako uciążliwą, oceniało ponad 85% respondentów, w badaniu GAMIAN International Survey [3].

### **1.1. Definicja i charakterystyka choroby afektywnej – dwubiegunowej (CHAD)**

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, to przewlekła choroba psychiczna, trwająca do końca życia, nazywana też psychozą maniakalno-depresyjną, lub rzadziej cyklofrenią.

Jest to choroba dynamiczna, którą charakteryzują radykalne zmiany nastroju, energii, procesów poznawczych i zachowania zmieniające się w czasie. Nie występują obiektywne

markery zaburzenia dwubiegunowego, a zatem rozpoznanie, opiera się na ocenie klinicznej zmieniających się objawów [4].

W szkole Hipokratesa (V wiek p.n.e), powstało pojęcie melancholia, które odpowiada dzisiejszemu terminowi depresja.

Od 2000 lat, czynione są obserwacje wskazujące na występowanie przeciwstawnych stanów nastroju u jednej osoby (manii i depresji), które występują okresowo. CHAD może mieć różne nasilenie i dostarczać skrajnych emocji [5, 6].

Na kształt współczesnej psychiatrii, wpłynął Emil Kraepelin (niemiecki psychiatra), poprzez dokonanie podziału zaburzeń psychicznych na dwie grupy:

- Zaburzenie typu dementia praecox (otępienie wczesne) „schizofrenia”
- Zaburzenie maniakalno - depresyjne (psychoza maniakalno depresyjna).

Podstawą dla tego podziału były dominujące objawy psychopatologiczne i długoterminowy przebieg choroby, przy dobrym zachowaniu funkcji psychicznych, lub stan przewlekły, systematycznie pogarszający funkcjonowanie społeczne. Emil Kraepelin wymienia wiele przykładów przebiegu zaburzenia maniakalno-depresyjnego. Nigdy jednak nie można określić różnorodności tego schorzenia, jest ono bowiem niewyczerpalne [7].

Przełomem w rozwoju badań CHAD był rok 1976, kiedy trzech amerykańscy psychiatrzy David Dunner, Elliot Gershon i Frederick Goodwin, zaproponowali na podstawie nasilenia objawów, nowy podział kliniczny – dwie postacie choroby afektywnej dwubiegunowej.

- Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I - psychoza maniakalno-depresyjna z przewagą depresji o znacznym nasileniu lub stany mieszane wymagające hospitalizacji.
- Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II - depresja z występującymi epizodami hipomanii, które nie wymagają hospitalizacji [8].

U większości pacjentów z CHAD (I i II typ) stan depresji stanowi główny czynnik niepełnosprawności i upośledzenia funkcjonowania społecznego. U 2/3 badanych z CHAD można stwierdzić przeważającą biegunowość, depresje występują w 50-60% przypadków [9].

W chorobie afektywnej dwubiegunowej można też obserwować nietypowy przebieg, polegający na szybkiej zmianie faz choroby, a za kryterium rozpoznania przyjęto występowanie przynajmniej 4 epizodów chorobowych w ciągu roku [10].

Choroba kojarzy się z euforią tworzenia i smutkiem wypalenia. Najczęściej dotyczy jednostek nadwrażliwych, ponadprzeciętnych w swoich życiowych przedsięwzięciach [11].

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe jest trudne do rozpoznania, ze względu na złożony początek i ukryty przebieg.

Badania Giulio Perugiego i współautorów, wykazały nakładanie się na siebie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych i fobii społecznej. Wyniki badań, wykazujące obecność objawów maniakalnych w okresie dzieciństwa, współwystępujące z ADHD, potwierdzają silniejszy wpływ przyczyn biologicznych na powstawanie CHAD. Do zaburzeń dwubiegunowych mogą predysponować: wysoka aktywność ruchowa, wrażliwość sensoryczna, niska tolerancja frustracji [12].

W historii pacjentów dominują lata nierozpoznanej i nieleczonej choroby. W obrazie klinicznym CHAD, widoczne jest nadużywanie substancji psychoaktywnych, częste objawy psychotyczne, hospitalizacje i zachowania suicydalne. Choroba ta dotyczy całej rodziny, gdyż wywiera ogromny wpływ na życie rodzinne i funkcjonowanie społeczne. Związana jest ze skrajnymi sposobami postrzegania świata, widzenia wszystkiego w barwach czarnych (depresja) i nadmiernie jaskrawych (mania) [13].

## **1.2. Etiologia choroby afektywnej-dwubiegunowej - czynniki biologiczne i środowiskowe**

Istnieje wiele czynników, które mogą się wiązać z większym prawdopodobieństwem wystąpienia CHAD, jednak żaden z nich nie będzie miał charakteru przyczyny koniecznej czy wystarczającej. Źródeł choroby możemy doszukiwać się w historii ewolucji homo sapiens. Zarówno obciążenia genetyczne jak i czynniki środowiskowe (stres), odpowiedzialne są za wystąpienie i przebieg CHAD [14].

Początek epizodów afektywnych związany jest często z występowaniem sytuacyjnych czynników stresowych. Nadmierna i długotrwała aktywizacja w obrębie osi stresu podwzgórze-przysadka-nadnercza, prowadzić może do uruchomienia istniejących predyspozycji genetycznych w kierunku choroby psychicznej (w tym CHAD). W reakcji na stres dochodzi do uruchomienia mechanizmów neuronalnych, endokrynnych i immunologicznych. Stymulowana jest produkcja hormonu stresu kortyzolu [15].

Większość naszych cech gatunkowych fizycznych i psychicznych powstała, między 100 a 10 tysiącami lat temu, na etapie grup zbieracko-łowieckich. Geny tych osobników przetrwały do dzisiaj, ich różne konfiguracje, możemy obserwować w postaci zmian psychicznych, o charakterze maniakalno-depresyjnym.

Predyspozycja do wystąpienia choroby maniakalno-depresyjnej, uwarunkowana jest interakcją, przynajmniej kilkunastu genów między sobą w powiązaniu z czynnikami środowiskowymi. 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. Daje niejako odpowiedź dlaczego geny odpowiedzialne za pojawienie się zaburzeń afektywnych ciągle utrzymują się w populacji. Pozwalają one bowiem na lepsze dostosowanie się do środowiska gatunku ludzkiego [16].

Zaobserwowano, że osoby mające wariant „s” omawianego genu są bardziej podatne na depresję, jeśli w okresie rozwojowym pojawiły się w ich życiu, aktualne, stresujące zdarzenia życiowe (Recent Stressful Life Events „ASLE”) [17].

W aspekcie biologicznym zakłada się genetyczne uwarunkowanie CHAD z zaburzonym stężeniem neuroprzekaźników serotoniny, dopaminy, porepinefryny, niedoborem hormonów lub niedoczynnością określonego obszaru mózgu.

Udział czynników genetycznych w procesie dziedziczenia CHAD mieści się w zakresie 50-65%. Dotychczasowe doniesienia potwierdzają związek między stresem środowiskowym okresu dzieciństwa, a późniejszym występowaniem zaburzeń afektywnych [18].

Badania epidemiologiczne wskazują, że u dzieci narażonych na silne negatywne przeżycia, istnieje większe ryzyko rozwoju depresji i/lub zaburzeń lękowych.

Istnieje coraz więcej dowodów epidemiologicznych i klinicznych, które wskazują na znacznie częstsze występowanie zaburzeń lękowych u pacjentów z CHAD niż w populacji ogólnej [14].

Na podstawie badań amerykańskich, „duża depresja nawracająca” - Major Depressive Disorder (MDD), może dotyczyć problemu niezdiagnozowanych cech dwubiegunowości u 30-65% osób. W tej grupie pacjentów obserwuje się częstsze występowanie prób samobójczych i większe prawdopodobieństwo wystąpienia CHAD u członków rodziny.

Charakterystyczny jest też większy wskaźnik współwystępowania zaburzeń lękowych, nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz inne zaburzenia zachowania [19].

Czynnikiem zewnętrznym ryzyka nawrotu choroby w przebiegu CHAD może być ciąża. Częstość nawrotu w takim przypadku, szacuje się na 50% [20].

Ryzyko przyjęcia na oddział psychiatryczny jest 3-krotnie większe 10-19 dni po porodzie. W ciągu roku od urodzenia dziecka na oddział psychiatryczny trafia 27% kobiet z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym [21].

Adele Viguera i współautorzy, na podstawie badań kohortowych, stwierdzili, że ryzyko nawrotu choroby podczas ciąży wynosi 71% i większość epizodów choroby ma charakter depresyjny [22].

### **1.3. Epidemiologia**

Częstość zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (ze spektrum dwubiegunowości), w całej populacji, szacuje się aż na 8,3% [23].

Wczesny wiek zachorowania wiąże się ze złym rokowaniem, częstszym pojawieniem się epizodów psychotycznych, używaniem substancji psychoaktywnych, większym ryzykiem samobójstwa oraz nasileniem dysfunkcji neuropsychologicznych. Wiek zachorowania może być również cechą dziedziczną [24].

Średni wiek zachorowania, w badaniach epidemiologicznych dotyczących CHAD Epidemiologic Catchment (E-C), wynosił 21,2 lata, a w badaniu (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder STEP-BD) odnotowano średnią 17,37 lat [25, 26].

U kobiet choroba zaczyna się wcześniej niż u mężczyzn, ale ustalenie zaburzeń dwubiegunowych zaczyna się średnio 4,4 roku później. Pierwszy epizod maniakalny zaczyna się średnio 5 lat później u kobiet niż u mężczyzn [27].

Uważa się, że pewne cechy związane z większą podatnością na wystąpienie zaburzeń afektywnych mogą dawać ewolucyjne korzyści np. posiadanie temperamentu hipertymicznego. 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 osiągnięciem wyższej pozycji społeczno-ekonomicznej [28].



W 1992 roku Robert Post dla wyjaśnienia patomechanizmu chorób afektywnych przedstawił koncepcję „kindlingu” (rozniecanie). Był to pierwszy model, który łączył zarówno czynniki psychospołeczne jak i neurobiologiczne w wyzwalaniu epizodów choroby. Ten sam autor na podstawie własnych badań zakłada, że największą rolę w wyzwalaniu pierwszego epizodu choroby mają czynniki psychospołeczne [29].

Teoria ta zakłada również możliwość występowania wielokrotnych epizodów choroby powodujących skłonność do nawrotów i słabszą reakcję na leczenie, co w konsekwencji wiąże się z kolejnymi, częściowo spontanicznymi nawrotami choroby bez udziału czynników stresowych. Każdy kolejny epizod depresji napędza następny [29, 30].

W 1993 roku użyto w psychiatrii słowa „staging”, które stosowane było w medycynie już wcześniej dla określenia stopnia zaawansowania choroby. Obecny model „stagingu” w CHAD opiera się na koncepcji allostazy i obciążenia allostacyjnego. Układy adaptacyjne allostacyjne organizmu, umożliwiają wprowadzenie i utrzymanie nowego stanu równowagi w odpowiedzi na destabilizujące zmiany środowiskowe oraz czynniki patogenetyczne. Zdolność do osiągnięcia stabilizacji poprzez taką zmianę nazywana jest allostazą. CHAD jako zaburzenie wynikające z kumulacji procesu allostazy, może powodować wzrost zagrożenia chorobami somatycznymi, w miarę trwania zaburzenia, natężenia stresorów oraz liczby epizodów afektywnych [31, 32].

Jeśli stan allostazy przedłuża się, w wyniku utrzymywania się niekorzystnego wpływu czynników patogenetycznych, pojawiają się negatywne skutki zdrowotne - obciążenie allostacyjne. Organizm ponosi wtedy straty fizjologiczne, wymagane do utrzymania stanu równowagi. Ponadto przy dodatkowych obciążeniach stresowych, czy współistniejących chorobach ogólnoustrojowych, obciążenie allostacyjne zwiększa się, a w przypadku przewlekle podwyższonego poziomu steroidów nadnerczowych, które są skutkiem nadaktywności osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, mogą powodować insulinooporność, cukrzycę, miażdżycę i nadciśnienie tętnicze. Pacjenci z większym obciążeniem allostacyjnym ponoszą większe ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych oraz doświadczają pogorszenia funkcjonowania fizycznego, poznawczego, a nawet umieralności [32].

U około 80% chorych z CHAD, występuje więcej niż 1 choroba somatyczna, u 40% badanych aż 3 choroby somatyczne. Choroby krążenia pojawiają się średnio o 4-7 lat wcześniej niż w populacji ogólnej.

Rokowanie w przypadku CHAD nie jest jednoznaczne, dlatego należy je rozpatrywać indywidualnie. Schorzenie może dotyczyć każdego człowieka i wystąpić w każdej chwili jego życia, w jednakowym stopniu u kobiet i mężczyzn [32, 33, 34].

#### **1.4. Cztery obrazy choroby afektywnej dwubiegunowej w postaci jej epizodów**

##### **1.4.1. Hipomania**

Epizody hipomanii charakteryzują się występowaniem trzech lub więcej poniższych objawów różniących się od podstawowego nastroju badanego:

- Poczucie radości i skłonność do żartów
- Towarzystwo i poszukiwanie towarzystwa
- Zwiększony popęd płciowy
- Gadatliwość
- Nadmierna pewność siebie i optymizm
- Przyspieszony tok myślenia
- Zmniejszona potrzeba snu
- Zwiększona witalność
- Nadmierne zaangażowanie w nowe projekty [35].

Stan hipomanii wpływa na procesy poznawcze i motywacyjne. W określonych warunkach może sprzyjać dobremu funkcjonowaniu i przekładać się na sukces życiowy i powodzenie. Zarówno kobiety jak i mężczyźni są skłonni do robienia zbędnych zakupów, zaciągania dużych kredytów, a nawet utraty całego majątku, inwestują, uprawiają hazard, wybierają się w dalekie podróże, nie licząc się z konsekwencjami [36].

##### **1.4.2. Mania**

Termin „mania” w psychiatrii oznacza epizod maniakalny o cechach obsesji i pożądania. Z punktu widzenia neurofizjologii, jest to pobudzenie czynności mózgu, prowadzące do zwiększonego zainteresowania, czymś lub zamiłowania do czegoś np. kinomania, melomania. Mania może też oznaczać patologiczne zachowanie o charakterze impulsywnym np. kleptomania, piromania [37,38]. Na manię składają się następujące symptomy:

- **emocjonalne**- nastrój jest podwyższony ekspansywny, dominującym uczuciem jest irytacja, może wystąpić euforia wielkościowa;

- **poznawcze** – myślenie o własnych procesach poznawczych jest również wielkościowe, osoby w manii nie wierzą w ograniczenia swoich zdolności i możliwości. Pomysły przebiegają przez głowę w zawrotnym tempie – tzw. „gonitwa myśli”.
- **motywacyjne** - zachowania osób w manii są nadaktywne i to w różnych dziedzinach, które sobie upodobały (praca zawodowa, działalność polityczna, religijna albo relacje seksualne).

Do czynników wyzwalających lub pogarszających stan manii zaliczyć należy nieprzestrzeganie zaleceń farmakoterapii, pozbawianie się snu, czy nadmierna stymulacja w kierunku czynności ekscytujących. Chory często nie wierzy, że ma problemy ze zdrowiem psychicznym, przekonuje do tego innych, nie zażywa leków. Wszystko, wydaje się proste i łatwe do osiągnięcia, w rezultacie zachowanie chorych jest często nieadekwatne do sytuacji.

Na początku manii zmiany bywają pozytywne, poprawie ulegają możliwości poznawcze, skuteczność, podzielność uwagi, pacjent może wykonywać kilka zadań jednocześnie, żyje jak mu się wydaje pełnią życia.

W stanie manii chorzy często, podejmują ryzykowne decyzje, których w konsekwencji nie realizują. Chory uważa się za osobę wybitną, mającą misję do spełnienia, pokojową lub pomocową, niekiedy miewa urojenia np. prześladowcze. Podwyższony nastrój ujawnia się też wzmożonym popędem seksualnym. Chory nie odczuwa zmęczenia, sen ogranicza czasami do 2-3 godzin na dobę. W związku z nadmiarem energii i chęcią robienia czegoś ważnego robi nocne porządki, remonty, pisze wiersze, maluje, rozdaje rzeczy osobiste w ramach pomocy biednym. Kobiety często ubierają się wyzywająco, niestosownie do wieku i sytuacji.

Przejście w kierunku depresji dokonuje się w momencie załamania funkcji obronnych manii. Natomiast zamiana fazy depresyjnej w maniacką dokonuje się w celu obrony przed poczuciem braku własnej wartości [37].

### **1.4.3. Depresja**

Depresje w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej nazywane są w psychiatrii europejskiej, depresjami endogennymi, a w ośrodkach amerykańskich, określa się je mianem „duża depresja”, natomiast w klasyfikacji międzynarodowej używa się terminu epizod depresyjny.

Chory depresyjny odczuwa smutek, apatię, zubożenie względem ludzi oraz wszechogarniające zmęczenie. Nie odczuwa natomiast radości, szczęścia ani satysfakcji z czegokolwiek (anhedonia). Często obserwuje się spowolnienie psychoruchowe, ze spowolnieniem myślowym i osłabieniem pamięci. Może też pojawić się niepokój ruchowy, z nasilonym lękiem, zaburzeniem rytmu snu i czuwania, czasem pojawia się potrzeba snu w ciągu dnia - hipersomnia. U części chorych występuje lęk wolnopłynący - wykazuje on nasilenie falujące i może osiągnąć znaczne rozmiary.

Poza wyżej opisanymi objawami lęku depresyjnego, typu endogennego, występują też bóle głowy, zaparcia, wysychanie błon śluzowych jamy ustnej, utrata łaknienia, zwiększenie lub zmniejszenie masy ciała. Czasami pojawiają się urojenia o charakterze katastroficznym, nihilistycznym, hipochondrycznym, grzeszności, winy i kary. Urojenia te mają charakter wtórny, są następstwem obniżonego nastroju i poczucia lęku [38, 39, 40].

Wyniki badań amerykańskich (National Comorbidity Survey), dotyczące współzachorowalności w CHAD, wskazują, że często występuje lęk napadowy i fobia społeczna u pacjentów z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym. Nie bez znaczenia są natrętne myśli lub impulsy np. o zrobieniu czegoś złego osobie bliskiej. Brak zainteresowania światem zewnętrznym, abulia - poczucie niesprawności psychicznej i fizycznej, prowadzą do zerwania kontaktów międzyludzkich i ograniczenia ich tylko do najbliższej rodziny [41].

Do grupy chorych narażonych na życie pozbawione równowagi należą bezrobotni, pracoholicy, matki opiekujące się małymi dziećmi oraz osoby wykonujące wiele czynności jednocześnie (nauka, praca, opieka).

Depresje mogą nasilać negatywne bodźce takie jak: konflikty z innymi ludźmi, hałas, inne osoby w depresji, których nastrój się udziela, opieka nad obłożnie chorymi, monotonne czynności, problemy finansowe, brak osób przychylnych. W stanie depresyjnym warto posiłkować się pomocą ze strony innych, rodziny, przyjaciół, współpracowników [42].

Paradoksalnie temperament lękowy i depresyjny mogą być związane z lepszym dostosowaniem jednostki do środowiska. Temperament depresyjny może wiązać się ze skłonnością do zachowań altruistycznych i pracy na rzecz członków społeczności.

Temperament lękowy może powodować obawę o bliskich i gotowość do ich obrony a temperament cyklotymiczny, którego właściciel jest zmienny uczuciowo, może prowadzić do licznych związków partnerskich [43].

#### **1.4.4. Stany mieszane**

Stany mieszane, charakteryzują się obecnością objawów zarówno depresji jak i manii np. stuporu maniakalnego.

Ten typ choroby afektywnej dwubiegunowej, wyróżnili w 1974 roku David Dunner i Ronald Fieve, zaproponowali oni kryterium rozpoznania tej postaci choroby jako epizody chorobowe maniakalne, lub depresyjne występujące w ciągu roku [44].

Częsta, następująca szybko zmiana faz (np. przez część dnia może dominować mania a przez drugą depresja), zwłaszcza w takich stanach, chorzy są narażeni na ryzyko samobójstwa.

Stany mieszane dotyczą częściej kobiet, co znacznie utrudnia funkcjonowanie społeczne i wymaga silniejszych leków przeciw maniakalnych lub normotymicznych. Przyczyną gwałtownych zmian faz mogą być też leki przeciwdepresyjne [45].

Stany mieszane dotyczą średnio 31% osób z chorobą afektywną dwubiegunową i charakteryzują się ciężkim przebiegiem oraz trudnościami terapeutycznymi [46].

#### **1.5. Spektrum zaburzeń dwubiegunowych**

Zaburzenie dwubiegunowe, obejmuje różne wymiary psychopatologii, oprócz zaburzeń nastroju, dysfunkcje poznawcze, psychozy, konflikty interpersonalne, aktywację zachowania.

Spektrum zaburzeń dwubiegunowych zawiera: hipomanię, cyklotymię, manię bez depresji, zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I, zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II, depresje nałożone na temperament hipertymiczny, nawracającą depresję i hipomanię występującą wyłącznie w czasie leczenia przeciwdepresyjnego.

Biegunowość jest tylko jednym z wielu wymiarów złożoności tego zaburzenia obok psychozy, lęku, współzachorowalności i melancholii. Według niektórych badań 30-70% przypadków depresji należy do spektrum zaburzeń dwubiegunowych [47].

Wiele łagodnych zaburzeń ze spektrum dwubiegunowego charakteryzuje się mieszaniną (w różnych proporcjach) depresji, hipomanii oraz niestabilności emocjonalnej [47,48].

Cechami klinicznymi wskazującymi na występowanie zaburzeń związanych ze spektrum dwubiegunowym są:

- Wczesny wiek zachorowania 15-20 lat

- Duża liczba nawrotów (więcej niż 5 w roku)
- Szybki początek i ustępowanie objawów
- Depresja poporodowa

Oceny dwubiegunowości, dokonuje się przy pomocy wskaźnika dwubiegunowości (bipolarity index) w 5 wymiarach:

- Charakterystyka epizodu
- Wiek w którym nastąpił początek choroby
- Przebieg choroby i widoczne jej cechy
- Reakcja na leczenie
- Obciążenie rodzinne [49].

### **1.6. Występowanie zachowań samobójczych w przebiegu CHAD**

Częstość występowania samobójstw dokonanych oraz zachowań samobójczych, w CHAD, wynosiła w samobójstwach dokonanych 18-25%, a częstość podejmowanych prób samobójczych 21-54% [50].

We współczesnym, zachodnim świecie, samobójstwo jest świadomie podjętym działaniem, mającym na celu samozniszczenie, jest działaniem, które można określić jako wielowymiarowe zaburzenie występujące u jednostki, której potrzeby nie są zaspokojone i która sama definiuje problem, w którym samobójstwo, spozstrzega jako najlepsze rozwiązanie [51].

Według Aarona Becka geneza samobójstwa jest złożona i jest rezultatem interakcji chorobowych, zaburzeń nastroju i myślenia oraz sytuacji socjalnej, w której znajduje się chory. U osób o tendencjach samobójczych w tym z CHAD, widoczne są opisane przez Becka elementy depresji w kategoriach triady poznawczej: negatywna ocena siebie, negatywna ocena przyszłości, negatywna ocena otoczenia [52].

Młodzi ludzie przechodzą depresję łagodniej, natomiast w wieku podeszłym, częściej występuje nasilony lęk i urojenia depresyjne a to zwiększa ryzyko popełnienia samobójstwa, szczególnie u mężczyzn po 45 roku życia [53].

Czynnikiem wyzwalającym decyzję o samobójstwie może być brak celów życiowych, lub brak wiary w ich osiągnięcie. Szczególnie niebezpieczne mogą być omamy nakazujące i objawy psychotyczne, dodatni wywiad rodzinny w kierunku samobójstwa [54, 55].

W ostatnich latach, wykazano zwiększenie ryzyka prób samobójczych u osób z epizodami mieszanymi w przebiegu CHAD, które znacznie upośledzają życie rodzinne oraz funkcjonowanie społeczne [56].

Według autorów fińskich kluczowymi wskaźnikami ryzyka są rozmyślenia o samobójstwie, ciężkie epizody depresyjne, poczucie beznadziejności, zaburzenia osobowości, wcześniej dokonywane próby samobójcze u pacjentów z zaburzeniami dwubiegunowymi [57, 58].

Wyniki badań Liliany Del'Osso wykazują, że u pacjentów z CHAD stwierdza się poważne zaburzenia aktywności seksualnej, które korelują z ryzykiem wystąpienia prób samobójczych i samobójstw [59].

Dzięki badaniom genetycznym dotyczącym zaburzeń afektywnych, ustalono w części z nich, korelację między występowaniem specyficznych polimorfizmów, a ryzykiem prób samobójczych [60].

### **1.7. Funkcjonowanie poznawcze w CHAD**

Zaburzenie funkcjonowania poznawczego w CHAD związane jest nie tylko z aktywnymi fazami choroby, ale również utrzymuje się w okresie remisji, co wskazuje na ich stały i chroniczny charakter [61].

W okresie nasilenia objawów CHAD występuje osłabienie ogólnej sprawności intelektualnej, pamięci, zdolności uczenia się oraz fluencji słownej [62].

Chorzy w okresie depresji, wykazują zaburzenia procesów wzrokowo-przestrzennych i motorycznych, dotyczących zarówno spostrzegania i różnicowania wzrokowego, koordynacji wzrokowo-ruchowej, jak i pamięci wzrokowej oraz szybkości psychomotorycznej. Zaburzenia te związane są z dysfunkcją w obrębie prawej półkuli mózgowej [63].

Inni autorzy zwracają uwagę na zaburzenia funkcji przestrzennych i emocjonalnych, w czasie nasilenia objawów depresyjnych [64].

Przebieg zaburzeń funkcji poznawczych w CHAD, może być postępujący, co prowadzi do upośledzenia w funkcjonowaniu społecznym [65].

Ostatnie badania potwierdzają występowanie deficytu teorii umysłu – mentalizacji, zarówno w manii, depresji oraz w stanie remisji [66].

Obok deficytu mentalizacji, charakterystyczne dla CHAD jest również zaburzenie zdolności empatycznych [67].

Zaburzenia w funkcjonowaniu poznawczym utrudniają przetwarzanie informacji, formułowanie myśli i podejmowanie decyzji. Przejawami upośledzenia sfery poznawczej są gorsza koncentracja, niezdecydowanie, przeciążenie sensoryczne, niemożność skupienia uwagi, myśli przelatujące przez głowę. Takie objawy towarzyszą zarówno depresji, hipomanii i manii, utrudniają pacjentowi prawidłowe funkcjonowanie w pracy, domu i w sytuacjach społeczno-towarzyskich [68].

Badania Anabel Martinez-Aran i współautorów potwierdzają zaobserwowane w przebiegu CHAD, chroniczne deficyty poznawcze funkcji wykonawczych, pamięci operacyjnej, uczenia werbalnego, uwagi, utrzymujące się również w okresie remisji. U 1/3 pacjentów, zaburzenia funkcji poznawczych (związane z funkcjonowaniem okolic przedczołowych mózgu), utrzymują się po ustąpieniu ostrej fazy choroby, są powodem głębokiej destrukcji systemu społecznego pacjenta [69].

W Polsce w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego przebadano 60 osób w stanie depresji, manii i hipomanii pod kątem sprawności pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych. W badaniu tym, nie zaobserwowano istotnego pogorszenia sprawności poznawczej, natomiast odkryto, że nasilenie epizodu manii istotnie pogarsza sprawność funkcjonowania wykonawczego i różnych aspektów pamięci operacyjnej. Zauważono również, że niewielkie nasilenie objawów manii poprawia funkcje poznawcze [70].

Inni autorzy wykazali, że funkcjonowanie poznawcze w CHAD, pozostaje w istotnym związku z nasileniem objawów maniakalnych i bez wpływu nasilenia objawów depresyjnych [61].

Ponadto badania wskazują na silny związek pomiędzy zaburzeniami, w zakresie funkcji poznawczych, w tym szczególnie pamięci słownej, uwagi i funkcji wykonawczych a niskim funkcjonowaniem społecznym pacjentów z CHAD [71,72].

## **1.8. Funkcjonowanie społeczne**

Funkcjonowanie społeczne jest pojęciem szerokim i niejednoznacznym, obejmuje wiele sfer życia człowieka. Definiowane jest ono jako zdolność do zawierania i utrzymywania stosunków wzajemnych z przyjaciółmi i rodziną. Funkcjonowanie społeczne wiąże się z



podejmowaniem pracy i aktywności w czasie wolnym, wypełnianiem codziennych obowiązków [73].

Funkcjonowanie społeczne, według Alana Bellacka, jest konsekwencją posiadanych i używanych w codziennym życiu umiejętności społecznych. Polega ono na wykazywaniu umiejętności wyrażania w sposób społecznie akceptowany, swoich pozytywnych i negatywnych stanów emocjonalnych. Jest to umiejętność łącząca zachowania werbalne i niewerbalne, których celem jest osiągnięcie akceptacji i wzmocnień społecznych. Umiejętności te należy stosować w sposób świadomy, w takich sytuacjach, w jakich powinny się pojawić [74].

Podobnie, umiejętności społeczne człowieka, oznaczają zdolność do takiego zachowania się w interakcjach z otoczeniem, aby stosownie do sytuacji można było realizować swoje indywidualne cele. Realizacja tych celów będzie możliwa, gdy posiadane umiejętności społeczne, będą wykorzystywane w sposób umożliwiający efektywne radzenie sobie w otaczającym świecie [75].

Zaburzenia poznania społecznego, charakterystyczne dla CHAD, odbijają swoje piętno, na jakości życia osób chorych, zmniejszając ich zdolność do prawidłowego funkcjonowania społecznego.

Innym ważnym aspektem jest umiejętność podejmowania decyzji w sytuacjach społecznych, rozumienie norm społecznych a także nabywanie wiedzy o otaczającym świecie. Rozwinięcie tych umiejętności na wysokim poziomie, pełni funkcję adaptacyjną, sprzyja przetrwaniu całego gatunku ludzkiego [76].

Poznanie społeczne dotyczy najczęściej zagadnień związanych ze zdolnością do mentalizacji, czyli umiejętnością do przewidywania, wyjaśniania, co ludzie myślą, czynią, poprzez odwoływanie się do stanów umysłowych.

Dyspozycja do rozumienia przekonań i stanów umysłowych traktowana jest jako fundamentalna dla ludzkiego funkcjonowania. Opiera się na wykrywaniu i interpretacji różnych sygnałów behawioralnych takich jak rozpoznawanie ekspresji twarzy, odbioru kontaktu wzrokowego, umiejętności wyciągania wniosków z informacji emocjonalnej ekspresji twarzy czy modulacji głosu [77].

W badaniach przeprowadzonych przez G.M.MacQueen i współautorów u 30-60% osób z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, występują zaburzenia poznania

społecznego również w okresie eutymii, co wiąże się bardzo istotnie z funkcjonowaniem interpersonalnym, zatrudnieniem i liczbą kontaktów społecznych [78].

W literaturze przedmiotu, obserwowano także powiązania między deficytami funkcjonowania społecznego a zaburzeniami poznawczymi. Charakterystyczne są zaburzenia w zakresie emocji oraz mentalizacji. Osoby z CHAD mają problem z rozpoznawaniem takich emocji jak wstręt, strach czy smutek [79].

W Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia, zaproponowano model biopsychospołeczny, obejmujący problem funkcjonowania społecznego na 3 płaszczyznach: biologicznej, osobistej i społecznej [80].

Kryterium oceny stopnia i zakresu funkcjonowania człowieka stanowi jego uczestnictwo w różnych sytuacjach w środowisku, czynności samoobsługowe, poruszanie się w przestrzeni, wymiana informacji, kontakty społeczne, edukacja, praca, zajęcia w czasie wolnym, życie ekonomiczne, życie obywatelskie i życie w środowisku lokalnym [81].

Maria Załuska definiuje funkcjonowanie społeczne jako jakąkolwiek formę uczestnictwa jednostki w jakimkolwiek społecznym układzie odniesienia [82].

Funkcjonowanie człowieka w relacjach z otoczeniem stanowi proces interaktywny w ujęciu psychologicznym. Natomiast, z punktu widzenia socjologów, rola społeczna jest funkcją uczestnictwa jednostki w życiu społecznym, wyznaczoną przez układ odniesienia do którego należy jednostka [83].

Funkcjonowanie społeczne wiąże się bezpośrednio z umiejętnościami społecznymi (social skills), które obejmują werbalne i niewerbalne elementy zachowania. Umiejętności społeczne opisują zdolność osiągnięcia przez jednostkę celów instrumentalnych (materialnych i biologicznych) i społeczno-emocjonalnych, uwzględniając prawa i potrzeby innych ludzi w danym kręgu kulturowym [84].

Według Peter J. Tyrera dla funkcjonowania społecznego istotne są umiejętności życiowe oraz relacje z innymi osobami z otoczenia, osobowość, intelekt, występowanie objawów choroby [85].

Andrzej Rogiewicz uznaje, że układem odniesienia dla funkcjonowania społecznego jest rodzina, otoczenie w pracy, znajomi [86].

Elżbieta Słupczyńska wyróżnia cztery aspekty przystosowania społecznego do których zalicza się:

- aktywność społeczną (wykonywanie społecznie oczekiwanych zadań i funkcji)

- zachowania uciążliwe (np. wycofanie, wrogość, manipulacja, nadmierna zależność, podejrzliwość)
- satysfakcję osoby badanej ze swego poziomu funkcjonowania i stanu zdrowia
- wpływ badanego na jego środowisko społeczne (satysfakcja rodziny z poziomu funkcjonowania chorego).

Ten przegląd definicji funkcjonowania społecznego, mieści się w zakresie przystosowania społecznego, w którego strukturę można włączyć: jakość życia pacjenta, satysfakcję czy obciążenie rodziny, a według niektórych autorów nawet objawy psychopatologiczne [87].

## **2. Cele badawcze**

Głównym celem pracy jest charakterystyka ilościowa i jakościowa funkcjonowania społecznego osób z chorobą afektywną dwubiegunową.

### **Cele szczegółowe**

1. Charakterystyka funkcjonowania społecznego osób z chorobą afektywną dwubiegunową i grupy kontrolnej osób zdrowych, wg Skali Funkcjonowania Społecznego (SFS) z uwzględnieniem wybranych zmiennych socjodemograficznych i czynników klinicznych.
2. Funkcjonowanie społeczne osób chorych według SFS w samoocenie chorych i opinii ich opiekunów.
3. Jakościowa charakterystyka funkcjonowania społecznego osób z chorobą afektywną dwubiegunową.

### **3. Badani**

W badaniach wzięło udział 370 osób, powyżej 18 roku życia, (kobiety i mężczyźni). Grupę 170 stanowili chorzy z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD), według klasyfikacji (ICD-10).

Badania przeprowadzono u chorych w okresie poprzedzającym zakończenie hospitalizacji w stanie umożliwiającym nawiązanie logicznego kontaktu.

Wszyscy chorzy przed przystąpieniem do badania kwalifikowani byli przez lekarzy psychiatrów, w czasie leczenia szpitalnego. Stan chorych po przebyciu fazy maniakalnej, oceniano przy użyciu Skali Oceny Manii Younga, a chorych po przebyciu fazy depresyjnej dobierano za pomocą Skali Oceny Depresji Hamiltona [88, 89].

Badania chorych przeprowadzono w okresie od października 2012 do końca 2014 roku, w Klinice Psychiatrii dla Dorosłych, Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera, Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, dzięki zgodzie wyrażonej przez Kierownika Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. med. Janusza Rybakowskiego.

Zgodę na prowadzenie badań wyraziła Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Uchwałą nr 545/11.

#### **3.1. Badanie ilościowe**

##### **3.1.1. Badani z CHAD – Skala Funkcjonowania Społecznego (SFS) – Maxa Birchwooda**

W grupie 100 chorych z CHAD (57 kobiet i 43 mężczyzn), w wieku od 18 do 76 roku życia, średni wiek 42,0 lata, przeprowadzono badania samooceny funkcjonowania społecznego dotyczące 12 miesięcy przed leczeniem klinicznym.

Chorzy pozostawali w stanie pozwalającym na uczestnictwo w badaniu oraz możliwość samodzielnych odpowiedzi na pytania zawarte w SFS Maxa Birchwooda, decydujące o sposobie życia, w środowisku poza szpitalnym.

Charakterystyka zmiennych socjodemograficznych badanych chorych, przedstawiona została w tabeli nr 1, podrozdział 5.1.

### **3.1.2. Badani opiekunowie chorych z CHAD – metodą SFS – Maxa Birchwooda**

W celu weryfikacji odpowiedzi chorych, w zakresie pytań zadawanych w skali SFS, przebadano grupę opiekunów w liczbie 100 osób (60 kobiet i 40 mężczyzn), w wieku od 31 do 65 roku życia, średni wiek wynosił  $48.0 \pm 17$  lat.

Grupę opiekunów kwalifikowano na podstawie zgody chorego i opiekuna na udział w badaniu oraz pod warunkiem spełniania kryteriów opiekuna osoby chorej psychicznie, zgodnie z: Dz. U. 2009 Nr 52, poz. 417. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 o Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta art. 3, ust.1 (osoba pełnoletnia, posiadająca pełne prawa obywatelskie, nie pobierająca wynagrodzenia za opiekę).

Charakterystyka zmiennych socjodemograficznych opiekunów przedstawiona została w tabeli nr 2, podrozdział 5.1.

### **3.1.3. Grupa kontrolna- badani metodą SFS – Maxa Birchwooda**

W ocenie porównania funkcjonowania społecznego badanych z CHAD wg SFS wzięło udział 100 osób zdrowych.

Grupę kontrolną stanowiły kobiety w liczbie (61) i mężczyźni (39), w wieku od 18 do 66 roku życia, a średnia wieku badanych wynosiła 34 lata  $\pm 17$  lat. Wśród badanych w stanie wolnym pozostawało 60% a 40% w związku małżeńskim. W mieście zamieszkiwało 83% respondentów a na wsi 17%. W 86% deklarowali oni średnie lub wyższe wykształcenie.

W skład tej grupy wchodził studenci, pracownicy Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz pracownicy Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu, u których nie rozpoznano choroby psychicznej. W badaniach uczestniczyło 81 osób pracujących zawodowo, a 19 osób nie wykonywało w czasie badania pracy zawodowej.

Charakterystyka zmiennych socjodemograficznych grupy kontrolnej przedstawiona została w tabeli nr 3, podrozdział 5.1.

## **3.2. Badanie jakościowe**

### **3.2.1. Badani z CHAD metodą wywiadu swobodnego, częściowo skategoryzowanego, w opracowaniu własnym oraz na podstawie wybranych funkcji rodziny według Zbigniewa Tyszki**

Spośród badanych, wyodrębniono 70 osób (37 kobiet i 33 mężczyzn), w wieku od 18 do 78 roku życia z CHAD, średni wiek 42,0 lata.  $\pm 17$  lat

Grupa tych chorych, uczestniczyła w wywiadzie swobodnym, częściowo skategoryzowanym. W badaniu tym, uwzględniono : płeć, wiek, poziom wykształcenia, stan cywilny oraz wyznanie religijne. Ponadto w wywiadzie, zbadano wywiązywanie się z wybranych funkcji rodziny według Z. Tyszki.

Charakterystyka zmiennych socjodemograficznych badanych chorych, przedstawiona została w tabeli nr 1, podrozdział 5.2. Wyniki uzyskane w badaniu funkcji rodziny przedstawiono w podrozdziale 5.2.7.

## 4. Metodyka badań

W badaniu obrazu CHAD połączono dwie metody badawcze: ilościową (Skala Funkcjonowania Społecznego Maxa Birchwooda) i jakościową (wywiad swobodny, częściowo skategoryzowany) uznając, że dzięki połączeniu tych metod, można uzyskać lepszy wgląd w specyfikę badanego zjawiska.

W badaniach ilościowych skala SFS znalazła swoje zastosowanie do badania przewlekłe chorych psychicznie (zaburzenia schizoafektywne, depresyjne, zespoły psychoorganiczne), którzy wymagali oceny poziomu funkcjonowania w społeczeństwie, wsparcia społecznego oraz byli uczestnikami wieloelementowego systemu rehabilitacji. SFS umożliwia ocenę funkcjonowania społecznego osób chorujących psychicznie z uwzględnieniem tych obszarów, które w szczególności decydują o utrzymaniu się w środowisku pozaszpitalnym [81, 82].

Badania jakościowe (wywiad swobodny, częściowo skategoryzowany), pozwalają dotrzeć do zjawisk niedostępnych dla badań ilościowych i spełniają rolę bardziej komplementarną niż konkurencyjną. Połączenie tych dwóch metod badawczych, daje możliwość zaobserwowania wielu poziomów badanego zjawiska, kontekstu rządzących nim praw jawnych i ukrytych zasad [90].

### 4.1. Badania ilościowe

Zastosowana w badaniu Skala Funkcjonowania Społecznego (SFS) Maxa Birchwooda ocenia deficyty funkcjonowania społecznego psychicznie chorych w poszczególnych podskalach [91].

Przed przystąpieniem do badań, przy pomocy SFS, przeprowadzono charakterystykę chorych według następujących zmiennych socjodemograficznych: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz aktywność zawodowa.

Dla obiektywizacji oceny stopnia funkcjonowania osób psychicznie chorych, przeprowadzono analizę porównawczą, na podstawie dwóch identycznych części SFS, wypełnianych przez chorego (samoocena) i równoległe przez opiekuna (opinia o chorym) .

Każda część skali składa się z 7 podskal :

- Wychodzenie z izolacji
- Komunikacja i więzi międzyludzkie
- Kontakty społeczne



- Rekreacja i rozrywka , zagospodarowywanie czasu wolnego
- Samodzielność realizowana, (zaspokajanie podstawowych życiowych potrzeb)
- Samodzielność możliwa (potencjalna, niezależna od aktualnie wykazywanej samodzielności)
- Praca-zatrudnienie

Każda z podskal zawiera od kilku do kilkunastu pytań. Wyniki „surowe” przelicza się wg. klucza. Sumaryczny wynik skali wynosi od 55-145 punktów. Im niższy wynik tym słabsze funkcjonowanie społeczne. Tym wynikiem można posługiwać się jako ogólną oceną funkcjonowania społecznego oraz brać pod uwagę wyniki poszczególnych podskal, dla ich oceny .

W niniejszej pracy przyjęto liczbę powyżej 115 punktów, jako granicę powyżej której można mówić o dobrym funkcjonowaniu społecznym [91, 92].

#### **4.2. Badania jakościowe**

W ramach badań jakościowych, przeprowadzono z każdym chorym, wywiad swobodny, częściowo skategoryzowany w opracowaniu własnym, (Lista pytań zastosowanych do przeprowadzenia wywiadu w załączeniu). Pytania własne zostały uzupełnione 5 funkcjami spośród 10 funkcji rodziny opracowanymi przez Zbigniewa Tyszkę, a mianowicie: materialno – ekonomiczną, seksualną, prokreacyjną, legalizacyjno-kontrolną, rekreacyjno-towarzyską [93].

Wywiad częściowo skategoryzowany, przeprowadzono w oparciu o pytania własne autorki pracy. Zawiera on pytania dotyczące cech socjodemograficznych (płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, stosunek do religii) oraz przebiegu choroby, czas (w latach jaki upłynął od pierwszych symptomów choroby do postawienia prawidłowej diagnozy), liczba hospitalizacji, przebieg kariery zawodowej, wsparcie badanych z CHAD przez opiekunów, występowanie zachowań samobójczych.

W badaniu przyjęto, że wywiadywanie się z wybranych do wywiadu funkcji rodziny wg. Zbigniewa Tyszki, umożliwia ocenę funkcjonowania społecznego osób cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową. Wyboru metody swobodnego wywiadu dokonano biorąc pod uwagę specyfikę choroby i możliwości, które dają pełną inicjatywę badającemu (np. jak prowadzić rozmowę aby uzyskać cel badania).

### 4.3. Metody statystyczne

Do analizy statystycznej wykorzystany został program Statistica 10.0 (StatSoft Inc., 2011).

W przypadku cech ilościowych wyliczono podstawowe miary statystyki opisowej: średnią oraz odchylenie standardowe. Dla zmiennych kategoryalnych wyniki przedstawiono za pomocą tablic częstości

Zmienne ilościowe poddano testom na normalność (zastosowano test Shapiro-Wilka). Ponieważ rozkłady te istotnie odbiegały od normalności, do weryfikacji hipotez statystycznych użyto metod nieparametrycznych.

Zgodność samooceny pacjentów z oceną wyrażoną przez ich opiekunów badano za pomocą testu kolejności par Wilcoxon

Porównań międzygrupowych dokonywano przy pomocy testu U Manna-Whitneya (dla dwóch grup) lub testu ANOVA rang Kruskala-Wallisa wraz z testem post-hoc Dunna (w przypadku trzech grup porównawczych).

Do analizy korelacji użyto współczynnika korelacji rang Spearmana, a w przypadku zmiennych jakościowych skorzystano z testu chi-kwadrat.

Założono poziom istotności  $\alpha=0,05$ . Za istotne statystycznie uznawano wyniki, gdy wyliczone prawdopodobieństwo testowe  $p$  spełniało nierówność  $p<0,05$ .

Zbieżność ocen wyrażonych przez grupę chorych i ich opiekunów sprawdzono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana.

W każdej z podskal uzyskano różnice istotne statystycznie ( $p<0,0001$ ), przy wysokiej wartości współczynnika  $R$  mierzącego siłę związku (co oznacza bardzo wysoką zgodność ocen obu grup).

Wyniki przedstawiono w ujęciu tabelarycznym i graficznym.

## 5. Wyniki badań

### 5.1. Badania ilościowe w oparciu o skalę funkcjonowania społecznego Maxa Birchwooda dotyczące pacjentów z CHAD

#### Porównanie funkcjonowania społecznego pacjentów z CHAD i opinii ich opiekunów

##### 5.1.1. Charakterystyka badanych z CHAD ich opiekunów i grupy kontrolnej według zmiennych socjodemograficznych

Tabela nr 1.

Charakterystyka badanych z CHAD według zmiennych socjodemograficznych

L.p.	Zmienne socjo-demograficzne	Kategoria	N	%
1.	Płeć	Kobieta	57	57,0
		Mężczyzna	43	43,0
2.	Wiek Średnia 42,3±14,2 SD	18 - 30 lat	22	22,0
		31 - 40 lat	23	23,0
		41 - 50 lat	21	21,0
		51 - 76 lat	34	34,0
3.	Stan cywilny	Panna/ Kawaler	43	43,0
		Mężatka/ Żonaty	41	41,0
		Wdowa/ Wdowiec	1	1,0
		Rozwiedziona/ Rozwiedziony	15	15,0
4.	Wykształcenie	Podstawowe	3	3,0
		Zawodowe	16	16,0
		Średnie	41	41,0
		Wyższe	40	40,0
5.	Miejsce zamieszkania	Miasto	83	83,0
		Wieś	17	17,0
6.	Aktywność zawodowa	Pracuje	35	35,0
		Nie pracuje	65	65,0
RAZEM			100	100,0

W szczegółowej ocenie wyników badań, stwierdzono udział 57 (57%) kobiet i 43 (43 %) mężczyzn. Średni wiek badanych chorych  $42,3 \pm 14,2$ .

Większość, 34% stanowili chorzy powyżej 50 roku życia, a pozostałe grupy wiekowe różniły się między sobą nieznacznie (21% - 23%).

Większość badanych kobiet i mężczyzn z CHAD pozostawała w stanie wolnym (43%), w związkach małżeńskich (41%), 15% stanowili rozwiedzeni niezależnie od płci. Wdowy i wdowcy stanowili 1% badanych. Różnica między chorymi w stanie wolnym, a chorymi w związkach wynosiła 2%.

W 41% i 40% chorzy posiadali kolejno wykształcenie średnie i wyższe (kobiety i mężczyźni), a w 16 % zawodowe i w 3% podstawowe (kobiety i mężczyźni).

Chorzy zamieszkujący konglomeracje miejskie stanowili 83% a mieszkający na wsi 17%.

Aktywność zawodowa badanych z CHAD, w chwili badania (stałe zatrudnienie) wynosiła 35%, bez pracy pozostawało 65%.

Tabela nr 2.

Charakterystyka opiekunów badanych chorych z CHAD według zmiennych socjodemograficznych

L.p.	Zmienne socjo-demograficzne	Kategoria	N	%
1.	Płeć	Kobieta	60	60
		Mężczyzna	40	40,0
2.	Wiek Średnia 48,0 ± 17,0 SD	18-30 lat	0	0
		31 - 40 lat	13	13,0
		41 - 50 lat	34	34,0
		51 - 65 lat	53	53,0
3.	Stan cywilny	Panna/ Kawaler	15	15,0
		Mężatka/ Żonaty	70	70,0
		Wdowa/ Wdowiec	5	5,0
		Rozwiedziona/ Rozwiedziony	10	10,0
4.	Wykształcenie	Podstawowe	4	4,0
		Zawodowe	15	15,0
		Średnie	51	51,0
		Wyższe	30	30,0
5.	Miejsce zamieszkania	Miasto	83	83,0
		Wieś	17	17,0
6.	Aktywność zawodowa	Pracuje	65	65,0
		Nie pracuje	35	35,0
RAZEM			100	100,0

W grupie opiekunów brało udział w badaniu 100 osób zdrowych, które nigdy nie były leczone psychiatrycznie. W szczegółowej ocenie wyników badań brało udział 60 (60%) kobiet i 40 (40%) mężczyzn w wieku od 31 do 65 roku życia. Średni wiek w grupie opiekunów wynosił  $48,0 \pm 17$  lata.

Większość opiekunów stanowiła grupa zdrowych w przedziale wiekowym od 41-65 roku życia.

W stanie wolnym pozostawało 15% badanych, w związkach małżeńskich i partnerskich pozostawało 70%. Wdowy i wdowcy stanowili 5%, rozwiedzeni 10%. Wykształcenie średnie i wyższe posiadało 81 % badanych (kobiety i mężczyźni) oraz zawodowe 15 i wykształcenie podstawowe 4% opiekunów.

Zamieszkujący konglomeracje miejskie stanowili 83%, a mieszkający na wsi 17%. W chwili badania stałe zatrudnienie posiadało 65% respondentów, a 35% nie posiadało stałej pracy.

Tabela nr 3.

Charakterystyka grupy kontrolnej według zmiennych socjodemograficznych.

L.p.	Zmienne socjo-demograficzne	Kategoria	N	%
1.	Płeć	Kobieta	61	61,0
		Mężczyzna	39	39,0
2.	Wiek Średnia 39,1 ± 11,3 SD	18 - 30 lat	35	35,0
		31 - 40 lat	35	35,0
		41 - 50 lat	20	20,0
		51 - 66 lat	10	10,0
3.	Stan cywilny	Panna / Kawaler	60	60,0
		Mężatka / Żonaty	40	40,0
4.	Wykształcenie	Podstawowe	0	0,0
		Zawodowe	14	14,0
		Średnie	51	51,0
		Wyższe	35	35,0
5.	Miejsce zamieszkania	Miasto	83	83,0
		Wieś	17	17,0
6.	Aktywność zawodowa	Pracuje	81	81,0
		Nie pracuje	19	19,0
RAZEM			100	100,0

W grupie kontrolnej brało udział 100 osób zdrowych, które nigdy nie były leczone psychiatrycznie. W szczegółowej ocenie wyników badań brało udział 61 (61%) kobiet i 39 (39%) mężczyzn. Średni wiek w grupie kontrolnej wynosił  $39,1 \pm 11,3$  lata.

W tej grupie w przedziale wiekowym od 18 do 40 roku życia, było 70% badanych, w tym w stanie wolnym (60%), w związkach małżeńskich i partnerskich pozostawało (40%). Wykształcenie średnie i wyższe posiadało (86%) badanych (kobiety i mężczyźni) oraz wykształcenie zawodowe (14%). Zamieszkujący konglomeracje miejskie, stanowili (83%), a mieszkający na wsi 17%. W chwili badania stałe zatrudnienie posiadało (81%) respondentów, a 19% nie posiadało stałej pracy.



### 5.1.2. Związek zmiennych socjodemograficznych z funkcjonowaniem społecznym u badanych z CHAD i w grupie kontrolnej w podskalach SFS

Tabela nr 1.

Związek płci u badanych z CHAD z funkcjonowaniem społecznym w podskalach SFS  
Wartości średnie (M ± SD ) oraz różnice statystyczne (p)

Zmienne socjo-demograficzne	Podskale		M	± SD	p
Kobieta	I	Wychodzenie z izolacji	101,9	14,8	0,2002
Mężczyzna			107,2	14,2	
Kobieta	II	Komunikacja i więzi międzyludzkie	109,2	20,4	0,0989
Mężczyzna			118,0	20,7	
Kobieta	III	Kontakty społeczne	109,4	11,6	0,0934
Mężczyzna			113,6	13,8	
Kobieta	IV	Rekreacja i rozrywka	104,6	13,6	0,2026
Mężczyzna			107,3	16,8	
Kobieta	V	Samodzielność realizowana	100,3	13,3	0,7620
Mężczyzna			99,0	14,5	
Kobieta	VI	Samodzielność możliwa	113,9	8,2	0,8318
Mężczyzna			112,8	12,5	
Kobieta	VII	Praca i zatrudnienie	107,3	16,2	0,2257
Mężczyzna			111,7	14,3	
Kobieta	Wynik ogólny		106,7	9,7	0,1214
Mężczyzna			109,9	11,1	

\*p<0,05

Nie stwierdzono związku płci z funkcjonowaniem społecznym, w grupie badanej z CHAD, we wszystkich podskalach SFS.

Tabela nr 2.

Związek płci z funkcjonowaniem społecznym w grupie kontrolnej w punktach podskal SFS  
Wartości średnie (M ± SD) oraz różnice statystyczne (p)

Zmienne socjo-demograficzne	Podskale		M	± SD	p
Kobieta	I	Wychodzenie z izolacji	117,3	12,3	0,0008*
Mężczyzna			108,7	10,5	
Kobieta	II	Komunikacja i więzi międzyludzkie	120,9	17,3	0,4538
Mężczyzna			118,6	18,4	
Kobieta	III	Kontakty społeczne	121,4	10,6	0,0785
Mężczyzna			117,3	11,5	
Kobieta	IV	Rekreacja i rozrywka	112,2	12,5	0,4225
Mężczyzna			110,1	13,5	
Kobieta	V	Samodzielność realizowana	116,7	9,3	0,0000*
Mężczyzna			103,2	9,4	
Kobieta	VI	Samodzielność możliwa	121,0	3,6	0,5936
Mężczyzna			119,8	5,7	
Kobieta	VII	Praca i zatrudnienie	122,0	2,6	0,5480
Mężczyzna			120,7	5,7	
Kobieta	Wynik ogólny		118,8	5,5	0,0002*
Mężczyzna			114,0	5,9	

\*p<0,05

W grupie kontrolnej, stwierdzono statystycznie istotną zależność między funkcjonowaniem społecznym a płcią żeńską w podskalach I (wychodzenie z izolacji), w podskali V (samodzielność realizowana) i w wyniku ogólnym.

Kobiety w porównaniu z mężczyznami, uzyskały istotnie lepsze wyniki w funkcjonowaniu społecznym w zakresie dwóch podskal: I (wychodzenie z izolacji) i V (samodzielność realizowana).

Tabela nr 3.

Porównanie związku płci z funkcjonowaniem społecznym w grupie badanych z CHAD i w grupie kontrolnej (%)

Płeć	Grupa CHAD		Grupa kontrolna		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Kobieta	57	57,0%	61	61,0%	118	59,0%
Mężczyzna	43	43,0%	39	39,0%	82	41,0%
Ogółem	100	100,0%	100	100,0%	200	100,0%
Wynik testu chi – kwadrat	$\chi^2=0,3$ ; $df=1$ ; $p=0,5652$					

Porównanie związku płci z funkcjonowaniem społecznym, pomiędzy badanymi z CHAD, a grupą kontrolną, nie wykazało różnicy statystycznie istotnej (wynik testu chi-kwadrat  $p=0,5652$ ).

Tabela nr 5.

Związek wieku z funkcjonowaniem społecznym w grupie kontrolnej w podskalach SFS (korelacja wg Spearmana)

Podskale	Para zmiennych	R Spearmana	p
I	Wychodzenie z izolacji i wiek	0,22	0,0270*
II	Komunikacja i więzi międzyludzkie i wiek	0,07	0,4823
III	Kontakty społeczne i wiek	-0,04	0,7134
IV	Rekreacja i rozrywka i wiek	-0,01	0,9146
V	Samodzielność realizowana i wiek	-0,12	0,2545
VI	Samodzielność możliwa i wiek	0,10	0,3319
VII	Praca i zatrudnienie i wiek	-0,02	0,8310
Wynik ogólny & Wiek		0,09	0,3657

\* $p < 0,05$

W grupie kontrolnej, stwierdzono istotną korelację wieku z funkcjonowaniem społecznym w podskali I (wychodzenie z izolacji). W pozostałych podskalach SFS nie stwierdzono związku wieku z funkcjonowaniem społecznym.

Tabela nr 6.

Porównanie związku wieku z funkcjonowaniem społecznym w grupie badanych z CHAD i w grupie kontrolnej.

Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnica statystyczna ( $p$ )

Grupa	M	$\pm SD$	$p$
CHAD	42,3	14,2	0,1011
Kontrolna	39,1	11,3	

Porównanie związku wieku z funkcjonowaniem społecznym, pomiędzy badanymi z CHAD i grupą kontrolną, nie wykazało różnicy statystycznie istotnej (wg testu U Manna-Whitneya  $p=0,1011$ ).

Tabela nr 7.

Związek stanu cywilnego z funkcjonowaniem społecznym u badanych z CHAD  
w punktach podskal SFS.  
Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnice statystyczne (p)

Zmienne socjo-demograficzne	Podskale		M	$\pm SD$	p
Wolny	I	Wychodzenie z izolacji	102,0	13,0	0,0822
W związku			107,4	16,5	
Wolny	II	Komunikacja i więzi międzyludzkie	105,5	20,0	0,0000*
W związku			123,8	17,4	
Wolny	III	Kontakty społeczne	110,8	12,6	0,8062
W związku			111,9	12,9	
Wolny	IV	Rekreacja i rozrywka	104,2	14,1	0,2227
W związku			107,9	16,2	
Wolny	V	Samodzielność realizowana	100,9	12,3	0,3112
W związku			98,1	15,7	
Wolny	VI	Samodzielność możliwa	114,2	10,1	0,3531
W związku			112,4	10,5	
Wolny	VII	Praca i zatrudnienie	106,4	15,6	0,0390*
W związku			113,2	14,6	
Wolny	Wynik ogólny		106,3	9,2	0,0485*
W związku			110,6	11,5	

\* $p < 0,05$

W grupie badanej z CHAD, wykazano istotną zależność pomiędzy osobami pozostającymi w związkach małżeńskich i partnerskich, a funkcjonowaniem społecznym. Osoby pozostające w związkach, lepiej funkcjonowały społecznie. Zależność ta dotyczyła podskali II (komunikacja i więzi interpersonalne), VII (praca i zatrudnienie) oraz wyniku ogólnego.

W pozostałych podskalach SFS (I, III, IV, V i VI). Związek stanu cywilnego z funkcjonowaniem społecznym chorych nie był statystycznie istotny.

Tabela nr 8.

Związek stanu cywilnego z funkcjonowaniem społecznym w grupie kontrolnej  
w punktach podskal SFS  
Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnice statystyczne (p)

Zmienne socjo-demograficzne	Podskale		M	$\pm SD$	p
Wolny	I	Wychodzenie z izolacji	111,2	11,8	0,0003*
W związku			121,5	10,5	
Wolny	II	Komunikacja i więzi międzyludzkie	120,0	18,3	1,0000
W związku			119,9	16,3	
Wolny	III	Kontakty społeczne	120,4	10,8	0,5068
W związku			118,2	11,8	
Wolny	IV	Rekreacja i rozrywka	110,9	12,6	0,6220
W związku			112,5	13,8	
Wolny	V	Samodzielność realizowana	110,3	11,4	0,0905
W związku			114,4	10,9	
Wolny	VI	Samodzielność możliwa	120,2	4,9	0,6111
W związku			121,2	3,1	
Wolny	VII	Praca i zatrudnienie	121,1	4,7	0,5320
W związku			122,5	0,0	
Wolny	Wynik ogólny		116,3	6,1	0,0597
W związku			118,6	6,0	

\* $p < 0,05$

W grupie kontrolnej stwierdzono statystycznie istotną zależność pomiędzy pozostającymi w związkach małżeńskich i partnerskich a funkcjonowaniem społecznym. Pozostający w związkach funkcjonowali społecznie lepiej w podskali I (wychodzenie z izolacji).

W pozostałych podskalach SFS (II, III, IV, V, VI, VII), nie stwierdzono istotnego związku stanu cywilnego z funkcjonowaniem społecznym.

Tabela nr 9

Porównanie związku stanu cywilnego z funkcjonowaniem społecznym u badanych z CHAD i w grupie kontrolnej (%)

Stan cywilny	CHAD		Grupa kontrolna		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Stan wolny	59,0	59,0%	60,0	60,0%	119	59,0%
W związku małżeńskim	41,0	41,0%	40,0	40,0%	81	40,5%
Ogółem	100	100,0%	100	100,0%	200	100,0%
Wynik testu chi-kwadrat	$\chi^2=0,0$ ; $df=1$ ; $p=0,8855$					

Porównanie związku stanu cywilnego z funkcjonowaniem społecznym, pomiędzy badanymi z CHAD a grupą kontrolną, nie wykazało różnicy statystycznie istotnej w żadnej z badanych grup.



Tabela nr 10.

Związek wykształcenia z funkcjonowaniem społecznym u badanych z CHAD  
w punktach podskal SFS.

Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnice statystyczne (p)

Zmienne socjo-demograficzne	Podskale		M	$\pm SD$	p
Podst. lub zaw.	I	Wychodzenie z izolacji	103,2	9,5	0,9124
Średnie			103,6	13,0	
Wyższe			105,3	18,2	
Podst. lub zaw.	II	Komunikacja i więzi międzyludzkie	106,2	18,2	0,3807
Średnie			115,7	19,0	
Wyższe			113,5	23,6	
Podst. lub zaw.	III	Kontakty społeczne	103,1	10,6	0,0059*
Średnie			113,7	12,3	
Wyższe			112,6	12,7	
Podst. lub zaw.	IV	Rekreacja i rozrywka	102,3	15,9	0,8224
Średnie			106,7	14,7	
Wyższe			106,4	15,0	
Podst. lub zaw.	V	Samodzielność realizowana	97,7	15,1	0,7735
Średnie			100,6	12,7	
Wyższe			99,8	14,4	
Podst. lub zaw.	VI	Samodzielność możliwa	108,7	11,6	0,0950
Średnie			115,4	9,4	
Wyższe			113,7	10,0	
Podst. lub zaw.	VII	Praca i zatrudnienie	101,0	16,4	0,0532
Średnie			111,9	12,3	
Wyższe			110,2	17,0	
Podst. lub zaw.	Wynik ogólny		103,2	7,7	0,1225
Średnie			109,7	8,6	
Wyższe			108,8	12,5	

\* $p < 0,05$

Średnie i wyższe wykształcenie, w grupie z CHAD, miało statystycznie istotny związek z funkcjonowaniem społecznym. Im wyższe wykształcenie tym lepsze funkcjonowanie w podskali III (kontakty społeczne). W pozostałych podskalach SFS (I, II, IV, V, VI, VII) nie stwierdzono istotnego związku stopnia wykształcenia z funkcjonowaniem społecznym u badanych z CHAD.

Tabela nr 11.

Związek wykształcenia z funkcjonowaniem społecznym w grupie kontrolnej w punktach podskal SFS. Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnice statystyczne ( $p$ )

Zmienne socjo-demograficzne	Podskale		M	$\pm SD$	p
Podst. lub zaw.	I	Wychodzenie z izolacji	117,2	11,8	0,2824
Średnie			112,2	11,8	
Wyższe			115,2	13,1	
Podst. lub zaw.	II	Komunikacja i więzi międzyludzkie	129,6	17,4	0,0978
Średnie			117,6	17,4	
Wyższe			119,6	17,4	
Podst. lub zaw.	III	Kontakty społeczne	123,8	10,1	0,2968
Średnie			120,3	0,4	
Wyższe			117,5	12,1	
Podst. lub zaw.	IV	Rekreacja i rozrywka	112,6	9,9	0,6252
Średnie			112,0	14,0	
Wyższe			109,9	12,4	
Podst. lub zaw.	V	Samodzielność realizowana	113,4	8,9	0,9230
Średnie			111,0	11,2	
Wyższe			111,3	12,6	
Podst. lub zaw.	VI	Samodzielność możliwa	120,4	6,3	0,5959
Średnie			120,3	3,9	
Wyższe			120,8	4,7	
Podst. lub zaw.	VII	Praca i zatrudnienie	119,4	6,3	0,0724
Średnie			121,9	3,0	
Wyższe			121,8	4,2	
Podst. lub zaw.	Wynik ogólny		119,5	5,6	0,3102
Średnie			116,5	6,5	
Wyższe			116,6	5,6	

$p < 0,05$

W grupie kontrolnej, nie stwierdzono statystycznie istotnego związku stopnia wykształcenia z funkcjonowaniem społecznym.

Tabela nr 12.

Porównanie stopnia wykształcenia z funkcjonowaniem społecznym w grupie badanych z CHAD i w grupie kontrolnej

Zmienne socjo-demograficzne	Grupa badanych z CHAD		Grupa kontrolna		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Podstawowe	3	3,0%	0	0,0%	3	1,5%
Zawodowe	16	16,0%	14	14,0%	30	15,0%
Średnie	41	41,0%	51	51,0%	92	46,0%
Wyższe	40	40,0%	35	35,0%	75	37,5%
Ogółem	100	100,0%	100	100,0%	200	100,0%
Wynik testu chi-kwadrat	$\chi^2=4,6$ ; $df=3$ ; $(p=0,2076)$ .					

Porównanie związku stopnia wykształcenia, z funkcjonowaniem społecznym, pomiędzy badanymi z CHAD, a grupą kontrolną, nie wykazało statystycznie istotnej różnicy  $p=0,2076$ .

Tabela nr 13.

Związek miejsca zamieszkania z funkcjonowaniem społecznym u badanych z CHAD  
w punktach podskal SFS

Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnice statystyczne (p)

Zmienne socjo-demograficzne	Podskale		M	$\pm SD$	p
Miasto	I	Wychodzenie z izolacji	104,4	15,5	0,8472
Wieś			103,4	10,3	
Miasto	II	Komunikacja i więzi międzyludzkie	114,7	21,9	0,1277
Wieś			104,6	12,4	
Miasto	III	Kontakty społeczne	113,4	12,2	0,0001*
Wieś			100,6	9,1	
Miasto	IV	Rekreacja i rozrywka	107,2	14,8	0,0714
Wieś			98,4	14,1	
Miasto	V	Samodzielność realizowana	101,1	13,4	0,0581
Wieś			93,1	13,9	
Miasto	VI	Samodzielność możliwa	114,4	9,9	0,0296*
Wieś			108,6	10,7	
Miasto	VII	Praca i zatrudnienie	110,4	14,9	0,1103
Wieś			102,9	17,2	
Miasto	Wynik ogólny		109,4	10,4	0,0105*
Wieś			101,6	7,5	

\* $p < 0,05$

Zamieszkanie w mieście, wiązało się istotnie statystycznie z funkcjonowaniem społecznym. W grupie badanej z CHAD zamieszkujący w mieście, w podskali III (kontakty społeczne), VI (samodzielność możliwa) oraz w wyniku ogólnym, funkcjonowali lepiej niż mieszkańcy wsi. W pozostałych podskalach (I, II, IV, V, VII), nie stwierdzono związku miejsca zamieszkania z funkcjonowaniem społecznym.

Tabela nr 14.

Związek miejsca zamieszkania z funkcjonowaniem społecznym  
w grupie kontrolnej w punktach podskal SFS.  
Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnice statystyczne (p)

Zmienne socjo-demograficzne	Podskale		M	$\pm SD$	p
Miasto	I	Wychodzenie z izolacji	112,9	11,9	0,0707
Wieś			118,9	13,4	
Miasto	II	Komunikacja i więzi międzyludzkie	121,3	17,3	0,1005
Wieś			113,8	18,8	
Miasto	III	Kontakty społeczne	119,4	11,1	0,3262
Wieś			121,6	10,8	
Miasto	IV	Rekreacja i rozrywka	111,6	12,6	0,9597
Wieś			110,1	14,6	
Miasto	V	Samodzielność realizowana	111,1	11,3	0,5882
Wieś			112,9	11,8	
Miasto	VI	Samodzielność możliwa	120,0	4,7	0,0286*
Wieś			122,7	2,4	
Miasto	VII	Praca i zatrudnienie	121,3	4,5	0,6431
Wieś			122,5	0,0	
Miasto	Wynik ogólny		116,8	5,9	0,5663

\* $p < 0,05$

W grupie kontrolnej, nie stwierdzono statystycznie istotnego związku miejsca zamieszkania z funkcjonowaniem społecznym z wyjątkiem podskali VI (samodzielność możliwa), w której funkcjonowanie społeczne było lepsze, u respondentów zamieszkujących na wsi.

Tabela nr 15.

Związek aktywności zawodowej z funkcjonowaniem społecznym w grupie badanych z CHAD w punktach podskal SFS  
Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnice statystyczne (p)

Zmienne socjo-demograficzne	Podskale		M	SD	p
Pracuje	I	Wychodzenie z izolacji	112,4	13,7	0,0001*
Nie pracuje			99,8	13,4	
Pracuje	II	Komunikacja i więzi międzyludzkie	127,4	19,0	0,0000*
Nie pracuje			105,2	17,6	
Pracuje	III	Kontakty społeczne	117,3	11,1	0,0004*
Nie pracuje			108,0	12,3	
Pracuje	IV	Rekreacja i rozrywka	106,7	16,2	0,5154
Nie pracuje			105,2	14,5	
Pracuje	V	Samodzielność realizowana	103,8	12,8	0,0246*
Nie pracuje			97,5	13,8	
Pracuje	VI	Samodzielność możliwa	117,3	8,5	0,0039*
Nie pracuje			111,4	10,6	
Pracuje	VII	Praca i zatrudnienie	122,1	2,6	0,0000*
Nie pracuje			102,2	15,1	
Pracuje	Wynik ogólny		115,3	8,5	0,0000*
Nie pracuje			104,2	9,2	

\* $p < 0,05$

Związek aktywności zawodowej z funkcjonowaniem społecznym w grupie badanej z CHAD, był statystycznie istotny we wszystkich podskalach z wyjątkiem podskali IV (rekreacja i rozrywka). W grupie chorych pracujących średnie wyniki w poszczególnych podskalach, były istotnie wyższe niż w grupie chorych niepracujących.

Tabela nr 16.

Związek aktywności zawodowej z funkcjonowaniem społecznym w grupie kontrolnej w punktach podskal SFS

Wartości średnie( $M \pm SD$ ) oraz różnice statystyczne (p)

Zmienne socjo-demograficzne	Podskale		M	SD	p
Pracuje	I	Wychodzenie z izolacji	114,7	12,2	0,2220
Nie pracuje			110,8	12,8	
Pracuje	II	Komunikacja i więzi międzyludzkie	118,0	17,1	0,0357*
Nie pracuje			128,5	18,0	
Pracuje	III	Kontakty społeczne	119,2	10,6	0,2857
Nie pracuje			122,5	12,6	
Pracuje	IV	Rekreacja i rozrywka	111,0	13,1	0,3631
Nie pracuje			112,8	12,3	
Pracuje	V	Samodzielność realizowana	111,1	11,7	0,7451
Nie pracuje			112,9	9,8	
Pracuje	VI	Samodzielność możliwa	120,4	4,5	0,7955
Nie pracuje			120,9	4,7	
Pracuje	VII	Praca i zatrudnienie	122,5	0,0	0,0331*
Nie pracuje			117,2	8,3	
Pracuje	Wynik ogólny		116,7	6,1	0,5769
Nie pracuje			118,0	6,1	

\* $p < 0,05$

W grupie kontrolnej, nie stwierdzono statystycznie istotnego związku aktywności zawodowej z funkcjonowaniem społecznym w podskalach (I, III, IV, V, VI).

W grupie kontrolnej stwierdzono istotny statystycznie związek, lepszego funkcjonowania społecznego u osób niepracujących w podskali II (komunikacja i więzi międzyludzkie).

Tabela nr 17.

Porównanie związku aktywności zawodowej u badanych z CHAD i w grupie kontrolnej (%)

Zmienne socjo-demograficzne	Grupa kontrolna		Grupa CHAD		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Pracuje	81	81,0%	35	35,0%	116	58,0%
Nie pracuje	19	19,0%	65	65,0%	84	42,0%
Ogółem	100	100,0%	100	100,0%	200	100,0%
Wynik testu chi-kwadrat	$\chi^2=43,3$ ; $df=1$ ; $p=0,0000$					

Związek aktywności zawodowej w grupie badanych z CHAD i w grupie kontrolnej wykazuje statystycznie istotną różnicę pomiędzy badanymi grupami. W grupie kontrolnej zdecydowana większość osób pracuje, natomiast w grupie chorych z CHAD bez pracy pozostaje 2/3 badanych.



### 5.1.3. Samoocena funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD w punktach podskal SFS

Wykres nr 1.

Samoocena funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD  
Wartości średnie w punktach podskal SFS i w wyniku ogólnym



W samoocenie funkcjonowania społecznego, badani z CHAD, uzyskali najwyższe wartości punktowe po 113 pkt. w podskalach: II i VI, kolejno w zakresie (komunikacji i więzi międzyludzkich oraz samodzielności możliwej). Najniższą wartość punktową chorzy uzyskali w podskali V (samodzielność realizowana) 99,7 pkt.

W zakresie kontaktów społecznych chorzy, uzyskali 111,2 pkt. (III podskala). W podskali VII (praca/zatrudnienie), chorzy uzyskali 109,2 pkt. Wyniki samooceny dotyczącej rekreacji i rozrywki (podskala IV) i wychodzenia z izolacji (podskala I), wynosiły kolejno 105,7 i 104,2 punktów.

Tabela nr 1.

Samooceńa funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD w punktach podskal SFS  
Wartości średnie (M ± SD)

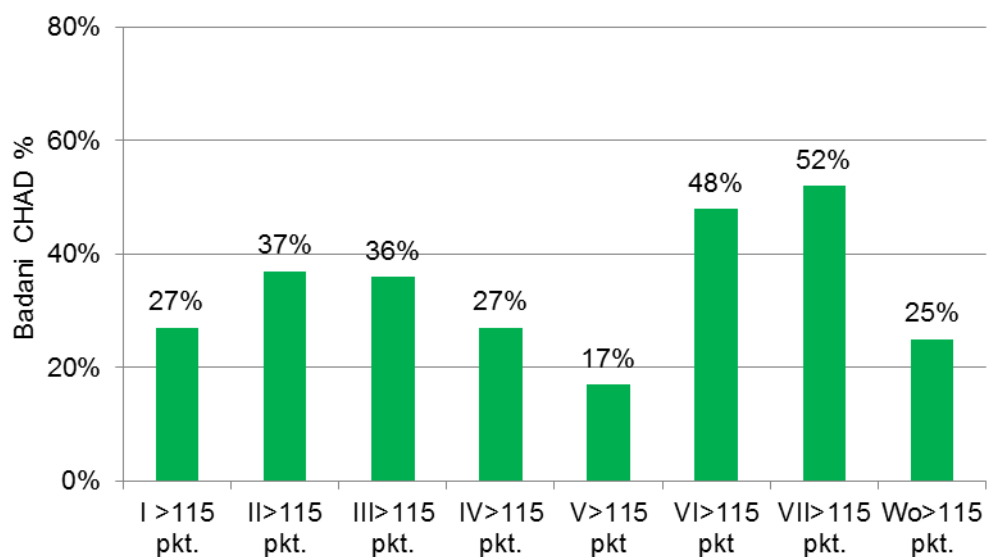
Podskale		M	±SD
I	Wychodzenie z izolacji	104,2	14,7
II.	Komunikacja i więzi międzyludzkie	113,0	20,9
III.	Kontakty społeczne	111,2	12,7
IV	Rekreacja i rozrywka	105,7	15,0
V.	Samodzielność realizowana	99,7	13,8
VI.	Samodzielność możliwa	113,4	10,3
VII.	Praca/zatrudnienie	109,2	15,5
Wynik ogólny		108,1	10,4

W zakresie komunikacji i więzi międzyludzkich oraz samodzielności możliwej 113 pkt. uzyskali chorzy (w podskalach II i VI). W zakresie kontaktów społecznych uzyskali 111,2 punktów (III podskala). Wyniki samooceny dotyczącej wychodzenia z izolacji oraz rekreacji i rozrywki wynosiły kolejno 104,2 i 105,7 pkt. (podskale I i IV). Praca zawodowa, w ramach samooceny badanych wynosiła 109,2 pkt. (podskala VII).

Najniższa wartość dotyczyła samodzielności realizowanej 99,7 pkt. SFS (podskala V) w przeciwieństwie do najwyższej samodzielności możliwej 113,4 pkt. (podskala VI).

Wykres nr 2.

Samoocena funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD  
Wartości średnie >115 punktów, dla podskal SFS oraz wyniku ogólnego (%)

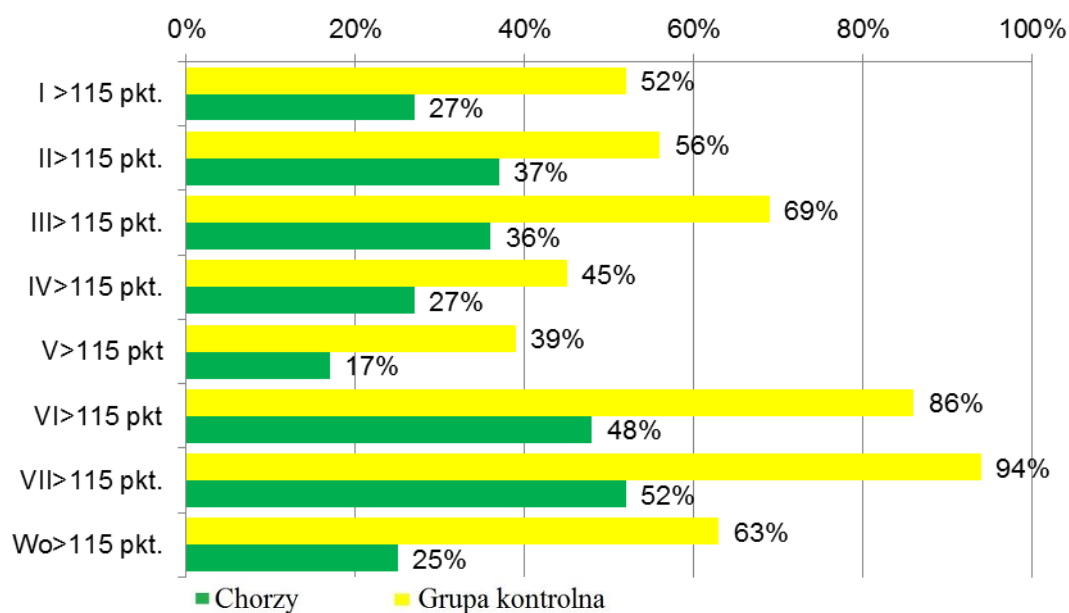


W podskalach VI (samodzielność możliwa) i VII (praca /zatrudnienie) stwierdzono >115 pkt, kolejno w 48% i 52% badanych. W II i III podskali >115 pkt. uzyskało kolejno 37% i 36% chorych, a po 27% badanych uzyskało >115 pkt. w podskali I i IV.

W podskali V uzyskało >115 pkt. 17% chorych. Wynik ogólny uzyskanych powyżej 115 pkt, dla badanych we wszystkich podskalach wynosił 25%.

Wykres nr 3.

Porównanie samooceny funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD  
i w grupie kontrolnej  
Wartości średnie > 115 punktów dla podskal SFS i w wyniku ogólnym w (%)



Porównanie samooceny funkcjonowania społecznego grupy badanej z CHAD z grupą kontrolną, w zakresie uzyskanych powyżej 115 punktów, wykazało przewagę grupy kontrolnej we wszystkich podskalach SFS (w %). W każdej podskali SFS, w grupie kontrolnej, uzyskano wyższe wartości.

Tabela do wykresu nr 3.

Porównanie samooceny funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD  
i w grupie kontrolnej  
Wartości średnie > 115 punktów w SFS i w wyniku ogólnym w % oraz różnice statystyczne  
(p)

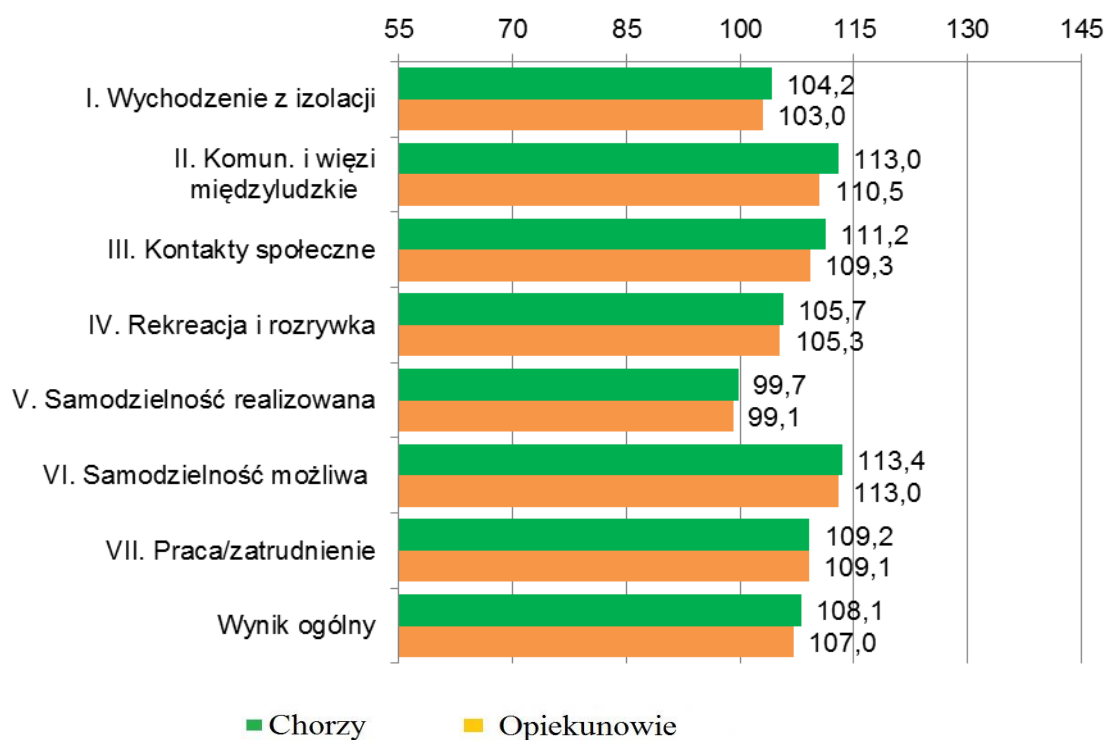
L.p.	Podskale	Grupa badanych z CHAD		Grupa kontrolna		p
		N	%	N	%	
I.	Wychodzenie z izolacji	27	27	52	52	0,0003*
II.	Komun. i więzi międzyludzkie	37	37	56	56	0,0071*
III.	Kontakty społeczne	36	36	69	69	0,0000*
IV.	Rekreacja i rozrywka	27	27	45	45	0,0080*
V.	Samodzielność realizowana	17	17	39	39	0,0005*
VI.	Samodzielność możliwa	48	48	86	86	0,0000*
VII	Praca/zatrudnienie	52	52	94	94	0,0000*
Wynik ogólny		25	25	63	63	0,0000*

\*p<0,05

Powyżej 115 punktów SFS, uzyskano w samoocenie funkcjonowania społecznego grupy badanej z CHAD i w grupie kontrolnej. Stwierdzono istnienie różnic istotnych statystycznie (p = 0,0000), we wszystkich podskalach i wyniku ogólnym SFS, na korzyść grupy kontrolnej.

Wykres nr 4.

Porównanie samooceny funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD z opinią ich opiekunów  
Wartości średnie w punktach dla podskal SFS oraz w wyniku ogólnym



Oceny funkcjonowania społecznego formułowane przez opiekunów na temat swoich podopiecznych, wyrażone w punktach SFS, były nieznacznie niższe od średnich wyliczonych w ramach samooceny funkcjonowania społecznego przez badanych z CHAD.

Różnice pomiędzy średnimi ocenami w badanych grupach, były nieznaczne i wynosiły poniżej 2,5 punkta w skali SFS. Jedynie w podskali II (komunikacja i więzi międzyludzkie) różnica wynosiła 2,5 pkt. W każdej z podskal chorzy oceniali siebie nieznacznie wyżej niż ich opiekunowie.

Tabela nr 1 do wykresu nr 4.

Korelacja pomiędzy samooceną chorych z CHAD a oceną ich opiekunów w zakresie funkcjonowania społecznego wg skali SFS i w wyniku ogólnym  
Współczynnik korelacji R Spearmana i różnice statystyczne (p)

Lp.	Podskala	R -Spearmana	p
I.	Wychodzenie z izolacji	0,87	0,0000
II.	Komunikacja i więzi międzyludzkie	0,88	0,0000
III.	Kontakty społeczne	0,91	0,0000
IV.	Rekreacja i rozrywka	0,85	0,0000
V.	Samodzielność realizowana	0,80	0,0000
VI.	Samodzielność możliwa	0,74	0,0000
VII.	Praca/zatrudnienie	1,00	0,0000
	Wynik ogólny	0,94	0,0000

Korelacja pomiędzy samooceną chorych z CHAD a oceną ich funkcjonowania społecznego wg SFS, formułowaną przez opiekunów wykazała różnice istotne statystyczne ( $p = 0,0000$ ). Wyższe wartości uzyskała grupa opiekunów w porównaniu z badanymi z CHAD. Istotnie statystycznie ( $p < 0,0001$ ) różnice, przy bardzo wysokiej wartości współczynnika R mierzącego siłę związku, oznaczają bardzo wysoką zgodność ocen obu grup. (test hipotezy o istnieniu związku pomiędzy zmiennymi).

Tabela nr 2 do wykresu nr 4.

Porównanie funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD z opinią ich opiekunów w punktach podskal SFS i w wyniku ogólnym  
Wartości średnie  $\pm$ SD oraz różnice statystyczne (p) wg testu kolejności par Wilcoxon)

Podskale		Badani z CHAD	Opiekunowie	p
I.	Wychodzenie z izolacji	104,2 $\pm$ 14,7	103,0 $\pm$ 14,9	0,1153
II.	Komunikacja i więzi międzyludzkie	110,5 $\pm$ 19,7	120,0 $\pm$ 17,7	0,0167*
III.	Kontakty społeczne	111,2 $\pm$ 12,7	109,3 $\pm$ 14,2	0,0025*
IV	Rekreacja i rozrywka	105,7 $\pm$ 15,0	105,3 $\pm$ 14,6	0,9531
V	Samodzielność realizowana	99,7 $\pm$ 13,8	99,1 $\pm$ 13,4	0,2814
VI	Samodzielność możliwa	113,4 $\pm$ 10,3	113,0 $\pm$ 10,6	0,6518
VII	Praca/zatrudnienie	109,2 $\pm$ 15,5	109,1 $\pm$ 15,5	0,4469
Wynik ogólny		108,1 $\pm$ 10,4	107,0 $\pm$ 10,3	0,0045*

\*p<0,05

Badanie samooceny funkcjonowania społecznego chorych, nie różniło się istotnie od oceny dokonanej przez ich opiekunów w zakresie pięciu podskal – I, IV, V, VI i VII.

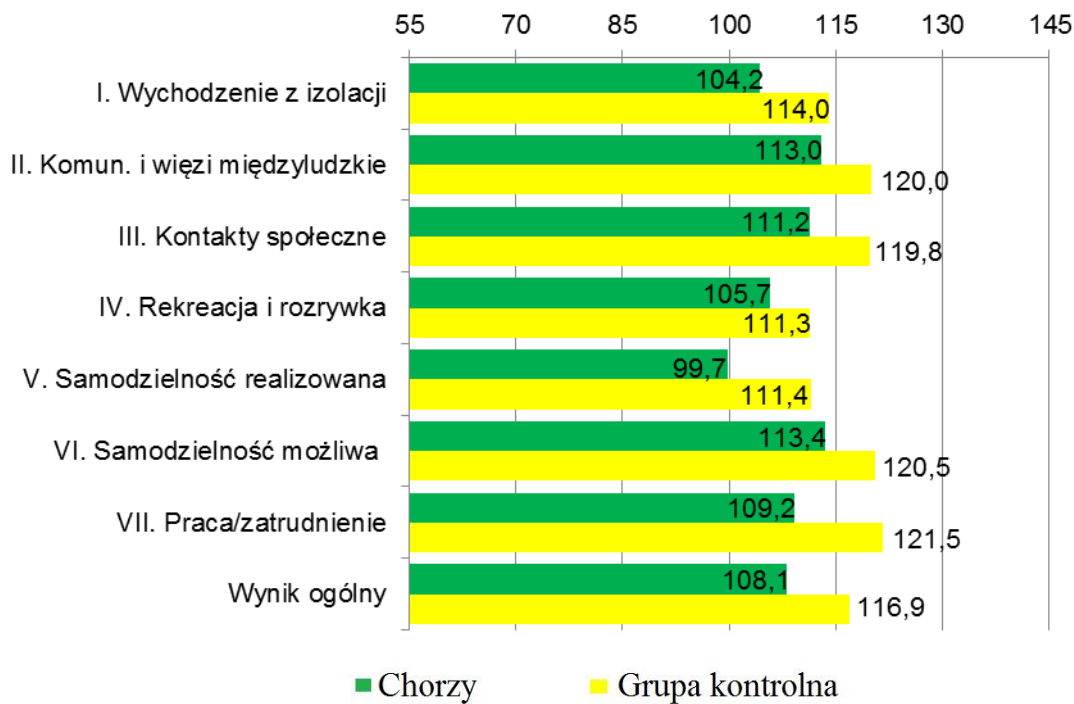
Pomiędzy samooceną chorych i opinią ich opiekunów, wykazano istotną różnicę w zakresie dwóch podskal - II (komunikacja i więzi międzyludzkie) i III (kontakty społeczne), oraz



w wyniku ogólnym. Pacjenci istotnie wyżej oceniali własne funkcjonowanie w wymienionych obszarach, w porównaniu do ich opiekunów.

Wykres nr 5.

Porównanie samooceny funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD z oceną grupy kontrolnej  
Wartości średnie w punktach dla podskal SFS i w wyniku ogólnym



Dla każdej z podskal mierzonych przy pomocy kwestionariusza SFS, uzyskano różnice istotne statystycznie ( $p=0,0000$ ). We wszystkich podskalach wyższe wartości, uzyskała grupa kontrolna, w porównaniu z badanymi z CHAD.

Tabela do wykresu nr 5.

Porównanie funkcjonowania społecznego badanych z CHAD z grupą kontrolną w punktach dla podskal SFS i w wyniku ogólnym  
Wartości średnie  $\pm$  SD oraz różnice statystyczne (p) Test U Manna-Whitneya

Podskale		Grupa badanych z CHAD	Grupa kontrolna	p
I.	Wychodzenie z izolacji	104,2 $\pm$ 14,7	114,0 $\pm$ 12,3	0,0000*
II.	Komunikacja i więzi międzyludzkie	113,0 $\pm$ 20,9	120,0 $\pm$ 17,7	0,0066*
III.	Kontakty społeczne	111,2 $\pm$ 12,7	119,8 $\pm$ 11,1	0,0000*
IV	Rekreacja i rozrywka	105,7 $\pm$ 15,0	111,3 $\pm$ 12,9	0,0039*
V	Samodzielność realizowana	99,7 $\pm$ 13,8	111,4 $\pm$ 11,4	0,0000*
VI	Samodzielność możliwa	113,4 $\pm$ 10,3	120,5 $\pm$ 4,5	0,0000*
VII	Praca/zatrudnienie	109,2 $\pm$ 15,5	121,5 $\pm$ 4,1	0,0000*
Wynik ogólny		108,1 $\pm$ 10,4	116,9 $\pm$ 6,1	0,0000*

\*p<0,05

W poszczególnych podskalach SFS pomiędzy badanymi z CHAD, a grupą kontrolną wykazano różnice istotnie statystyczne we wszystkich podskalach i w wyniku ogólnym, na

korzyść grupy kontrolnej. Chorzy uzyskali istotnie niższe wyniki funkcjonowania społecznego w każdej z podskal w porównaniu z grupą kontrolną.

## **5.2. Badania jakościowe funkcjonowania społecznego w oparciu o wywiad swobodny, częściowo skategoryzowany u badanych z CHAD, (opracowany przez autorkę pracy) oraz wybrane funkcje rodziny według Zbigniewa Tyszki.**

- 5.2.1. Charakterystyka badanych z CHAD według zmiennych socjodemograficznych (tabela nr 1 oraz wykresy nr 1-5 )
- 5.2.2. Czas od pojawienia się pierwszych objawów do rozpoznania CHAD (Wykres nr 1)
- 5.2.3. Liczba hospitalizacji badanych z CHAD (Wykres nr 1)
- 5.2.4. Wpływ CHAD na przebieg kariery zawodowej (Wykres nr 1)
- 5.2.5. Wsparcie rodziny dla badanych z CHAD (Wykres nr 1)
- 5.2.6. Występowanie zachowań samobójczych w przebiegu CHAD (Wykres nr 1–2)
- 5.2.7. Wybrane funkcje rodziny według Zbigniewa Tyszki [93]. (Wykresy nr 1–5)
  - 5.2.7.1. Materialno-ekonomiczna
  - 5.2.7.2. Seksualna
  - 5.2.7.3. Prokreacyjna
  - 5.2.7.4. Legalizacyjno – kontrolna
  - 5.2.7.5. Rekreacyjno – towarzyska

### 5.2.1. Charakterystyka badanych z CHAD według zmiennych socjodemograficznych (tabela nr 1 i wykresy nr 1-5)

Tabela nr 1.

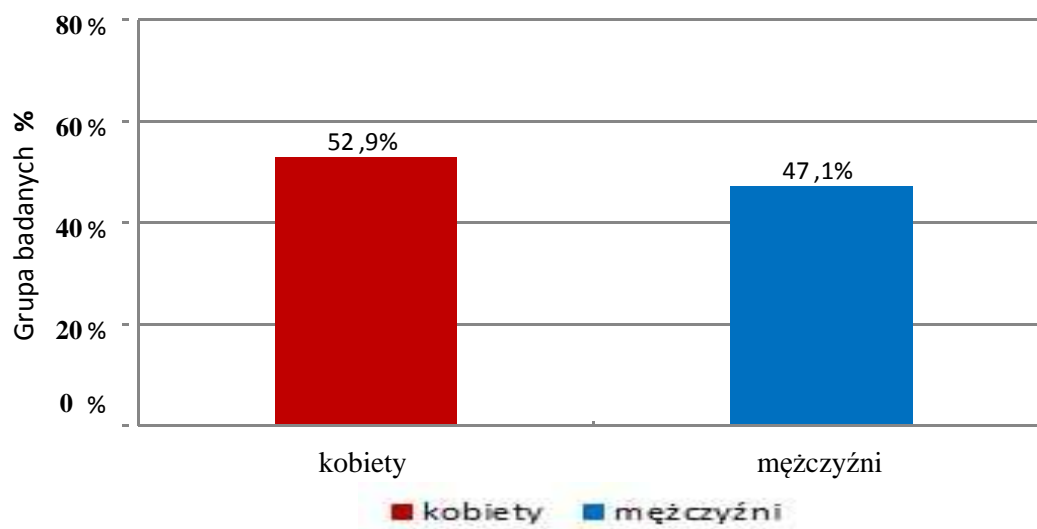
Charakterystyka badanych z CHAD według zmiennych socjodemograficznych

L.p.	Zmienna	Kategoria	N	%
1.	Płeć	Kobieta	37	52,9
		Męczyzna	33	47,1
2.	Wiek 48,0±30	18 - 30 lat	15	21,4
		31 - 40 lat	15	21,4
		41 - 50 lat	15	21,4
		51 - 78 lat	25	35,7
3.	Wykształcenie	Podstawowe	1	1,4
		Zawodowe	14	20,0
		Średnie	29	41,5
		Wyższe	26	37,1
4.	Stan cywilny	Panna / Kawaler	13/14	38,6
		Mężatka / Żonaty	17/14	44,3
		Rozwiedziona / Rozwiedziony	6/5	15,7
		Wdowa / Wdowiec	1/0	1,4
5.	Wyznanie/stosunek do religii	Praktykujący	31	44,4
		Wierzący, niepraktykujący	22	31,4
		Agnostycy	8	11,4
		Ateiści	9	12,8
RAZEM			70	100,0

Pośród kobiet w przedziale wiekowym od 18 do 30 oraz od 41 do 50 i od 51 do 78 roku życia, brało udział po 10 osób, co stanowiło po 27%. W grupie 31-40 roku życia uczestniczyło 7 kobiet (18,9%). W grupie mężczyzn, w wieku, od 18 do 30 roku życia i pomiędzy 41-50 rokiem życia, uczestniczyło tylko po 5 (15,2 %) badanych w każdej grupie. Największą grupę stanowili mężczyźni w wieku od 51 do 78 roku życia 15 (45,5%).

Wykres nr 1.

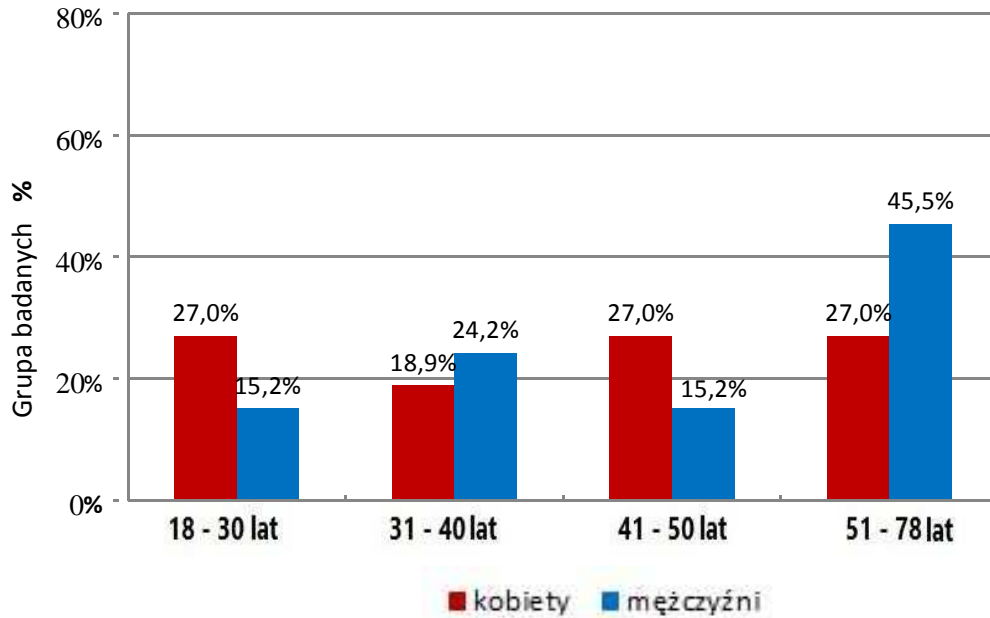
Płeć badanych z CHAD w %



W badaniu uczestniczyło 37 (52,9%) kobiet oraz 33 (47,1%) mężczyzn.

Wykres nr 2.

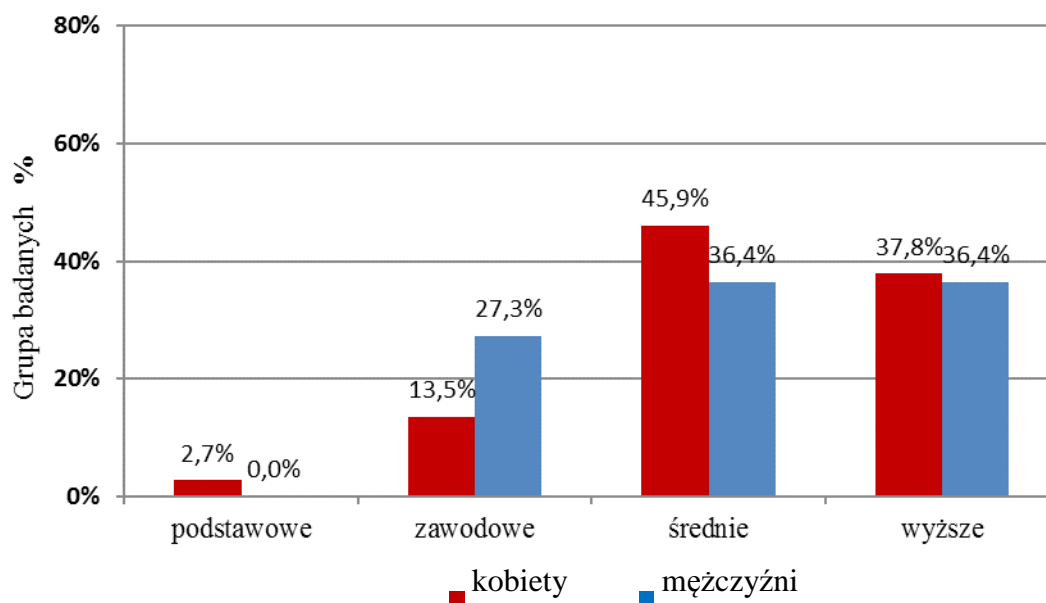
Wiek badanych z CHAD w %



W trzech grupach wiekowych od 18 do 30 lat, od 41 do 50 lat i od 51 do 78 roku życia, uczestniczyło po 10 kobiet (po 27%) w każdej z grup. Mężczyźni w przedziale wiekowym od 18 do 30 i od 41 do 50 roku życia, uczestniczyło po 5 (15,2 %) mężczyzn. Pomiędzy 31 a 40 rokiem życia 8 (24,2%) a od 51 do 78 roku życia przebadano 15 (45,5%) mężczyzn. Najmłodszy badany miał 18 a najstarszy 78 lat.

Wykres nr 3.

Wykształcenie badanych z CHAD w %



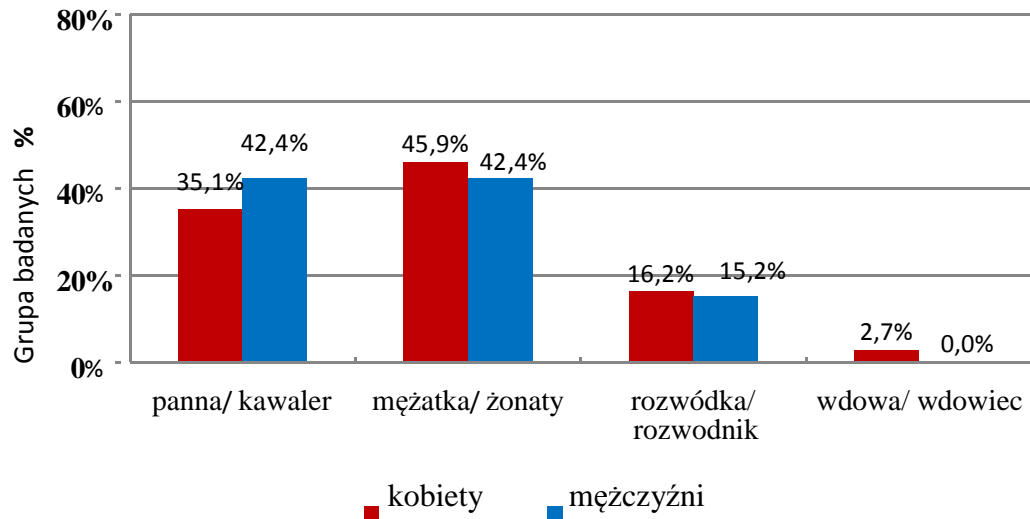
W grupie kobiet wykształcenie podstawowe posiadała 1 (2,7%) a zawodowe 5 (13,5%). Wśród badanych było 17 (45,9%) kobiet ze średnim, a z wyższym wykształceniem 14 (37,8%) kobiet.

W próbie z wykształceniem podstawowym nie występowali mężczyźni, z wykształceniem zawodowym uczestniczyło 9 (27,3%) mężczyzn. Wśród mężczyzn ze średnim i wyższym wykształceniem, przebadano po 12 mężczyzn co stanowiło (36,4%) dla obu grup.



Wykres nr 4.

Stan cywilny badanych z CHAD w %



W badaniu, uczestniczyło 13 (35,1%) panien i 17 (45,9%) mężatek.

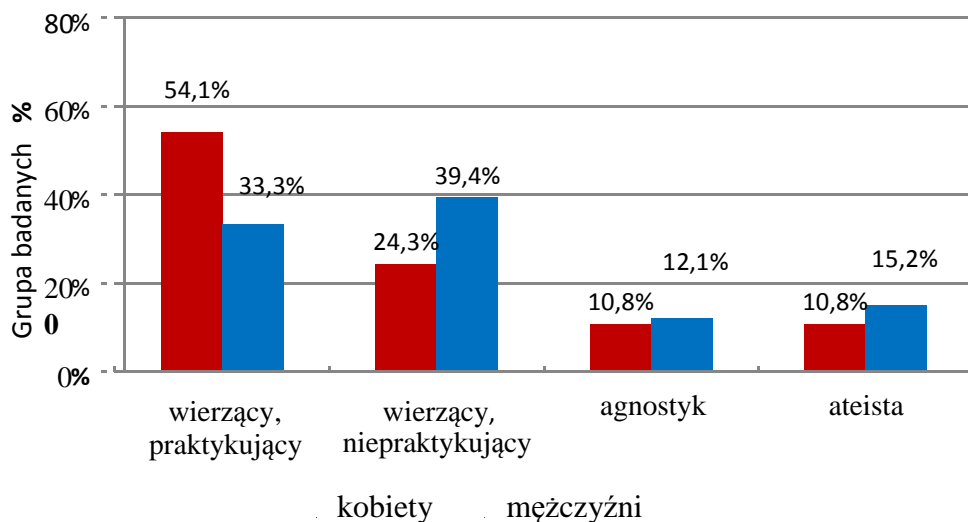
Grupę rozwiedzionych, stanowiło 6 (16,2%) kobiet. Wdowa -1 kobieta, stanowiła (2,7%).

Wśród kawalerów i żonaty, przebadano po 14 (42,4% w każdej grupie) respondentów.

Rozwiedzionych, było 5 (15,2 %) mężczyzn. W badanej grupie nie było wdowców.

Wykres nr 5.

Stosunek do religii badanych z CHAD w %



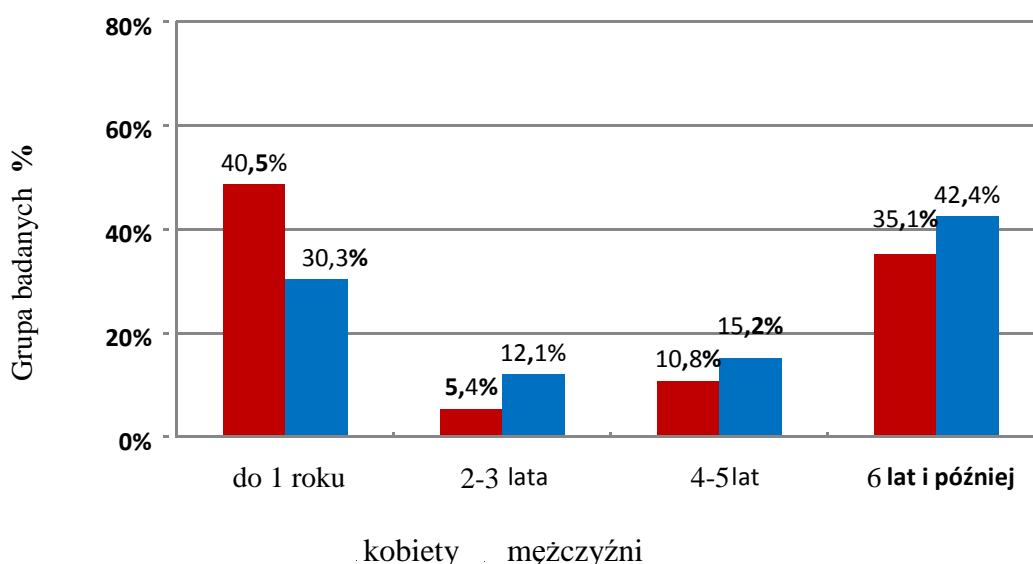
Wśród badanych kobiet do Kościoła Katolickiego, należało 20 (54,1%), (osoby wierzące i praktykujące). Wierzących, ale niepraktykujących było 9 ( 24,3% ) kobiet, ponadto 4 (10,8%) kobiety, były agnostyczkami i 4 (10,8%) ateistkami.

Wierzący i praktykujący katolicy mężczyźni to 11 osób (33,3%), wierzący i niepraktykujący, stanowili 13 chorych (39,4%) natomiast 4 (12,1%) mężczyzn, było agnostykami a 5 ateistami (15,2%).

## 5.2.2. Czas od pojawienia się pierwszych objawów do rozpoznania CHAD

Wykres nr 1.

Czas od pojawienia się pierwszych objawów do rozpoznania CHAD w %



Podczas pierwszego roku trwania choroby, rozpoznano CHAD u 15 (40,5%) a po 2-3 latach u 2 (5,4 %) kobiet. Po upływie 4-5 lat rozpoznano CHAD u 4 (10,8%) a po 6 i więcej latach u 13 (35,1%) kobiet. U 10 (30,3%) mężczyzn, CHAD zdiagnozowano podczas pierwszego roku trwania choroby. Po 2-3 latach u 4 (12,1%) a po 4-5 latach u 5 (15,2%) mężczyzn. Największy odsetek mężczyzn 14 (42,4%) dotyczył tych, których zdiagnozowano po 6 i więcej latach.

### **Przykłady z przeprowadzonych wywiadów:**

Respondent nr 6: „czułem osamotnienie i beznadziejność, nie wiedziałem co się ze mną dzieje, myślałem, że to moja wina, nikt z otoczenia nie mógł mi pomóc”.

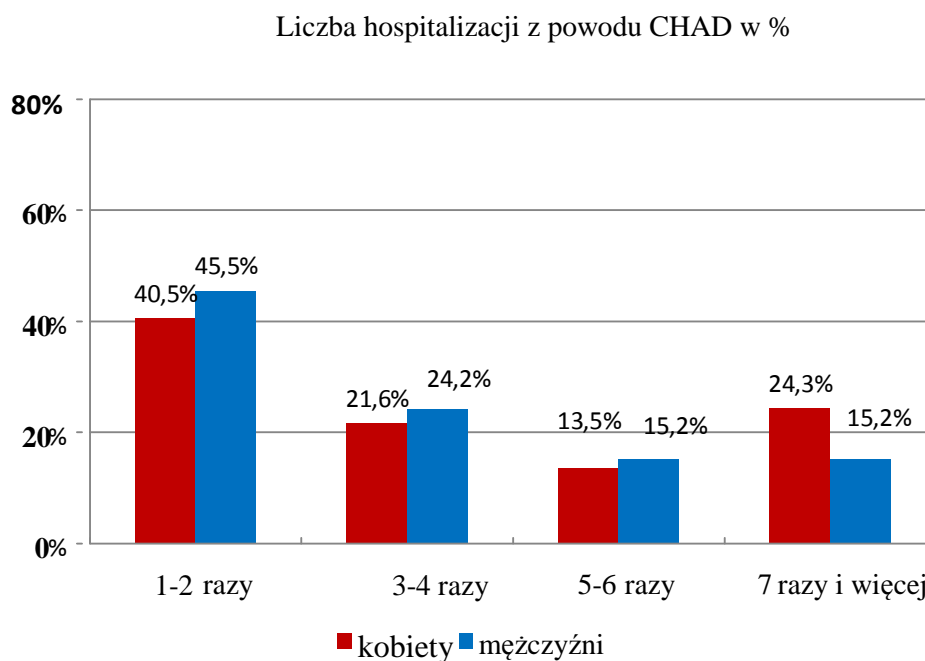
Respondent nr 31: „Miałem lęki, bezsenność, wstydziłem się pomyśleć, że to może być choroba psychiczna”.

Respondentka nr 8: Straciłam sens życia „Nie wiedziałam co mam ze sobą zrobić i dokąd mam pójść, wszyscy mówili, że mam się wziąć w garść, ale to nie pomagało, po wizycie u lekarza poczułam się lepiej”.

Respondentka nr 40: „Po rozpoznaniu choroby, nie chciałam się leczyć, walczyłam ze sobą i chciałam ją pokonać sama, ale to się nie udało.”

### 5.2.3. Liczba hospitalizacji u badanych CHAD

Wykres nr 1.



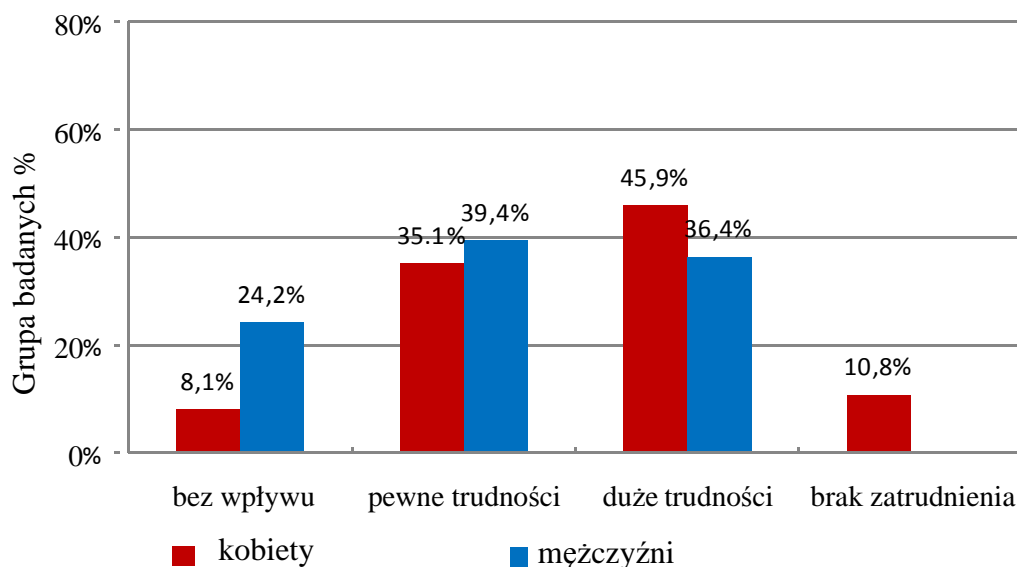
Przeprowadzono 1-2 hospitalizacje wśród 15 (40,5%) kobiet a u 8 (21,6%) 3-4. U 5 (13,5% ) kobiet, stwierdzono konieczność hospitalizacji 5-6 razy a 9 (24,3%) wymagało leczenia szpitalnego 7 i więcej razy.

W grupie mężczyzn 15 (45,5%) było hospitalizowanych 1-2 razy, 8 (24,2%) chorych hospitalizowano 3-4 razy, a po 5 (15,2%) osób hospitalizowano 5-6 razy oraz 7 i więcej razy. Wśród hospitalizowanych 7 i więcej razy, kobiety były częściej leczone szpitalnie niż mężczyźni.

## 5.2.4. Wpływ CHAD na przebieg kariery zawodowej

Wykres nr 1.

Przebieg kariery zawodowej u badanych z CHAD w %



Rozwój kariery zawodowej u 3 (8,1%) kobiet przebiegał bez zakłóceń.

Pewne trudności w rozwoju kariery zaobserwowano u 13 (35%) a duże trudności zgłaszało 17 (45,9%) kobiet. W chwili badania 4 (10,8%) chore, nie posiadały zatrudnienia.

Rozwój kariery zawodowej u 8 (24,2 %) mężczyzn przebiegał bez zakłóceń. Pewne trudności występowały u 13 (39,4%) a duże trudności zgłaszało 12 (36,4%) mężczyzn.

Wszyscy mężczyźni w chwili badania byli zatrudnieni.

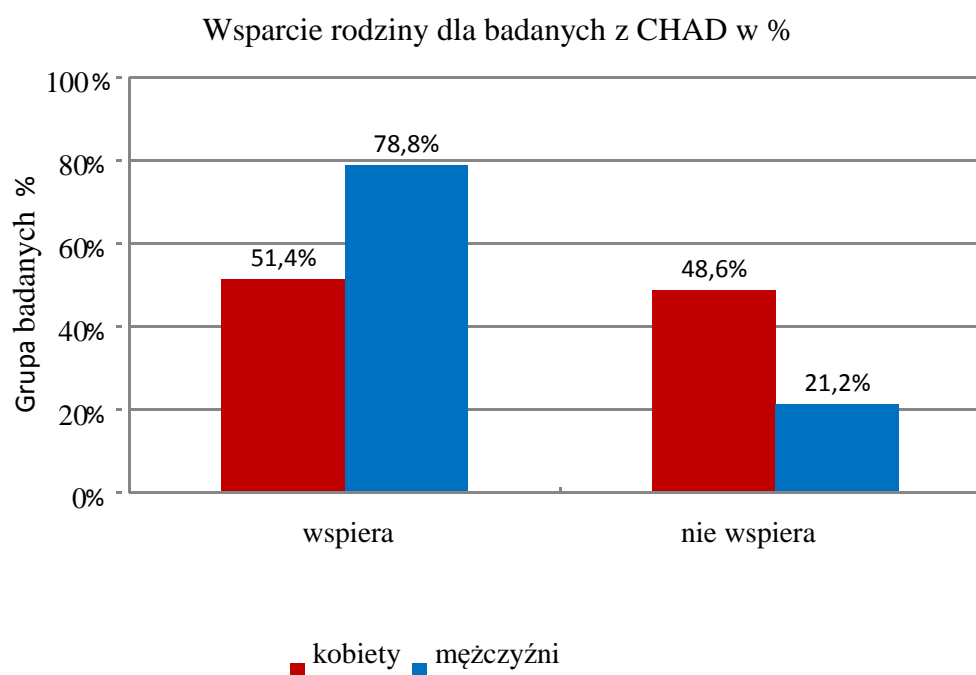
### **Przykłady z przeprowadzonych wywiadów:**

Respondentka nr 1: „Gdyby nie choroba moje życie zawodowe wyglądałoby zupełnie inaczej, wielokrotnie traciłam pracę lub sama z niej rezygnowałam na skutek depresji, potem się leczyłam i zaczynałam wszystko od początku. Leczenie często nie było skuteczne bo podawano mi jedynie antydepresanty bez leków normotymicznych lub odwrotnie normotymiki bez antydepresantów”.

Respondentka nr 7: „Pracowałam intensywnie jako prezes firmy, zarabiałam dużo pieniędzy, żyłam w ogromnym stresie. Po 48 roku życia nastąpiło przeciążenie i ostry stan depresyjny. Znalazłam się w szpitalu a po wypisaniu z niego uznano mnie za całkowicie niezdolną do pracy, obecnie otrzymuję rentę inwalidzką”.

## 5.2.5. Wsparcie rodziny dla badanych z CHAD

Wykres nr 1.

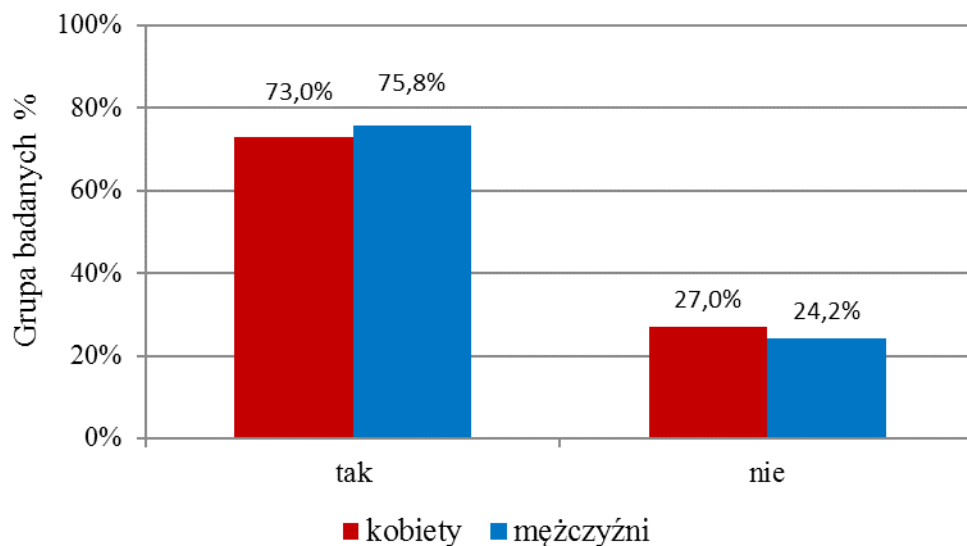


Wśród kobiet 19 (51,4%) otrzymywało wsparcie a 18 (48,6%) nie otrzymywało wsparcia rodziny. W przypadku 26 (78,8%) mężczyzn rodzina ich wspierała a 7 (21,2 %) mężczyzn, takiego wsparcia nie uzyskiwało.

## 5.2.6. Występowanie zachowań samobójczych w przebiegu CHAD

Wykres 1.

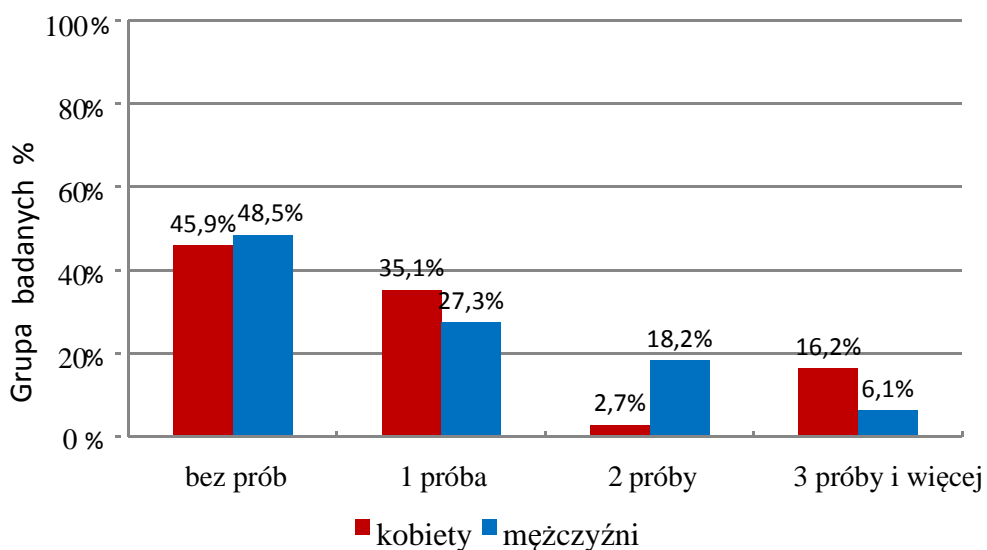
Występowanie myśli samobójczych u badanych z CHAD w %



Do występowanie myśli samobójczych, przyznawało się 27 (73%) kobiet. Do momentu przeprowadzenia wywiadu, 10 (27,0%) badanych kobiet, nie miało myśli samobójczych. Wśród mężczyzn 25 (75,8%) zgłaszało występowanie w przeszłości myśli samobójczych a 8 (24,2%) mężczyzn, nie skarżyło się na występowanie myśli samobójczych.

Wykres nr 2.

Występowanie prób samobójczych u badanych z CHAD w %



Prób samobójczych nie zgłaszało 17 (45,9%) kobiet, 1 próbę samobójczą podjęło 13 (35,1%), 2 próby podjęła 1 (2,7%) a 3 i więcej prób samobójczych, podjęło 6 (16,2%) kobiet.

Wśród mężczyzn, nie podjęło prób samobójczych 16 (48,5%) badanych, 1 próbę samobójczą podjęło 9 (27,3%), 2 próby podjęło 6 (18,2%) mężczyzn a 3 próby samobójcze i więcej, podjęło 2 (6,1%) badanych mężczyzn.



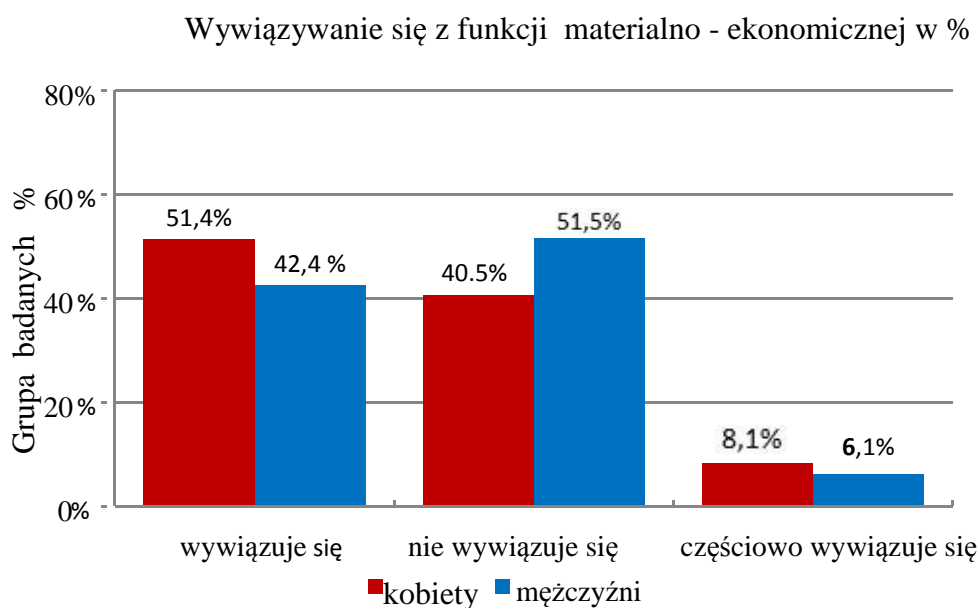
### **5.2.7. Wybrane funkcje rodziny według Zbigniewa Tyszki**

Wykonano badania dotyczące realizacji następujących funkcji :

- Materialno - ekonomiczna
- Seksualna
- Prokreacyjna
- Legalizacyjno - kontrolna
- Rekreacyjno - towarzyska

### 5.2.7.1. Funkcja materialno-ekonomiczna

Wykres nr 1.



Wśród badanych kobiet 19 (51,4%), wywiązywało się z funkcji materialno-ekonomicznej, 15 (42,4%), nie wywiązywało a 3 (8,1%) częściowo się wywiązywały z w/w funkcji. Wśród mężczyzn 14 (42,4%), deklarowało wywiązywanie się z funkcji materialno - ekonomicznej, 17 (51,5%), nie wywiązywało się z w/w funkcji a częściowo, wywiązywało się 2 (6,1%) badanych chorych. Mimo choroby ponad 50% kobiet deklarowało wywiązywanie się z funkcji materialno- ekonomicznej a wśród mężczyzn 42,4% mężczyzn.

Trudności jakich doświadczają respondenci zilustrowane są następującymi wypowiedziami.

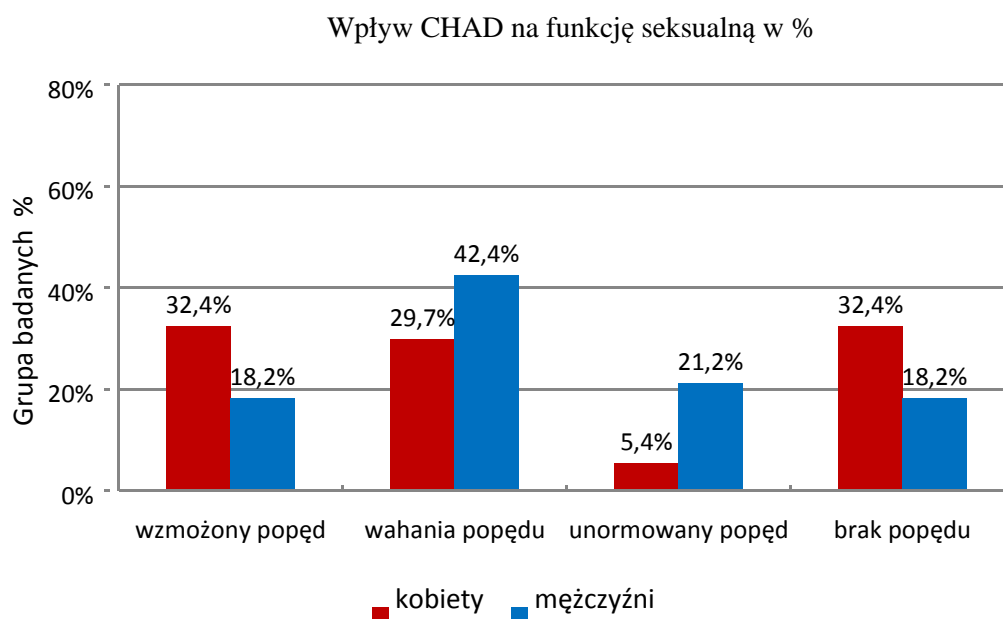
#### **Przykłady z przeprowadzonych wywiadów:**

Respondentka nr14: „Nie ukończyłam studiów doktoranckich, później pracowałam w szkole, niestety większość czasu przebywałam na zwolnieniach, które nie były mile widziane, następnie podjęłam pracę w banku, tam wytrzymałam pół roku. Ostatnią pracę etatową podjęłam na stanowisku referentki w biurze nieruchomości pracowałam 1,5 roku, ostatecznie zrezygnowałam z pracy zarobkowej. Przyznana mi została renta, dorabiam korepetycjami, roznoszę ulotki”.

Respondent nr 18: „Mam wykształcenie wyższe medyczne ze względu na chorobę musiałem zmienić specjalizację z chirurgii na medycynę rodzinną, zacząłem pisać doktorat, którego nie udało mi się skończyć. W związku z tym pogorszyła się wyraźnie sytuacja materialna moja i mojej rodziny”.

## 5.2.7.2. Funkcja seksualna

Wykres nr 2.



Wśród badanych kobiet u 12 (32,4%), występował wzmożony popęd seksualny oraz u 12 (32,4%) brak popędu. Wahania popędu występowały u 11 (29,7%), a unormowany popęd występował u 2 (5,4%) chorych. Wzmoczony popęd i brak popędu deklarowało po 6 (18,2%) mężczyzn, w obu przypadkach. Wahania popędu występowały u 14 (42,4%), a unormowany popęd zgłaszało 7 (21,2%) mężczyzn.

### **Przykłady z przeprowadzonych wywiadów:**

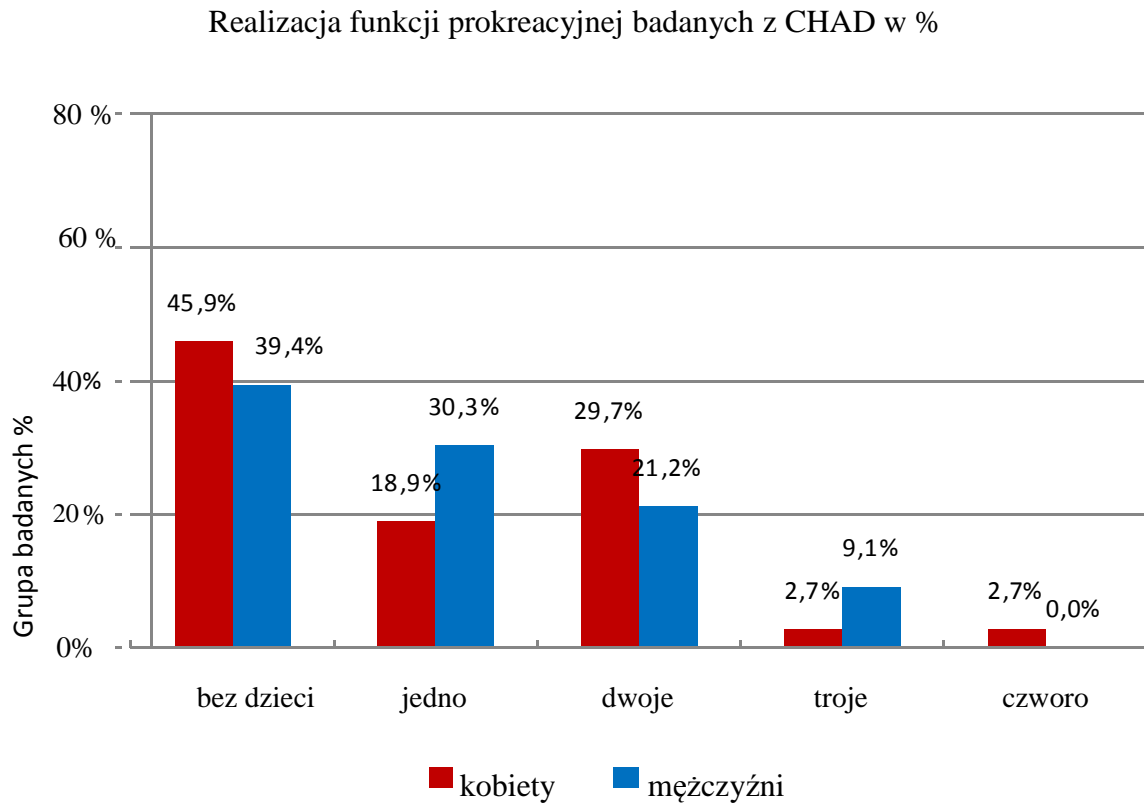
Respondentka nr 15: „Przywieziono mnie prosto z klubu nocnego w sukni balowej do szpitala, pod wpływem alkoholu, weszłam na stół i zaczęłam się rozbierać.

Po tym epizodzie miałam głębokie poczucie winy i wstydu, gdyż takie zachowanie było mi zupełnie obce”.

Respondent nr 23 „W czasie trwania fazy depresyjnej, ostatnią rzeczą, o której myślałam był seks. Było mi wszystko jedno.”

### 5.2.7.3. Funkcja prokreacyjna

Wykres nr 3.

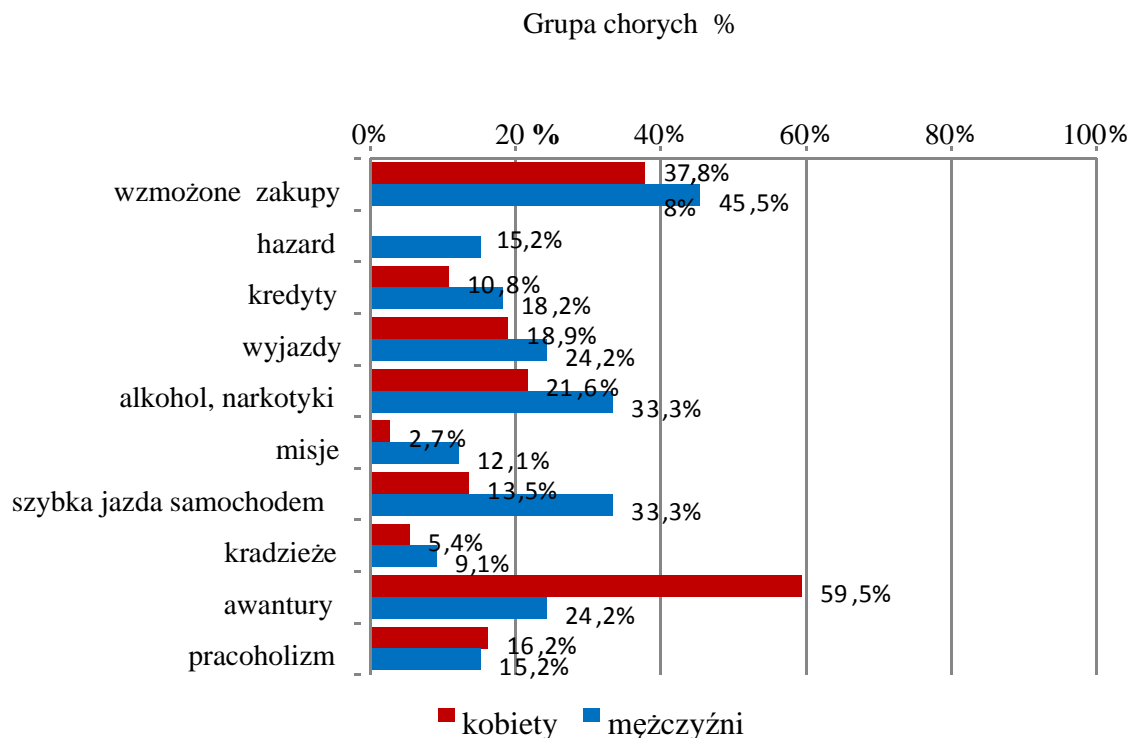


W badaniu uczestniczyło 17 (45,9%) kobiet bezdzietnych, jedno dziecko posiadało 7 (18,9%) kobiet, dwoje dzieci posiadało 11 (29,7%), troje i czworo dzieci, posiadała 1 badana (po 2,7%). Wśród bezdzietnych było 13 (39,4%), mężczyzn, jedno dziecko posiadało 10 (30,3%), dwoje dzieci posiadało 7 (21,2%), a 3 (9,1%) mężczyzn posiadało troje dzieci, czworga dzieci nie posiadał żaden z badanych mężczyzn.

### 5. 2.7.4. Funkcja legalizacyjno–kontrolna

Wykres nr 4.

Wpływ CHAD na funkcję legalizacyjno-kontrolną



Grupa 22 (59,9%) kobiet, skłonna była do wywoływania awantur a 14 (37,8%) kobiet deklaroowało wzmożone zakupy. Żadna z badanych nie uczestniczyła w grach hazardowych. Kredyty zaciągały 4 (10,8%) osoby, wyjazdy (wycieczki), odbyło 7 (18,9%) kobiet. Skłonność do alkoholu i narkotyków, wyrażało 8 (21,6%) badanych. Obsesyjne misje dotyczące pomocy innym, zgłosiła 1 (2,7%) badana a szybką jazdę samochodem, preferowało 5 (13,5%) badanych kobiet. Kradzieże dokonały 2 (5,4%) osoby. Skłonność do pracoholizmu wykazywało 6 (16,2%) kobiet.

Grupa 15 (45,5%) mężczyzn, deklarowała chęć wzmożonych zakupów. Skłonność do alkoholu i narkotyków zgłosiło 11 (33,3%) a wyjazdy (wycieczki) odbyło 8 (24,2%) mężczyzn. W grach hazardowych uczestniczyło 5 (15,2%) mężczyzn. Kredyty zaciągało 6 (18,2%) badanych a obsesyjne misje spełniało 4 (12,1%). Szybką jazdę samochodem preferowało 8 (24,2%) mężczyzn, skłonność do pracoholizmu wykazywało 5 (15,2%) chorych.

### ***Przykłady z przeprowadzonych wywiadów z kobietami:***

Respondentka nr 10 „Kupiłam 8 sweterków w różnych kolorach, połowa z nich była zbyt mała a pozostałe niepotrzebne” (wzmężone zakupy).

Respondentka nr 12 „Kupiłam sobie samochód Opla Tigre, nie było mnie na niego stać”.

„W stanie maniakalnym zacięgałam kredyty, wydałam 77 tysięcy na wycieczki do Kenii, Egiptu i na wyspy Kanaryjskie (kilkukrotne). Obecnie konto mam zablokowane przez komornika i spłacam długi (kredyty).”

Respondentka nr 13 Wyjechałam na 3 miesiące do Stanów Zjednoczonych, straciłam cały majątek, wszystko wydawało mi się cudowne, nie widziałam w tym nic złego”(wyjazdy).

Obecnie żyję głównie dzięki wsparciu rodziny.

Respondentka nr 6 „Postanowiłam pojechać do pracy do Stanów Zjednoczonych w charakterze opiekunki do dzieci tak też się stało, jednak po 2 miesiącach musiałam wrócić ze względu na nasilającą się depresję”(wyjazdy).

Respondentka nr 3 „W fazie maniakalnej pieniądze, wydawałam głównie na przeloty samolotowe, nie informowałam dokąd jadę, rodzina odbierała mnie z różnych lotnisk w Europie” (wyjazdy). W czasie trwania fazy maniakalnej robiłam różne zaskakujące rzeczy jedną z nich były wyjazdy. Miałam bardzo dobre samopoczucie, odwagę, byłam otwartość na nowe kontakty. .

Respondentka nr 19 „Porzuciłam pracę na uczelni, żeby wyjechać do Australii, po 7 miesiącach wróciłam, żałując decyzji o niespełnionej pracy naukowej” (wyjazdy).

Respondentka nr 8 „Uciekałam z domu i ze szpitala, zawsze w stanie manii, wydawałam pieniądze na alkohol co przeradzało się w ciągi alkoholowe”(alkohol).

Respondentka nr 21 „Miałam misję dotyczącą propagowania zdrowego stylu życia w związku z tym np. „zabierałam dziecko ze szkoły, bo częstowali tam słodyczami”.

Respondentka nr 20 „Lubiłam ryzyko, szybką jazdę samochodem i na motorze, włóczyłam się też autostopem, zwiedzałam ruiny i opuszczone miejsca nocą” (szybka jazda samochodem).

Respondentka nr 5 „Pożyczałam pieniądze, mówiąc niezgodnie z prawdą na co były potrzebne, następnie wydawałam je na rzeczy zbędne lub nieistotne, zdarzało się, że jeśli już nie miałam pieniędzy to kradłam”(kradzieże).

Respondentka nr 1 „Byłam agresywna i potrafiłam robić awantury bez powodu, najbardziej frustrowały mnie długie godziny bezsensownej samotności” (awantury)

Respondentka nr 25 „Miałam napady szału, wydawało mi się, że ktoś mnie prześladowuje i zagraża mi i moim dzieciom” (awantury).

Respondentka nr 17 Awantury z matką doprowadzały do tego, że musiała wzywać karetkę pogotowia, życzyłam jej wtedy śmierci” (awantury).

Respondentka nr 9 „W fazie hipomaniakalnej i maniakalnej byłam niezwykle aktywna elokwentna. Wysypiałam się po 3 godzinach, potem przez 10-12 godzin w ciągu doby, zarabiałam pisząc licencjaty i prace magisterskie a mąż był ze mnie dumny”.

### ***Przykłady z przeprowadzonych wywiadów z mężczyznami:***

Respondent nr 20 „Uwielbiałem kupować dobre kosmetyki, papierosy i czasopisma, kolekcjonowałem zapalniczki” (wzmężone zakupy).

Respondent nr 2 „Poirytowany, agresywny, pod wpływem alkoholu, kupiłem łóżko do masażu za 1500 zł potem je wydałem” (zakupy).

Respondent nr 16 „W manii kupiłem Mercedesa na kredyt, potem go sprzedałem z dużą stratą” (zakupy).

Respondent nr 17 „Czułem się jak młody Bóg, kupowałem najdroższy sprzęt elektroniczny, jeździłem na wycieczki, w końcu kupiłem w pełni wyposażony warsztat pracy futrzarskiej, którego nigdy nie wykorzystałem. Wyczerpałem wszelkie zasoby materialne”(zakupy).

Respondent nr 7 „Wydawałem pieniądze na zakupy, których nie potrzebowałem np. narty, buty narciarskie, sprzęt elektroniczny. Zamierzałem nawet wziąć kredyt i kupić żaglówkę” (wzmrożone zakupy).

Respondent nr 3 „W stanie manii, trwoniłem pieniądze na hazard i kobiety, zaprzepąściłem pracę we własnej restauracji, z dnia na dzień ją rzuciłem”(hazard).

Respondent nr 9 „W manii trudno było mi się kontrolować, kupiłem zegarek, komórkę i wycieczkę do Tajlandii, pieniądze trwoniłem w kasynach i na kobiety, teraz ciężko mi spłacać kredyty a wszystko wydawało się realne” (hazard, kredyty, wyjazdy).

Respondent nr 12 „Pracowałem na kontraktach zagranicznych, przyłapany na picciu alkoholu w pracy, zostałem zwolniony, wszystko zniszczyła choroba” (alkohol).

Respondent nr 8 „Zmiany nastroju wspomagałem picciem alkoholu, narkotykami, zdarzało się, że prowadziłem samochód pod wpływem alkoholu, słuchałem głośnej muzyki, włóczyłem się i zawierałem przygodne znajomości z kobietami” (alkohol, narkotyki).

Respondent nr 5 „Miałem misję pomocy innym i posłannictwo pokoju. W imię pomocy wydawałem swoje rzeczy osobiste, telefon, buty, których mi potem brakowało” (misja).

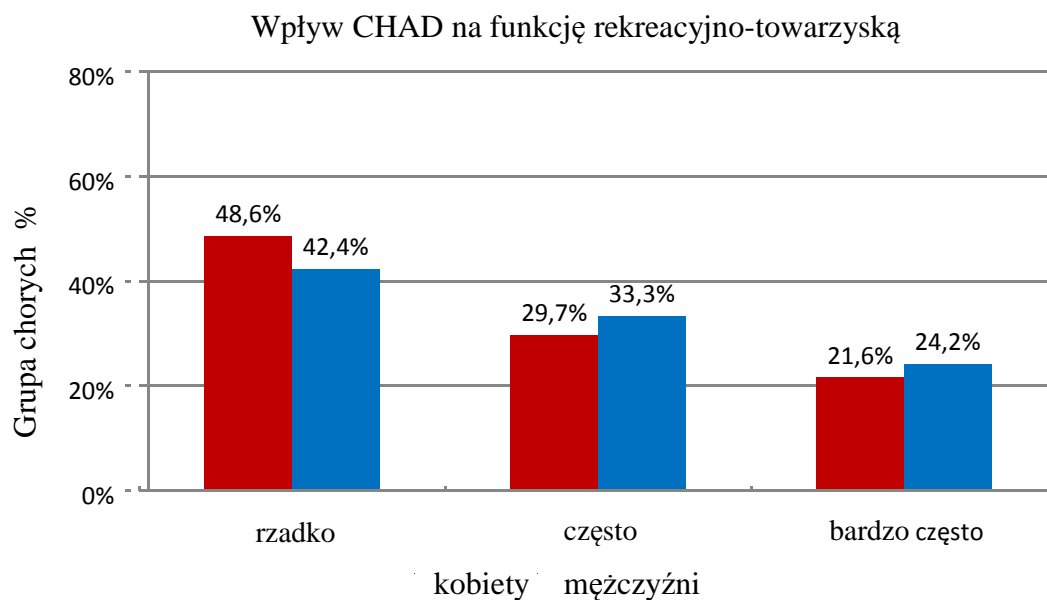
Respondent nr 4 „Miałem misję ewangelizacyjną, wydawało mi się, że wszyscy są moimi przyjaciółmi i chciało mi się śpiewać” (misja).

Respondent nr 9 „Zaraz po maturze (zdanej rewelacyjnie) i za zarobione przez siebie pieniądze, pojechałem do Bangkoku, tam poczułem wielką odwagę i misję walki ze złem. Jako „niebiański wojownik”, kochałem ludzi i miałem moc uzdrawiania. W konsekwencji wylądowałem w szpitalu psychiatrycznym, matka szukała mnie przez ITAKĘ” (misja).

Respondent nr 6 „W fazie hipomaniakalnej potrafiłem pracować 17 godzin na dobę, towarzyszyła mi pomysłowość wszystko się układało” (pracoholizm).

### 5. 2.7.5. Funkcja rekreacyjno-towarzyska w %

Wykres nr 5.



Wśród badanych 18 (48,6%) kobiet rzadko korzystało z funkcji rekreacyjno-towarzyskiej, często 11 (29,7%) oraz bardzo często 8 (21,6%). Grupa 14 (42,4%) mężczyzn z CHAD, rzadko korzystała z funkcji rekreacyjno towarzyskiej, 11 (33,3%) często a bardzo często 8 (24,2%) badanych.



## 6. Dyskusja

Zaburzenia dwubiegunowe, obejmują różne dziedziny psychopatologii, zaburzeń nastroju, dysfunkcji poznawczych, zaburzeń chronobiologicznych, psychoz, konfliktów interpersonalnych. Biegunowość, jest tylko jednym z wielu wymiarów złożoności tego zaburzenia, obok psychozy, lęku i melancholii.

Wiele łagodnych zaburzeń dwubiegunowych, charakteryzuje się mieszaniną depresji, hipomanii, manii oraz niestabilności emocjonalnej (w różnych proporcjach).

W badaniu funkcjonowania społecznego w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, zastosowano dwie metody: skalę funkcjonowania społecznego SFS Maxa Birchwooda (badanie ilościowe) oraz wywiad swobodny, częściowo skategoryzowany, z wybranymi funkcjami rodziny Zbigniewa Tyszki (badanie jakościowe).

Wyboru tych metod dokonano ze względu na podobieństwo obszarów tematycznych występujących w obu metodach, np. praca i zatrudnienie (Birchwood) i funkcja materialno-ekonomiczna (Tyszka); komunikacja i więzi międzyludzkie, kontakty społeczne (Birchwood) i funkcja legalizacyjno-kontrolna (Tyszka); zagospodarowanie czasu wolnego, rekreacja rozrywka, rozrywka (Birchwood) i funkcja rekreacyjno-towarzyska (Tyszka).

Zastosowanie tych dwóch metod stanowi rolę bardziej komplementarną niż konkurencyjną [91,92,93].

Skala SFS Birchwooda jest stosowana do badania przewlekle chorych psychicznie (zaburzenia schizoafektywne, depresyjne, zespoły psychoorganiczne), którzy wymagają oceny poziomu funkcjonowania w społeczeństwie, wsparcia społecznego oraz są uczestnikami wieloelementowego systemu rehabilitacji. Skala SFS umożliwia ocenę funkcjonowania społecznego osób chorujących psychicznie z uwzględnieniem tych obszarów, które w szczególny sposób decydują o utrzymaniu się w środowisku pozaszpitalnym [82,92].

Za wyborem metody wywiadu swobodnego, częściowo skategoryzowanego, przemawiała potrzeba badania, nie tylko konkretnych zjawisk, ale także sięganie do ich istoty, między innymi do natury człowieka, czy też jego choroby. Wywiad swobodny, jest jedną z metod w socjologii empirycznej, która daje bezpośredni kontakt z chorym. Jednocześnie nie wyklucza zbierania danych, które nadają się do ilościowych analiz. Jest to więc metoda bardzo przydatna i trafna w badaniach koncentrujących się na problemach społecznego funkcjonowania osób cierpiących na CHAD.

W tym badaniu przyjęto, że spełnianie wybranych funkcji rodziny wg. Zbigniewa Tyski umożliwia ocenę funkcjonowania społecznego osób cierpiących na CHAD.

W sferze zjawisk społecznych skomplikowany charakter przyczynowych uwarunkowań sprawia, że te same zjawiska pełnią różną rolę, warunków koniecznych, lub nie pełnią ich wcale, w uwarunkowaniu danego faktu lub procesu, w zależności od układu w jakim występują np. uwarunkowania środowiskowe w CHAD [94].

Wywiady, dokonane przez wielu metodologów, postrzegane są jako podstawowa metoda badawcza, w naukach społecznych. Uznawane są one jako proces obejmujący wszelkie formy zbierania danych od respondentów w toku bezpośredniej z nimi rozmowy. Ponadto, wywiad pozwala na swobodną, szczerą rozmowę respondenta z osobą prowadzącą. Rola osoby prowadzącej sprowadza się do wtrącenia, od czasu do czasu, pytania lub prośby o sprecyzowanie wywołu [95].

## 6.1. Omówienie wyników badań ilościowych wg SFS Maxa Birchwooda

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, 2001), obejmuje problem zaburzeń funkcjonowania społecznego pod kątem biologii, jednostki i społeczeństwa. Niepełnosprawność i funkcjonowanie społeczne jest wynikiem interakcji, pomiędzy warunkami zdrowotnymi: chorobami, zaburzeniami i urazami a czynnikami środowiskowymi i zmiennymi społecznodemograficznymi związanymi z jednostką (płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa zdobyte doświadczenie) [96].

SFS Birchwooda jest przydatnym narzędziem przy ocenie funkcjonowania społecznego chorych i może być używana jako skala samooceny w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Wobec powyższego, zastosowanie tej skali wydaje się być przydatne w ocenie deficytów funkcjonowania w CHAD [82, 91].

Wyniki badań neuropsychologicznych opisujące wiele funkcji poznawczych sugerują niezależność funkcji wykonawczych (pamięć operacyjna, wnioskowanie, fluencja werbalna i figuralna oraz plastyczność poznawcza) od procesów poznania społecznego. Osoby z CHAD uzyskały niskie oceny za zadania mierzące funkcje wykonawcze i jednocześnie wysokie oceny w zadaniach oceny poznania społecznego [71].

W badaniu analizowano funkcjonowanie społeczne przy użyciu skali Maxa Birchwooda, w których wzięło udział 100 pacjentów z CHAD w tym większość kobiet (57 kobiet i 43 mężczyzn). Ponadto porównano opinie 100 opiekunów (60 kobiet i 40 mężczyzn), którzy dokonywali oceny, w tej samej skali, swoich podopiecznych. Tą samą metodą badano grupę kontrolną 100 zdrowych osób składającą się z 61 kobiet i 39 mężczyzn.

Średni wiek badanych z chorobą afektywną dwubiegunową wynosił  $42,3 \pm 14,2$  lata. Największą grupę badanych stanowili chorzy powyżej 50 roku życia (34%). Większość osób pozostawała w stanie wolnym 43%, w związkach małżeńskich było 41%.

Większość osób posiadało wykształcenie średnie i wyższe (81%). Tylko 3% ukończyło edukację na poziomie szkoły podstawowej. Wśród badanych z CHAD, w konglomeracjach miejskich zamieszkiwało 83%. Brak pracy zgłaszało 65%, a 35%, pracowało zawodowo i miało stałe zatrudnienie.

W wyniku badania funkcjonowania społecznego na podstawie 7 podskal SFS, nie stwierdzono związku płci z funkcjonowaniem społecznym badanych z CHAD.

Porównanie związku płci z funkcjonowaniem społecznym, pomiędzy grupą badanych z CHAD a grupą kontrolną nie wykazało różnicy istotnie statystycznej.

Związek wieku pacjentów z CHAD, z funkcjonowaniem społecznym, badany metodą korelacji Spearmana, był statystycznie istotny w podskali kontaktów społecznych (III), samodzielności możliwej (VI), pracy/zatrudnienia (VII) oraz w wyniku ogólnym. Wskazuje to na negatywny wpływ wieku w wyżej wymienionych podskalach (im chory starszy tym gorsze funkcjonowanie społeczne).

Porównanie związku wieku z funkcjonowaniem społecznym, w grupie badanych z CHAD z grupą kontrolną, nie wykazało różnicy istotnej statystycznie (test U Manna Whitneya).

Choroba afektywna dwubiegunowa występująca u jednego z członków rodziny utrudnia życie emocjonalne, fizyczne i materialne w rodzinie, co objawia się zwiększonym poczuciem odpowiedzialności jej członków [97,98].

U badanych z CHAD, pozostających w związkach małżeńskich lub partnerskich, stwierdzono pozytywny wpływ na komunikację interpersonalną i więzi międzyludzkie (II), na pracę i zatrudnienie (VII). Natomiast w grupie kontrolnej tylko w wychodzeniu z izolacji (I) stwierdzono statystycznie istotny związek stanu cywilnego (pozostający w związkach małżeńskich, partnerskich) z funkcjonowaniem społecznym.

Porównanie związku stanu cywilnego z funkcjonowaniem społecznym, pomiędzy badanymi z CHAD a grupą kontrolną, nie wykazało różnicy statystycznie istotnej.

W naszych badaniach obserwowano, u badanych z CHAD, związek średniego i wyższego wykształcenia z poprawą kontaktów społecznych (III) oraz na granicy istotności statystycznej z możliwością zatrudnienia (VII). Natomiast w grupie kontrolnej nie stwierdzono istotnie statystycznego związku stopnia wykształcenia z funkcjonowaniem społecznym, w żadnej z podskal SFS.

Zamieszkanie w mieście u badanych z CHAD w porównaniu z zamieszkałymi na wsi, miało korzystny związek z utrzymywaniem kontaktów społecznych (III), samodzielnością realizowaną (V) oraz samodzielnością możliwą (VI). W wyniku ogólnym stwierdzono istnienie różnicy istotnej statystycznej pomiędzy mieszkającymi w mieście i na wsi, na korzyść tych pierwszych. Natomiast w grupie kontrolnej stwierdzono istotną różnicę tylko w podskali samodzielność możliwa (VI), na korzyść zamieszkiwania na wsi.

Korzystny związek aktywności zawodowej u badanych z CHAD, obserwowano w zakresie wszystkich podskal z wyjątkiem rekreacji i rozrywki (IV). Natomiast w grupie kontrolnej związek aktywności zawodowej był statystycznie istotny tylko w podskali komunikacji interpersonalnej i więzi międzyludzkich (II) oraz pracy i zatrudnienia (VII).

Porównanie związku aktywności zawodowej z funkcjonowaniem społecznym w grupie badanych z CHAD i w grupie kontrolnej wykazało istotną statystycznie różnicę między badanymi  $p = 0,00000$ , na korzyść badanych z CHAD.

W badaniu samooceny chorych, uzyskano, we wszystkich podskalach wyniki (w punktach), niższe niż ustalony poziom prawidłowego funkcjonowania społecznego (115 punktów). Tylko w zakresie komunikacji i więzi międzyludzkich (II) oraz samodzielności możliwej - niezależna od aktualnie wykazywanej (VI), uzyskano u chorych 113 punktów. Najmniej - 99,7 punktów, uzyskali chorzy w podskali samodzielność realizowana - świadcząca o samodzielności i aktywności w zakresie zaspokajania podstawowych życiowych potrzeb, aktualnie wykazywanych (V).

Samoocena funkcjonowania chorych z CHAD powyżej 115 punktów, skali SFS Birchwooda, wykazała najlepsze wyniki w podskali VI (48%) i VII (52%) (samodzielność możliwa i praca/zatrudnienie) a najniższe w zakresie podskali V (samodzielność realizowana).

Powyżej 115 punktów, we wszystkich podskalach SFS, w grupie chorych z CHAD, stwierdzono wyniki gorsze, w porównaniu z grupą kontrolną ( $p = 0,0000$ ).

Największe różnice pomiędzy chorymi z CHAD, a grupą kontrolną, stwierdzono w zakresie podskali VI i VII (samodzielność możliwa i praca /zatrudnienie) na korzyść grupy kontrolnej.

Porównanie samooceny badanych z CHAD z opinią ich opiekunów, było zbliżone, różnice pomiędzy średnimi ocenami obu grup nie wynosiły więcej niż 2,5 punkta.

Oceny zbieżności opinii chorych i ich opiekunów dokonano również przy pomocy współczynnika korelacji Spearmana, dla poszczególnych podskal. Dla każdej z mierzonych przez kwestionariusz SFS dziedzin, uzyskano istotne różnice ( $p=0.0000$ ). Wyższe wartości uzyskała grupa opiekunów w porównaniu z badanymi z CHAD. Istotne statystycznie różnice ( $p<0,0001$ ), przy bardzo wysokiej wartości współczynnika R mierzącego siłę związku, oznaczają bardzo wysoką zgodność ocen obu grup.

Bardzo duże obciążenie psychiczne osób sprawujących opiekę nad chorymi z CHAD nie ustępuje nawet w okresie remisji choroby [99, 100].

W dalszej części badań, oceniano funkcjonowanie społeczne chorych w zakresie liczby punktów w podskalach, w porównaniu z grupą kontrolną. Dla każdej z podskal mierzonych przez kwestionariusz SFS, uzyskano różnice istotne statystycznie ( $p=0,0000$ ), na korzyść grupy kontrolnej.

Kiki Chang i współautorzy wykazali, że w rodzinach chorych z CHAD i u ich potomstwa występuje często dezorganizacja życia codziennego oraz dochodzi do większej liczby konfliktów [101].

Wśród następstw choroby afektywnej dwubiegunowej znajduje się znaczne obniżenie funkcjonowania społecznego chorych na różnych płaszczyznach. Stwierdzono, że funkcjonowanie społeczne chorych z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej zależy od stanu emocjonalnego chorych, w szczególności od obecności objawów depresyjnych, od sprawności funkcji poznawczych oraz stygmatyzacji [102].

Według Johna Wiemann'a, umiejętności społeczne człowieka oznaczają zdolność do takiego zachowania się w interakcjach z otoczeniem, aby stosownie do sytuacji można było realizować swoje indywidualne cele. Realizacja tych celów będzie możliwa, gdy posiadane umiejętności społeczne będą wykorzystywane w sposób umożliwiający efektywne radzenie sobie w otaczającym świecie. Im więcej osiągnąć doświadcza człowiek w swym aktywnym spotkaniu z otoczeniem, tym większe ma poczucie kompetencji [75].

## 6.2. Omówienie wyników badań jakościowych

### Charakterystyka badanych z CHAD według zmiennych socjodemograficznych

Choroba afektywna dwubiegunowa jest jednym z najbardziej inwalidyzujących zaburzeń psychicznych z licznymi konsekwencjami rodzinnymi i społecznymi. Często dochodzi do opóźnień procesów edukacyjnych, ukończenia szkoły, studiów lub braku możliwości zdobycia zawodu. Respondenci zmieniają kierunek kształcenia na prostszy. W wielu wypadkach opóźnione jest zdobycie samodzielności finansowej, zdarza się i tak, że nigdy nie zostaje ona osiągnięta [103, 104]. Początek choroby może nastąpić w każdym wieku, częściej ma on miejsce w młodości lub wczesnej dorosłości.

Dawniej za typowy okres, dla ujawnienia się choroby, uważano lata między 20 a 30 rokiem życia, obecnie wiadomo, że początki choroby wystąpić mogą przed 20 rokiem życia. Za najbardziej typowy okres początku choroby można uznać wiek między 15 a 19 rokiem życia [43].

W przeprowadzonych w tej części pracy badaniach, wzięło udział 70 osób z CHAD w końcowym okresie hospitalizacji, w stanie pozwalającym na przeprowadzenie wywiadu. Liczba badanych wynosiła 37 (52,9%) kobiet i 33 (47,1%) mężczyzn, średni wiek chorych wynosił  $48,0 \pm 30$  lata. .

Według niektórych autorów jest to wiek w życiu mężczyzny, charakterystyczny dla etapu środkowego kariery zawodowej w czasie którego jedni pracownicy wspinają się po szczeblach drabiny zawodowej, inni zachowują dotychczas osiągnięte pozycje a jeszcze inni stopniowo wycofują się z pracy zawodowej [105].

Odnosnie stopnia wykształcenia, większość kobiet, pomimo choroby posiadała wykształcenie średnie 17 (45,9%) i wyższe 14 (37,8%). Mniejszą grupę badanych stanowiły kobiety z wykształceniem zawodowym 5 (13,5%) a tylko 1 (2,7%) kobieta posiadała wykształcenie podstawowe.

Wśród mężczyzn z wykształceniem średnim i wyższym uczestniczyło po 12 (36,4%) chorych w każdej grupie. W tej próbie nie było chorych z wykształceniem podstawowym, natomiast zawodowe wykształcenie posiadało 9 (27,3%) mężczyzn.

W grupie kobiet, obserwowano wyższą niż u mężczyzn, tendencję do zdobywania wykształcenia średniego i wyższego. Wykształcenie podstawowe i zawodowe reprezentowane było przez znacznie mniejsze grupy badanych.

Zarówno kobiety jak i mężczyźni, w powyższym badaniu, osiągnęli wyższy poziom wykształcenia w porównaniu z populacją ogólną w której średnie i wyższe wykształcenie wg GUS z 2011 r. jedynie 46% społeczeństwa polskiego.

Uzyskane w niniejszym badaniu wyniki są zgodne z badaniami innych autorów, którzy potwierdzają, że osoby z CHAD często osiągają wykształcenie średnie i wyższe [105].

Porównanie stopnia wykształcenia osób cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową z grupą kontrolną na poziomie średnim i wyższym wynosi odpowiednio 67% i 45% na korzyść chorych.

Znacząca różnica w lepszym wykształceniu chorych nie przekłada się jednak na wysoką pozycję zawodową, ze względu na częste zmiany pracy, jej utratę bądź bezrobocie [106].

Według badań GUS w latach od 1995 do 2009 roku, odnotowano ogromną dynamikę w zakresie edukacji w Polsce. Udział osób z wykształceniem wyższym w grupie wiekowej 25 – 64 lata wzrósł z 9,7% do 21,2%. Obecnie wyższym wykształceniem może pochwalić się około 4,5 mln osób. Obserwowano również duży wzrost popularności kształcenia na poziomie średnim (wzrost o 23%). W 2009 roku było to około 1,6 mln osób, które stanowiły 7,7% populacji. Co trzecia osoba w tej grupie wieku, tj. około 6,9 mln osób, posiadała wykształcenie zasadnicze zawodowe. W tym samym czasie liczba osób, które nie kontynuowały edukacji po szkole podstawowej, zmalała niemal o połowę i w efekcie w 2009 roku osoby te stanowiły 12,0% całej populacji [107].

Kolejną zmienną demograficzną był stan cywilny badanych, który wskazywał na większą liczbę mężatek 17 (45,9%) w stosunku do panien 13 (35,1%). Liczba kawalerów i żonatych nie różniła się między sobą i wynosiła po 14 (42,4%) w każdej grupie. Zbliżone były liczby badanych rozwiedzionych zarówno wśród kobiet 6 (16,2%) jak i mężczyzn 5 (15,2%). Najmniejszą grupę reprezentowały wdowy w liczbie 1 (2,7%), wdowcy nie uczestniczyli w badaniu. Duża liczba panien i kawalerów wynikać częściowo mogła z faktu, że 43% badanych stanowiły osoby młode między 18 a 40 rokiem życia, których decyzja o zmianie stanu cywilnego nie została jeszcze podjęta.

W wynikach badań Rodney Elgie, osoby nie pozostające w związkach małżeńskich lub partnerskich, samotne z CHAD, stanowiły 55%, w przeciwieństwie do populacji ogólnej, w której osoby samotne stanowiły 39% [108].

W przeprowadzonych badaniach w sferze realizowania przynależności do kościoła katolickiego, największą grupę z CHAD stanowiły kobiety wierzące i praktykujące 20



(54,1%), mniejszą grupę prezentowały kobiety wierzące i niepraktykujące 9 (24,3%). Grupa agnostyczek i ateistek wynosiła po 4 osoby (10,8%).

Grupa mężczyzn wierzących i praktykujących wynosiła 11 (33,3%) a niepraktykujących 13 (39,4%). W grupie agnostyków byli 4 (12,1%) a wśród ateistów 5 (15,2%) mężczyzn.

Z systematycznie prowadzonych badań CBOS wynikało, że od końca lat dziewięćdziesiątych niezmiennie ponad 90% (92-97%) respondentów uważało się za wierzących. Odsetek osób deklarujących się jako całkowicie niewierzące pozostawał niski i wynosił od 2005r (od 4-8%). W tym czasie jednak, zmniejszyła się liczba badanych określających się jako głęboko wierzący z 12-8%, zmniejszył się też odsetek regularnie praktykujących z 58% - 50%. Bardziej religijne są kobiety niż mężczyźni, co zgodne jest z wynikami niniejszych badań. Jednak wśród kobiet i mężczyzn należących do grupy badanych z CHAD, stwierdzano większą liczbę agnostyków i ateistów (10-15%) niż w populacji ogólnej według CBOS z 2012r 4,2% [109].

Według badań GUS od maja 2005r do października 2014r odsetek wierzących i stosujących praktyki Kościoła Katolickiego zmniejszył się z 66% do 39% [107].

Chorzy z CHAD w stanie mieszanym, wykazywali największe zaangażowanie w praktyki religijne. Najmniejsza aktywność religijna występowała u pacjentów w okresie poprawy. Natomiast pozostawanie w fazie depresyjnej i maniackalnej nie wywierało większego wpływu na tę dziedzinę życia [110].

Badani z CHAD w stanie mieszanym, wykazywali największe zaangażowanie w praktyki religijne. Najmniejsza aktywność religijna występowała u chorych w okresie remisji. Depresja i mania nie wykazywały korelacji z praktykami religijnymi realizowanymi przez respondentów [111].

### **Czas od pojawienia się pierwszych objawów do rozpoznania CHAD**

Opisywane w literaturze przedmiotu, trudności w postawieniu prawidłowego rozpoznania choroby, spotyka się ze względu na szerokie spektrum objawów CHAD. W pierwszych latach trwania, choroba często pozostawała nierozpoznana i nie leczona. Od początku choroby do jej rozpoznania i leczenia upływało na ogół kilka lat [111].

Kobiety częściej niż mężczyźni, czują się odpowiedzialne za wystąpienie choroby i związaną z nią nieudolność, walczą i chcą ją pokonać samodzielnie. Mężczyźni znacznie częściej niż kobiety wstydzą się choroby, nie przyznają się do niej przed sobą, a tym bardziej przed innymi, decyzję o leczeniu podejmują znacznie później. Opóźnienie lub błędne

rozpoznanie choroby, powodują w konsekwencji pogorszenie stanu chorego oraz jego rodziny i generują wysokie koszty w społeczeństwie [112,113,114,115].

Według doniesień z literatury, przyczyny tego opóźnienia spowodowane były faktem, że w 25,7%, chorzy nie rozumieli sytuacji, w której się znaleźli, wypierali istnienie choroby, a w 27,5%, zamierzali pokonać chorobę bez pomocy innych. Ponadto wstydzieli się pojawiających objawów chorobowych w 17,2% oraz nie byli dostatecznie poinformowani o możliwości udzielenia im pomocy w 20,9%. Wstyd i obawa przed odrzuceniem były najczęstszymi powodami ukrywania choroby, uczucie stygmatyzacji, poczucie odrzucenia towarzyszyły większości chorych [116].

W przeprowadzonym badaniu, w pierwszym roku CHAD rozpoznano u 15 (40,5 %) kobiet, natomiast w drugim do trzeciego roku trwania choroby tylko w 2 przypadkach (5,4%), a po czterech do piątego roku trwania rozpoznano u 4 (10,8%) chorych, powyżej 6 lat trwania choroby rozpoznano ją u 13 (35,1%) pacjentek.

U mężczyzn w pierwszym roku trwania choroby afektywnej dwubiegunowej rozpoznano ją u 10 (30,3%) osób, a w następnych dwóch do trzech latach u 4 (12,1%) chorych. W czterech do pięciu kolejnych latach chorobę rozpoznano u 5 (15,2%) pacjentów. Dopiero po 6 latach trwania choroby rozpoznano CHAD u 14 (42,4%) mężczyzn.

### **Liczba hospitalizacji badanych z CHAD**

Przeprowadzone w tej pracy badania, wykazały konieczność jedno lub dwurazowych pobytów w szpitalu w grupie 15 kobiet (40,5%). Po 3-4 razy hospitalizowano 8 kobiet (21,6%) a po 5-6 razy leczono szpitalnie 5(13,5%), a po 7 i więcej razy, wymagało leczenia szpitalnego 9 (24,3%) kobiet. W grupie mężczyzn konieczność jedno lub dwurazowych hospitalizacji, wymagało 15 (45,5%) mężczyzn, 8 (24,2%) hospitalizowano 3 do 4 razy, po 5 do 6 razy oraz 7 i więcej razy, wymagało leczenia szpitalnego 5 (15,2%) mężczyzn. Mężczyźni hospitalizowani byli rzadziej.

W tym badaniu zdecydowana większość mężczyzn, była hospitalizowana tylko 1-2 razy, natomiast 7 i więcej razy hospitalizowano w badanej grupie zaledwie 15,2% chorych w przeciwieństwie do kobiet, które wymagały 7 i więcej – krotnego leczenia szpitalnego.

Według danych z literatury, chorzy w wieku powyżej 65 roku życia, najczęściej z cukrzycą, korzystali z leczenia szpitalnego znacznie częściej, niż osoby młodsze, i stanowili około 8-10% pacjentów szpitali psychiatrycznych [117].

Przyjmuje się, że w najbliższych latach, średni koszt usług medycznych świadczonych chorym w wieku powyżej 65 lat u których rozpoznano CHAD, będzie czterokrotnie większy niż u młodszych. Na usługi te będą składać się koszty hospitalizacji i opieki domowej, leków, mieszkań chronionych, oddziałów dziennych, świadczeń społecznych, opieki prywatnej oraz te związane z utratą pracy i koordynacją leczenia [102, 114, 117].

Według doniesień z literatury przedmiotu pacjenci z CHAD byli hospitalizowani częściej (1-34 razy), w porównaniu z grupą kontrolną (1-30 razy) i pozostawali dłużej w szpitalu, co zakłócało ich życie rodzinne i funkcjonowanie społeczne [106].

Jak wynika z badań częste hospitalizacje oraz częste wizyty domowe lekarzy obniżały stopień obciążenia psychicznego opiekujących się chorymi, przede wszystkim członków rodzin [103].

### **Związek CHAD z przebiegiem kariery zawodowej**

Rozwój kariery zawodowej u 3 (8,1%) kobiet przebiegał bez zakłóceń. Pewne trudności w rozwoju kariery zaobserwowano u 13 (35%) kobiet, a duże trudności zgłaszało 17 (45,9%) badanych kobiet. W chwili badania 4 (10,8%) kobiety, nie posiadały żadnego zatrudnienia.

W grupie mężczyzn rozwój kariery zawodowej u 8 (24,2 %) przebiegał bez zakłóceń, natomiast pewne trudności zgłaszało 13 (39,4%) a duże trudności 12 (36,4%) mężczyzn. Wszyscy mężczyźni w chwili badania byli zatrudnieni.

Analiza badań jakościowych, ujawniła negatywny związek CHAD z przebiegiem kariery zawodowej pacjentów. Badani, często doświadczali upośledzenia w sferze poznawczej, co często przekładało się na gorsze funkcjonowanie w pracy. Trudności w przebiegu kariery zawodowej miały swoje odzwierciedlenie w uposażeniu i standardzie życia respondentów.

W badaniach GUS poziom aktywności zawodowej i wskaźnik zatrudnienia są wyższe dla mężczyzn niż dla kobiet znajdujących się w podobnej sytuacji osobistej/rodzinnej. Zdecydowanie najwięcej pracujących (około 90%) znajduje się w grupie żonatych mężczyzn niezależnie od tego, czy na ich utrzymaniu są dzieci.

W grupie mężatek aktywność zawodowa do pewnego stopnia zależy od obecności i wieku najmłodszego dziecka, pozostającego na utrzymaniu, wskaźnik zatrudnienia spada z 80% do 60%. W grupie mężatek, które mają dzieci powyżej 5 lat, wskaźnik zatrudnienia wzrasta do 74% [119, 120].

Według WHO choroba dwubiegunowa, znajduje się na 6 miejscu wśród schorzeń powodujących utratę wielu lat pracy wśród młodych dorosłych [96].

W badaniu amerykańskim National Depressive and Manic Depressive Association Survey (NDMDA), które przeprowadzono w USA w latach dziewięćdziesiątych XX wieku, wzięło udział 500 chorych z CHAD. Spośród nich 80%, deklaroowało negatywny wpływ zaburzenia na codzienne życie, szczególnie na wykonywanie pracy zawodowej. Wykonane badania wykazały, że 43% wstydziło się choroby, a 52% odczuwało odmienne traktowanie przez pracodawców [121].

Międzynarodowe badanie GAMIAN przeprowadzono u 3164 chorych z 11 narodowości, w latach 1997/1998. Wśród badanych 88% cierpiało z powodu depresji a u 30% z nich rozpoznano CHAD. Badani z CHAD w 50-100% zgłaszali gorsze funkcjonowanie w miejscu pracy. We wszystkich grupach narodowościowych, u chorych z CHAD w wieku 46-58, średni poziom bezrobocia, był wyższy niż w innych populacjach chorych [122].

W badaniu społeczeństwa amerykańskiego tylko 50% respondentów z CHAD, miało pełnoetatową pracę, 3% pracowało w niepełnym wymiarze godzin, 33,4% respondentów pracę wykonywało niedokładnie, 27% kłóciło się z otoczeniem, natomiast aż 49,9% badanych czuło w pracy zdenerwowanie [123].

W ogólnej analizie badania Gamian/Beam 19,1% respondentów przyznawało się, że byli bezrobotnymi, lub wykonywali pracę non profit w organizacjach charytatywnych. Trudności związanych ze znalezieniem i utrzymaniem pracy obawiało się 34% respondentów, natomiast 44% pacjentów wspominało o poważnym niekorzystnym wpływie zaburzenia CHAD na zdolność satysfakcjonującego pełnienia przypisanej im roli zawodowej.

Problemy z uzyskaniem średniego i wyższego poziomu edukacji były mniej widoczne, (większość respondentów ukończyła szkołę średnią). W tych samych badaniach analizujących specyficzne okoliczności znajdowania pracy i jej utrzymania, zarejestrowano, że CHAD w 45% powodowało dużą rotację zatrudnienia. Średni wiek w podgrupie bezrobotnych, w różnych krajach wynosił 31-52 lat [108].

Węglug Josepha Calabrese i współautorów, badani z CHAD prezentowali głębsze upośledzenie funkcjonowania w pracy niż chorzy z zaburzeniem jednobiegunowym [124].

Mary Whooley i współpracownicy zaobserwowali, że faza depresyjna z jej symptomami, jest częściej odpowiedzialna za bezrobocie i w konsekwencji za utratę przychodów rodziny [125].

## **Wsparcie rodziny dla badanych z CHAD**

Nie ulega wątpliwości, że każdy epizod choroby jest stresującym wydarzeniem życiowym, dla wszystkich członków rodziny. Nawet jeśli stan chorego jest stabilny, najbliższemu otoczeniu pacjenta towarzyszy ciągły stres a także lęk przed nawrotem i zaostrzeniem choroby.

Według badań Rodney Elgie, członkowie rodzin pacjenta w 12% wykazywali brak znajomości problemu choroby, spowodowany złym dialogiem z lekarzem. Ponadto borykali się oni z poczuciem bezsilności oraz wrażeniem braku wpływu swojego bliskiego na przebieg i poprawę stanu chorobowego. Czasem też z powodu niewiedzy, dobre intencje rodziny, przynosiły negatywne skutki. Tylko 29% członków rodziny, było wystarczająco pouczonych o przebiegu i skutkach choroby, 55% posiadało niewielką znajomość problemu [108].

Wiadomo, że dobrze poinformowani, wspierający bliscy mogą odegrać znaczącą rolę w procesie powrotu do zdrowia chorego, co wskazuje na realną potrzebę rozwoju psychoedukacji skierowanej również do członków najbliższej rodziny.

Z przeprowadzonych badań wynika, że rodzina radzi sobie skuteczniej z chorym z CHAD, kiedy posiada świadomość, że objawy tej choroby, nie są kaprysem, lenistwem, czy innymi cechami charakteru chorego.

Wyniki badań wskazują, że wśród partnerów płci męskiej, występuje mniejsza chęć wsparcia i zrozumienia osób chorujących na CHAD niż obserwowana wśród kobiet. Kobiety opiekujące się chorymi partnerami, jako źródło obciążenia podawały gorszą jakość relacji w związku a mężczyźni opiekujący się chorymi partnerkami na pierwszy plan wysuwali problemy związane z ograniczeniem autonomii, niepewność w ocenie wydolności chorej partnerki oraz niepewność związaną ze zmiennym obrazem choroby [126].

Warto podkreślić, że świadome i konstruktywne współtowarzyszenie zdrowego partnera, w chorobie pacjenta, może powodować pozytywne dla obu stron skutki: zwiększone uczucie miłości, empatii, a także zwiększone poczucie satysfakcji i wdzięczności. Doniesienia te podkreślają wagę edukowania rodziny i bliskich osób chorujących oraz pomagania im w nadawaniu właściwego znaczenia sytuacji choroby [127].

Uzyskane w niniejszej pracy wyniki badań dotyczące wsparcia chorych przez rodzinę wykazały, że na taką pomoc mogą liczyć kobiety jedynie w 51,4% w przeciwieństwie do mężczyzn, którzy uzyskiwali pomoc aż w 78,8%. Brak takiej pomocy zgłaszało 48,6% kobiet i tylko 21,2 % mężczyzn.

W przebiegu choroby obserwuje się pozytywny wpływ psychoedukacji i wsparcia rodziny na zmniejszenie poziomu lęku, nasilania konfliktów oraz obciążenia psychicznego [128].

Przejęcie przez rodzinę opieki nad chorym o charakterze zadaniowym wiązało się z mniejszym obciążeniem i zmniejszoną przewlekłością objawów [129].

Obciążenie psychiczne rodzin chorych w mniejszym stopniu zależy od rozpoznania a w większym od stopnia trudności w relacjach z chorym, braku wsparcia, poziomu funkcjonowania chorego, przewlekłości objawów oraz częstości występowania nawrotów [130].

Wśród badanych z CHAD istotne jest korzystanie ze wsparcia bliskich z uwzględnieniem ich opinii o aktualnym odbiorze zachowań pacjenta. Rodzina może być bardzo pomocna w wykrywaniu najwcześniejszych objawów choroby i w realizacji działań profilaktycznych.

Edukowanie osób bliskich i pomaganie im w zrozumieniu schorzenia, może pozwolić również na uchronienie ich samych, przed doświadczaniem frustracji, czy żalu oraz innych negatywnych konsekwencji będących skutkiem choroby.

Z powyższych względów ważne jest aby pacjenci z rozpoznaniem choroby dwubiegunowej w każdej z jej faz, włączali w proces leczenia swoich partnerów.

O tym, jaki powinien być udział partnera w procesie leczenia, decydować powinien lekarz prowadzący lub terapeuta w porozumieniu z pacjentem. Istnieje bardzo wiele etapów oraz obszarów leczenia w których partner pacjenta może okazać się pomocny lub też sam otrzymać właściwe wsparcie. Należą do nich między innymi: psychoedukacja w chorobie dwubiegunowej, konsultacje i terapia par, wybrane wizyty u psychiatry, na które pacjent może przyjść z małżonkiem [108].

Wyniki przedstawionych w tej pracy badań wskazywały, że wśród kobiet 19 (51,4%), otrzymywało wsparcie a 18 (48,6%) nie otrzymywało wsparcia rodziny.

Wsparcie rodziny, obserwowano u 26 (78,8%) mężczyzn a 7 (21,2 %) mężczyzn, takiego wsparcia nie otrzymywało. Jak wynika z obserwacji większość mężczyzn otrzymywała wsparcie ze strony kobiet w około 80%, natomiast kobiety otrzymywały wsparcie jedynie w około 50% przypadków.

W literaturze przedmiotu, istnieją udokumentowane badania, mówiące o braku wsparcia dla pacjentów z CHAD zarówno ze strony opiekunów jak i środowiska społecznego [80].

Bardzo istotna jest rola rodziny w motywowaniu pacjenta do prowadzenia odpowiedniego stylu życia a czasami również w jego nadzorowaniu, właściwej diety, aktywności fizycznej, odpoczynku i snu, unikania stosowania substancji psychoaktywnych.

### **Występowanie zachowań samobójczych w przebiegu CHAD**

W literaturze przedmiotu, częstość samobójstw dokonanych oraz zachowań samobójczych u osób z chorobą afektywną dwubiegunową jest duża i oceniana jest dla tych pierwszych na 18-25%, a dla drugich na 21-50%.

Stwierdzono, że poczucie beznadziejności, odpowiedzialne w dużej mierze za zachowania suicydalne, zależy od fazy chorobowej i jest największe w okresie depresji oraz w trakcie faz mieszanych, może jednak występować również w czasie trwania fazy maniakalnej [131, 132].

Do występowania myśli samobójczych w tym badaniu, przyznawało się 27 (73%) kobiet i 25 (75,8%) mężczyzn. Natomiast do momentu przeprowadzenia wywiadu, 10 (27,0%) badanych kobiet i 8 (24,2%) mężczyzn, nie odczuwało myśli samobójczych. Ponad 70% zarówno kobiet jak i mężczyzn skarżyło się na występowanie myśli samobójczych.

Myśli samobójcze, próby samobójcze oraz samobójstwa dokonane, to zjawiska powszechne w występowaniu CHAD. Myśli samobójcze mogą przybierać postacie pragnienia śmierci, ucieczki bądź uniknięcia cierpienia psychicznego oraz myśli o naturze obsesyjnej.

Myśli samobójcze wynikają z przekonania, że inne rozwiązanie intensywnego cierpienia nie istnieje, mogą one dodawać otuchy jako ostateczne wyjście z trudnej sytuacji [48].

Występowanie myśli samobójczych, stwierdzono w badaniach JOBS, w których u badanych z CHAD, poważne myśli samobójcze występowały u 80% badanych w czasie ich życia. Czynnikiem rozmyślań o samobójstwie według autorów fińskich były: ciężkie epizody depresyjne, poczucie beznadziejności, zaburzenia osobowości, wcześniej dokonane próby samobójcze [56, 57, 133].

Częstość występowania myśli samobójczych w badaniach przeprowadzonych w tej pracy, była zbliżona do uzyskanych w badaniach JOBS.

Wśród badanych kobiet występowanie myśli samobójczych zgłaszało w czasie depresji 73% a wśród mężczyzn 75,8% badanych, natomiast u 27,0% kobiet i 24,2% mężczyzn, podobne myśli nie występowały.

Dwie chore mówiły o 10-krotnych próbach samobójczych, jak same przyznały, było to raczej ich wołanie o pomoc, niż chęć targnięcia się na własne życie.

W populacji osób, u których rozpoznano nawracające zaburzenia afektywne dwubiegunowe, ryzyko samobójstw jest 15 razy większe, niż w populacji bez obciążeń psychicznych [104].

Charakterystyczna dla CHAD jest stała częstość występowania prób samobójczych, przez cały okres trwania choroby. W literaturze istnieją doniesienia o większej liczbie prób samobójczych wśród kobiet, natomiast mężczyźni częściej popełniają samobójstwa. Ryzyko popełnienia samobójstwa wzrasta u mężczyzn po 45 roku życia [134].

Ofiarami samobójstw są często osoby, które podjęły pierwsze w swoim życiu targnięcie się na swoje życie, w wyniku którego zmarły [57].

Pierwsza grupa czynników decydujących o odebraniu sobie życia to poczucie winy, osamotnienie lub poczucie beznadziejności. Ryzyko samobójstwa jest istotnie większe u osób z dużą liczbą nawrotów i szybką zmianą faz.

Druga niezwykle istotna grupa czynników wzmagająca myśli, próby i samobójstwa to izolacja chorego, jego osamotnienie, niemożność liczenia na pomoc innych.

Trzecia grupa czynników to sytuacje kryzysowe, konflikty małżeńskie, problemy materialne związane np. z bezrobociem czy bankructwem [52].

W wyniku niniejszych badań dotyczących częstości występowania prób samobójczych ustalono, że jedną próbę samobójczą podjęło 13 (35,1%) kobiet oraz 9 (27,3%) mężczyzn. Dwie próby samobójcze podjęła 1 kobieta (2,7%) oraz 6 mężczyzn (18,2%).

Natomiast 3 i więcej prób samobójczych podjęło 6 (16,2%) kobiet oraz 2 (6,1%) mężczyzn.

Wśród badanych mężczyzn nie podjęło próby samobójczej 16 (48,5%) osób, co jest zbliżone do grupy 17 (45,9%) kobiet, które także nie podjęły tej próby.

Tylko w przypadku dwukrotnej próby samobójczej u kobiet i mężczyzn wyniki różnią się pomiędzy badanymi grupami (odpowiednio 2,7% i 18,2%). Uzyskane wyniki badań potwierdzają fakt, że kobiety częściej niż mężczyźni próbują popełnić samobójstwo.

W badaniu STEP-BD, 35% osób relacjonowało podjęcie próby samobójczej w przeszłości. Występowanie prób samobójczych w skali roku szacuje się na 4/1000 osób dorosłych. Próby samobójcze częściej występują u ludzi młodszych. Stosunek prób samobójczych do samobójstw dokonanych wynosi 200:1 dla osób młodych, 8-20:1 w wieku średnim i 4:1 u osób w wieku podeszłym [50].



W ostatnim dziesięcioleciu wskaźniki samobójstw, zmniejszyły się na całym świecie o około 10%. Różnica ta dotyczy w szczególności krajów zamożnych (współczynnik liczby samobójstw wśród mężczyzn w stosunku do liczby samobójstw wśród kobiet, wynosił w 2012r. 3,5 w krajach o wysokim dochodzie i 1,5 w krajach o średnim i niskim dochodzie). Wskaźniki samobójstw są nieco wyższe w krajach o wysokim dochodzie narodowym niż w krajach o średnim i niskim dochodzie (12,7 versus 11,2 na 100 000 ludności).

W Polsce wskaźnik samobójstw, jest wysoki; w 2012 r. wynosił 16,6/100 000 ludności (30,5 wśród mężczyzn i 3,8 wśród kobiet). Wśród krajów europejskich Polska zajmowała w 2012 r. siódme miejsce, pod względem wysokości wskaźnika samobójstw [135].

Zasadniczymi czynnikami, które obniżają sprawność funkcjonowania pacjentów z CHAD, (pogarszają ich samopoczucie co w konsekwencji może prowadzić do samobójstwa), jest brak współpracy z lekarzem w czasie leczenia i nieprawidłowe przyjmowanie leków lub zaniechanie ich pobierania.

W literaturze przedmiotu, brak współpracy pacjentów w przypadku stosowania soli litu, wynosił (20-60%). Przyczyną nie stosowania się pacjentów do zaleceń lekarza, był również niepożądany wpływ leków w postaci wzrostu masy ciała lub zbyt duże wyciszenie.

Z powodu braku odpowiedniej edukacji chorych, remisje choroby lub epizody wzmożonego nastroju, mogły być traktowane, jako całkowity powrót do zdrowia i zaprzestania pobierania leków. Takie postępowanie prowadzić może do kolejnych dłuższych epizodów choroby przy krótszych remisjach [136].

### **Realizacja wybranych funkcji rodziny przez badanych z CHAD według Z. Tyszki**

**Funkcja materialno-ekonomiczna** - jest to zabezpieczenie materialnych potrzeb członków rodziny oraz pośrednio zaspokajanie niektórych materialnych potrzeb społeczeństwa [93].

Badania opublikowane przez WHO stawiają CHAD na 6 pozycji wśród najbardziej zaburzających wykonywanie pracy zawodowej [96].

W uzyskanych w tej pracy wynikach badań z funkcji materialno-ekonomicznej, wywiązywało się 19 (51,4%) kobiet a 15 (40,5%), nie zdołało wywiązać się z tego obowiązku w niepełnym zakresie wywiązywały się 3 (8,1%), kobiety.

W grupie mężczyzn 14 (42,4%) badanych, wywiązywało się a 17 (51,5%), nie wywiązywało się ze swoich obowiązków w zakresie tej funkcji 2 (6,1%) mężczyzn wywiązywało się częściowo ze swoich obowiązków.

Bardzo istotny związek CHAD, z przebiegiem kariery zawodowej i wynikające z tego zakłócenia w zabezpieczeniu materialnych potrzeb członków rodziny, obserwowali liczni badacze. Dyskryminacja pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową na rynku pracy, utrudniała im powrót do zdrowia i zapewnienie dobrej sytuacji materialno-ekonomicznej. Równe traktowanie i akceptacja są niezbędne dla normalnego funkcjonowania chorych [136].

W badaniach Colin Depp'a liczba niezatrudnionych z CHAD w wieku 46 do 58 lat była wyższa niż średnia niezatrudnionych zdrowych [138].

W 2000 roku NDMDA, przeprowadziło badania w których 88% pacjentów relacjonowało, że choroba ma negatywny wpływ na wypełnianie zadań związanych z zatrudnieniem. Trudności w uzyskaniu i utrzymaniu płatnej pracy, ujawniało 83% respondentów [121].

Mary Whooley i współpracownicy zaobserwowali, że faza depresyjna z jej symptomami była częściej odpowiedzialna za bezrobocie i w konsekwencji za utratę przychodów przez rodzinę.

Interesujący jest fakt, że kobiety lepiej niż mężczyźni, mimo obniżonego nastroju, wykonują swoje obowiązki domowe i zawodowe, chociaż wymaga to zwiększonej mobilizacji i maskowania przed otoczeniem [125].

**Funkcja seksualna** – jest to społecznie akceptowana forma współżycia płciowego [93].

CHAD, zwłaszcza w postaci zaburzeń przewlekłych, wielokrotnie nawracających wg Jolanty Orłowskiej-Heitzman, ma wpływ zarówno na funkcję seksualną człowieka, jak i na jego ogólny stosunek do życia seksualnego. Przyczyny złego stanu zdrowia seksualnego w CHAD są różnorakie, zależne przede wszystkim od fazy choroby.

W okresie manii stwierdza się często zwiększoną pożądlivość płciową, która nasila niepokój, wzmacnia napięcie i podniecenie seksualne oraz obniża krytycyzm. Konsekwencje dysfunkcji seksualnych w manii związane są z zaburzeniami funkcji poznawczych i krytycyzmu a to powoduje w skrajnych przypadkach, zniesienie intelektualnej kontroli nad zachowaniami popędowymi.

Depresja obniża zainteresowania seksualne. Napięcie depresyjne, obniżona samoocena, drażliwość i niepokój, stan stresu, uniemożliwiają zainicjowanie kontaktu seksualnego. Depresyjne przygnębienie i pogorszenie nastroju powoduje obniżenie libido, natomiast podwyższony nastrój, wzmożona aktywność, zwiększona energia seksualna, sprzyjają

zachowaniom nietaktownym i prowokującym, obniżają krytycyzm, ułatwiają nawiązywanie kontaktów seksualnych [139].

W bardzo nasilonej depresji dysfunkcje seksualne, pojawiają się u 36% chorych. W przypadku dysfunkcji seksualnej depresja, występuje u 16% mężczyzn a znacznie częściej, bo w 30% u kobiet. Ograniczony popęd seksualny, związany z ogólnym brakiem energii, zmniejsza bliskość współmałżonków i dokłada stresu w związkach. Pojawiają się podejrzenia o romans lub spadek atrakcyjności. Obcowanie z partnerem depresyjnym ogromnie frustruje współmałżonka, mnożą się konflikty. Dla przetrwania małżeństwa w takiej sytuacji, potrzebna jest wiedza na temat choroby, dobra wola, tolerancja i miłość [140].

W przeprowadzonych w tej pracy badaniach, chorzy zgłaszali, zarówno wzmożony popęd seksualny u 12 kobiet (32,4%) a także brak popędu u 12 kobiet (32,4%), wahania popędu seksualnego występowały u 11 kobiet (29,7%) a unormowany popęd deklarowały tylko 2 (5,4%) kobiety.

Największą grupę z wahaniami popędu stanowiła grupa 14 (42,4%) mężczyzn. Wzmożony popęd i brak popędu zgłaszało, w obu przypadkach, po 6 (18,25%) mężczyzn.

Wyniki badań innych autorów wykazały, że 53% małżonków nie zawarłoby związku małżeńskiego i nie zdecydowałoby się na potomstwo z osobą chorą, gdyby wcześniej miało informację na temat schorzenia i jego dziedzicznego charakteru [136].

Wyniki badań Liliany Del'Osso wykazują, że u osób z CHAD, stwierdza się poważne zaburzenia aktywności seksualnej, które korelują z ryzykiem wystąpienia prób samobójczych i samobójstw [59].

Zachowanie seksualne zarówno kobiet jak i mężczyzn zależne jest od różnych neurotransmiterów, o złożonym działaniu (dopamina, noradrenalina, serotonina, kwas gamma – aminomasłowy, oksytocyna, wazopresyna, argininowaangiotensyna II, substancja P, neuropeptyd Y, cholecystokinina).

Jednak mechanizm wpływu większości neurotransmiterów na zachowania seksualne jest nie do końca poznany [141].

Wyniki badań i praktyka terapeutyczna wskazują, że leczenie antydepresyjne może poprawiać dysfunkcję seksualną [142, 143, 144].

**Funkcja prokreacyjna** – jest to zaspokajanie rodzicielskich, emocjonalnych potrzeb współmałżonków (potrzeb ojcostwa i macierzyństwa) oraz reprodukcyjnych potrzeb społeczeństwa [93].

Według GUS, niekorzystny trend spadku liczby urodzeń żywych w dłuższym okresie należy wiązać z pogłębieniem się od 2009 r. niekorzystnych zmian we wzorcu płodności kobiet oraz w strukturze wieku, w populacji kobiet w okresie prokreacyjnym. Zmniejszeniu uległa liczba urodzeń wszystkich kolejności; z upływem czasu obniżająca się płodność, rozszerzyła się na coraz starsze grupy wiekowe kobiet; decyzje o urodzeniu dziecka są odraczane na późniejszy wiek, a w efekcie, wzrasta średni wiek rodzących matek. W momencie urodzenia pierwszego dziecka wzrósł on do 27,4 lat. Kontynuowanie tych trendów może pogłębiać stosunkowo wysoki deficyt w zastępowalności pokoleń, który wynosi już ponad 1/3 urodzeń. Zmiany w procesie rozrodczości w Polsce w pierwszej dekadzie XXI w. zachodziły za sprawą przede wszystkim ludzi młodych. Według danych wstępnych GUS w połowie 2015r. ujemny przyrost naturalny niepokojąco wzrósł i wyniósł 13 tys. osób (-0,7‰) [145].

W badaniu funkcji prokreacyjnej, największą grupę stanowiły kobiety bezdzietne 17 (45,9%), jedno dziecko posiadało 7 (18,9%) kobiet, dwoje dzieci posiadało 11 (29,7%) kobiet, troje dzieci posiadała 1 (2,7) kobieta oraz czworo dzieci posiadała także 1 (2,7) kobieta. Należy podkreślić, że o bezdzietności 17 kobiet, może stanowić między innymi młody wiek od 18 do 30 roku życia, które stanowiły 21,4% badanych.

W grupie mężczyzn uczestniczyło 13 (39,4%) bezdzietnych, po 1 dziecku posiadało 10 (30,3%) badanych, każdy z 7 (21,2%) chorych posiadał dwoje dzieci, a każdy z 3 (9,1%) posiadał po troje dzieci. Wysoki procent bezdzietności, zarówno u kobiet jak i u mężczyzn, w tym badaniu, (odpowiednio 45,9% i 39,4%), może wynikać z młodego wieku i stanu bezżenności części badanych.

W literaturze przedmiotu, istnieją doniesienia, że u 18,3% potomstwa chorych z chorobę afektywną dwubiegunową, 4-krotnie częściej niż u dzieci osób zdrowych, występowały różne zaburzenia psychiczne, a poziom osiągnięć i funkcjonowanie w środowisku, były gorsze w porównaniu z potomstwem osób zdrowych. Stopień obciążeń psychicznych występujący w rodzinach prokreacyjnych jest wyższy niż w rodzinach generacyjnych [127].

Decyzja o posiadaniu dzieci to dylemat wielu kobiet z CHAD, tym bardziej, że 50% z nich to dzieci nieplanowane. Ponadto w tej grupie kobiet ciąża, wiąże się z dużym ryzykiem nawrotu choroby, wynosi ono aż 71% i ma w większości charakter depresyjny [47, 146, 147].

**Funkcja legalizacyjno-kontrolna** – jest to sankcjonowanie szeregu zachowań i działań uznanych za niewłaściwe [93].

W CHAD w zależności od fazy mogą występować zachowania wielopłaszczyznowe odbiegające od przyjętych norm społecznych.

Najczęściej w stanie manii i hipomanii, ze wzmożonym nastrojem, chorzy są skłonni do podejmowania decyzji, które prowadzą do poważnych destrukcji życia psychospołecznego. Osoby takie bez uchwytnej przyczyny, podejmują ryzykowne, lekkomyślne działania, wzmożone zakupy, zaciągają kredyty, udają się w długie podróże bez pokrycia finansowego.

W niniejszych badaniach, skłonność do wzmożonych zakupów, wykazywało 14 (37,8%) kobiet i 15 (45,5%) mężczyzn, co stanowiło większość tych ostatnich.

W analizie funkcji legalizacyjno – kontrolnej skłonność do hazardu deklarowało tylko 5 (15,2%) mężczyzn, kobiety nie wykazywały skłonności do hazardu. Większą skłonność do pobierania kredytów częściej, wykazywali mężczyźni 6 (18,2%), niż kobiety 4 (10,8%), podobnie wyjazdy turystyczne preferowali częściej mężczyźni 8 (24,2%), niż kobiety 7 (18,9%). Wśród naszych badanych, skłonność do picia alkoholu i zażywania narkotyków zgłaszało 8 (21,6%) kobiet, a szybką jazdę samochodem 5 (13,5%) kobiet.

Mężczyźni mieli większą skłonność do picia alkoholu i zażywania narkotyków niż kobiety, bo aż w liczbie 11 (33,3%) i podobnie u 11 (33,3%) chorych występowała tendencja do szybkiej jazdy samochodem. Większą skłonność do wywoływania awantur wykazywały kobiety 22 (59,5%), w porównaniu z mężczyznami 8 (24,2%).

Natomiast wewnętrzny przymus wykonywania pracy zawodowej (pracoholizm) prezentowały w nieznacznie wyższym stopniu kobiety 6 (16,2%), niż mężczyźni 5 (15,2%).

Uzyskane w tej pracy wyniki badań wykazały skłonność do spełniania misji religijnych i społecznych. W grupie badanych tylko 1 (2,7%) kobieta i 4 (12,1%) mężczyzn, deklarowali chęć pomocy ludziom.

Uzależnienie od hazardu u chorych z chorobą afektywną dwubiegunową, obserwowano w ośrodkach badawczych w Kanadzie i w Stanach Zjednoczonych. Przebadano (379 kobiet i 200 mężczyzn) z CHAD u których, występował problem hazardu w 24,8%, dotyczył on większej grupy mężczyzn (19,5%).

Podkreślić należy, że hazard uprawia zaledwie ok. 2% ludzi w populacji ogólnej [128].

Kolejny problem związany z chorobą afektywną dwubiegunową 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 i nastawienia wielkościowe. W czasie trwania fazy maniakalnej w związku z nadmiarem energii i chęcią robienia czegoś ważnego, może występować również poczucie wyjątkowego posłannictwa.

Podwyższona bezkrytyczna samoocena, powoduje, że pacjentowi wydaje się, że ma jakąś misję do spełnienia.

Widoczne jest upośledzenie realizacji poszczególnych funkcji rodziny, zwłaszcza funkcji legalizacyjno-kontrolnej, gdyż świadomość, obiektywizm i samokontrola chorych są często znacznie obniżone.

**Funkcja rekreacyjno-towarzyska** - dom rodzinny, postrzegany jest jako miejsce wypoczynku w którym dba się o wszystkich członków rodziny, o dobrą atmosferę i o nawiązywanie kontaktów towarzyskich [93].

W 2000 roku, w amerykańskich badaniach NDMDA, 80% badanych, doświadczało psycho-socjalnych problemów, w tym w stosunkach międzyludzkich. Konflikty rodzinne oraz z przyjaciółmi, występowały w 68%, a problemy małżeńskie w 49% badanych. Ponadto 65% respondentów, deklaroowało problemy z zawieraniem i utrzymywaniem stosunków międzyludzkich [121].

W przeprowadzonych badaniach, wykazano, że wśród 18 (48,6%) kobiet rzadko pojawiała się chęć zawierania i utrzymywania kontaktów rekreacyjno-towarzyskich, natomiast często i bardzo często chęć zawierania kontaktów rekreacyjno-towarzyskich wykazywało odpowiednio 11 (29,7%) i 8 (21,6%) badanych kobiet.

Grupa mężczyzn, deklarowała udział w relacjach towarzysko-rekreacyjnych, często u 11 (33,3%) i bardzo często u 8 (24,2%). Rzadką aktywność rekreacyjno-towarzyską, deklarowało 14 (42,4%) mężczyzn.

Największą grupę, zarówno wśród badanych kobiet i mężczyzn (odpowiednio 48,6% i 42,4%), stanowiły osoby, które rzadko realizowały funkcję rekreacyjno-towarzyską, (spotkania z krewnymi i znajomymi oraz wyjścia do klubów, czy kawiarni).

Badanie zajmujące się związkiem choroby afektywnej dwubiegunowej z funkcjonowaniem społecznym w grupie społeczeństwa amerykańskiego, stanowiącej 1167 respondentów, przeprowadzone było za pomocą kwestionariusza MDQ (Mood Disorder

Questionnaire), porównawczo z grupą kontrolną. Metoda ta okazała się skuteczna, kiedy porównywano pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą dwubiegunową i zdrowych uczestników grupy kontrolnej na korzyść tych ostatnich [97,148].

Peter Whybrow uważa, że nadmierna aktywność chorych, związana jest z fazą maniakalną, dysfunkcyjny stan umysłu, który przeradza się w niepohamowany pęd, dezorganizację zachowania i kończy się nieuniknioną depresją. Brak pohamowania w nadmiernej konsumpcji, rodzi problemy społeczne i burzy więzi międzyludzkie oraz empatię w relacjach społecznych [149].

John Gartner, wskazuje na związek między odrobiną szaleństwa, a dużym sukcesem odniesionym przez wybitne jednostki w Ameryce. Podkreśla on, jak stany wzmożonego nastroju i aktywności (niewątpliwie element zaburzeń afektywnych dwubiegunowych), umożliwiły im dokonanie wielkich osiągnięć. Autor wymienia Aleksandra Hamiltona, Luisa Mayera i Davida Selznicka, twórców Hollywoodu, wskazuje, że osoby z zaburzeniem dwubiegunowym, mają trudności z ustaleniem granic dla swoich potrzeb, co w literaturze przedmiotu określa się mianem „przeładowania mózgowych ośrodków nagrody” [150].

Przeprowadzone badania dowodzą, że funkcjonowanie społeczne w przebiegu CHAD jest znacznie upośledzone, odbija się to zarówno w życiu rodzinnym jak i zawodowym.

Wydaje się celowym, prowadzenie dalszych badań choroby afektywnej dwubiegunowej, która jest nadal mało znaną społecznie chorobą psychiczną.

Bliższe poznanie tej choroby, może poprawić funkcjonowanie społeczne pacjentów we wszystkich deficytowych jej obszarach, a także przybliżyć naturę choroby w społeczeństwie.

## 7. Wnioski

1. Funkcjonowanie społeczne u badanych z chorobą afektywną dwubiegunową, w porównaniu do osób zdrowych, było istotnie gorsze we wszystkich podskalach SFS (Skala Funkcjonowania Społecznego).
2. Najbardziej zostało zaburzone funkcjonowanie społeczne w podskali pierwszej (wychodzenie z izolacji), czwartej (rekreacja i rozrywka) oraz piątej (samodzielność realizowana).
3. Porównanie samooceny badanych z CHAD i grupy kontrolnej wykazało różnicę statystycznie istotną we wszystkich podskalach i w wyniku ogólnym na korzyść grupy zdrowych.
4. Porównanie samooceny badanych z CHAD z opinią ich opiekunów wykazało bardzo wysoką zgodność ocen obu badanych grup.
5. Wśród zmiennych socjodemograficznych u badanych z chorobą afektywną dwubiegunową, nie stwierdzono istotnego związku z pogorszeniem funkcjonowania społecznego tylko w zakresie płci. Znaczne pogorszenie funkcjonowania społecznego u chorych występowało powyżej 50 roku życia w przeciwieństwie do osób zdrowych. Wykazano ujemną korelację pomiędzy poziomem funkcjonowania społecznego a wiekiem. Im starszy wiek chorych tym gorsze funkcjonowanie.
6. Duża liczba chorych, zarówno kobiet jak i mężczyzn (81%), osiągała wyższy poziom wykształcenia, co powodowało lepsze kontakty społeczne, ale nie ułatwiało utrzymania stałej pracy zawodowej.
7. Aktywność zawodowa chorych, była związana z lepszym funkcjonowaniem społecznym. Pojawiały się jednak duże trudności w rozwoju kariery zawodowej, w przeciwieństwie do grupy kontrolnej, w której aktywność zawodowa nie miała istotnego znaczenia dla funkcjonowania społecznego.
8. Chorzy pozostający w związkach małżeńskich i partnerskich lepiej funkcjonowali w zakresie podskali drugiej (komunikacji i więzi interpersonalnych) oraz w podskali siódmej dotyczącej zatrudnienia w porównaniu z chorymi pozostającymi w stanie wolnym.
9. Chorzy zamieszkujący w mieście lepiej funkcjonowali społecznie, we wszystkich podskalach, w porównaniu z mieszkającymi na wsi. W grupie kontrolnej, miejsce zamieszkania, nie miało znaczenia.



10. Rozpoznanie choroby afektywnej dwubiegunowej było utrudnione i często dokonywało się dopiero po kilku latach jej trwania, co powodowało konieczność wielokrotnych hospitalizacji.

11. Zarówno kobiety jak i mężczyźni (około 70%), zgłaszali występowanie myśli samobójczych a spośród nich (około 30 %), podjęło co najmniej jedną próbę samobójczą.

12. W zakresie funkcji materialno-ekonomicznej, kobiety i mężczyźni z CHAD, doświadczali trudności w jej realizacji.

13. Badanie funkcji seksualnej, wykazało jednakowo wysoki poziom wzmożonego popędu seksualnego jak i brak popędu u kobiet. Największe wahania popędu seksualnego, występowały u mężczyzn.

14. W zakresie badania funkcji prokreacyjnej u badanych kobiet i mężczyzn z CHAD, stwierdzono wysoki procent bezdzietności, który mógł wynikać z młodego wieku i stanu bezżenności u większości badanych.

15. Badanie funkcji legalizacyjno-kontrolnej, wykazało wśród kobiet tendencję do wywoływania awantur. Mężczyźni częściej niż kobiety dokonywali zakupów, kradzieży, nadużywali narkotyków i alkoholu, pobierali kredyty, uprawiali hazard oraz szybką jazdę samochodem. Zarówno kobiety i mężczyźni z CHAD rzadko realizowali funkcję rekreacyjno-towarzyską.

16. Prowadzenie dalszych badań choroby afektywnej dwubiegunowej, może pozwolić na lepsze poznanie tej choroby i poprawić funkcjonowanie społeczne pacjentów, we wszystkich deficytowych jej obszarach, a także przybliżyć specyfikę choroby w społeczeństwie.

## 7. Conclusions

1. Social functioning in patients with bipolar affective disorder, when compared with healthy persons, was significantly worse on all subscales of the Max Birchwood Social Functioning Scale. (SFS)
2. Social functioning was most disturbed on the first subscale (social engagement/withdrawal), fourth (recreation) and fifth (independence-competence).
3. Comparison of self-assessment of respondents with BPAD and a control group showed statistically significant difference on all subscales and in total score in favour of the control group (healthy persons).
4. Comparison of self-assessment of respondents with BPAD with opinions of their carers showed very high conformity of ratings of both studied groups.
5. Among socio-demographic variables in respondents with bipolar affective disorder, no significant relationship with deterioration of social functioning was detected only in terms of gender. Significant deterioration of social functioning in patients was observed at the age 50+, contrary to healthy persons. Negative correlation was shown between the level of social functioning and age. The older the patients, the worse was their functioning.
6. High number of patients, both men and women (81%), completed University education what resulted in better social relations but did not help maintain permanent employment.
7. Professional activity of patients was a factor that influenced positively social functioning. However, considerable difficulties to develop professional career were appearing, contrary to the control group – their professional activity had no significant influence on social functioning.
8. Patients in marital and partner relationships functioned better on the second subscale (interpersonal behaviour) and on the seventh subscale (employment/occupation) when compared with single patients.
9. Patients living in the city functioned socially better on all subscales when compared with those living in rural areas. In the control group place of residence was of no significance.

10. Diagnosing bipolar affective disorder is hindered and often done after a few years from the onset, this leads to multiple hospitalisations.
11. Both, women and men (approx. 70%), reported suicidal thoughts occurrence, and some (approx. 30 %) attempted suicide at least once.
12. When it comes to material-economic function, women and men with BPAD, experienced difficulties to realise it.
13. The study on sexual function showed a high level of intensified sexual drive in some women with BPAD but no drive in others. The biggest fluctuations of sexual drive were detected in men.
14. When procreative function was studied in women and men with BPAD, a high percentage of childlessness was observed, it could result from the young age and being single in most of the studied respondents.
15. When legalization-control function was studied, it was observed that women showed tendency to provoke conflicts (rows). Men more often than women devoted time to purchasing goods, stealing, abusing drugs and alcohol, taking credits, gambling and speed driving. Both, women and men with BPAD rarely realised recreation-social function.
16. Further studies on bipolar affective disorder can let recognize the disease better and improve social functioning of patients in all deficient areas and also make the disease more understandable for the society.

## **8. Streszczenie**

### **Wstęp**

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe CHAD, koreluje z funkcjonowaniem społecznym, które wiąże się z podejmowaniem pracy i aktywności w czasie wolnym, wypełnianiem codziennych obowiązków. Zaburzenia poznania społecznego, charakterystyczne dla CHAD, wpływają na jakość życia osób chorych zmniejszając ich zdolność do prawidłowego funkcjonowania społecznego.

CHAD to przewlekła choroba psychiczna, trwająca do końca życia, nazywana też psychozą maniakalno-depresyjną lub rzadziej cyklofrenią. CHAD może mieć różne nasilenie o charakterze cyklicznym i nawrotowym, często związana z porami roku. Rozróżnia się dwie postaci tej choroby:

1. Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typ I - psychoza maniakalno-depresyjna z przewagą depresji o znacznym nasileniu lub stany mieszane, wymagające hospitalizacji.
2. Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typ II - depresja z występującymi epizodami hipomanii, które nie wymagają hospitalizacji.

Istnieją cztery obrazy choroby afektywnej dwubiegunowej: hipomania, mania, depresja, stany mieszane. Obciążenia genetyczne i czynniki środowiskowe (stres), mogą być odpowiedzialne za wystąpienie i przebieg CHAD.

### **Cele pracy**

Głównym celem jest charakterystyka ilościowa i jakościowa funkcjonowania społecznego osób z chorobą afektywną dwubiegunową.

### **Cele szczegółowe**

1. Charakterystyka funkcjonowania społecznego osób z chorobą afektywną dwubiegunową i grupy kontrolnej, osób zdrowych według Skali Funkcjonowania Społecznego (SFS) z uwzględnieniem wybranych czynników socjodemograficznych i klinicznych.
2. Funkcjonowanie społeczne osób chorych według SFS w samoocenie chorych i opinii ich opiekunów.
3. Jakościowa charakterystyka funkcjonowania społecznego osób z chorobą afektywną dwubiegunową.

## **Badani i metoda**

W badaniach wzięło udział 370 osób, powyżej 18 roku życia, (kobiety i mężczyźni). Grupę 170 osób, stanowili chorzy z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej CHAD w stanie remisji.

W badaniu przy użyciu skali funkcjonowania społecznego wg Maxa Birchwooda, brało udział 100 chorych (badania ilościowe).

W celu weryfikacji odpowiedzi chorych w zakresie pytań zadawanych w skali SFS, przebadano też grupę 100 opiekunów, których kwalifikowano na zgody chorego i opiekuna. W wywiadzie swobodnym, częściowo skategoryzowanym, brało udział 70 osób (37 kobiet i 33 mężczyzn).

W badaniu uwzględniono zmienne socjodemograficzne: płeć, wiek, poziom wykształcenia, stan cywilny oraz wyznanie religijne. Grupę kontrolną stanowiło 100 zdrowych osób, powyżej 18 roku życia. Do analizy statystycznej wykorzystano program Statistica 10.0 (StatSoft Inc., 2011)

## **Wyniki badań**

W analizie wyników badań ilościowych wiek badanych chorych kobiet i mężczyzn wynosił od 18 do 76 lat. Chorzy powyżej 50 roku życia stanowili 34% badanych, a pozostałe grupy wiekowe różniły się między sobą nieznacznie (21% - 23%). Większość badanych pozostawała w stanie wolnym 43%, a w związkach małżeńskich 41%. Rozwiedzeni stanowili 15% niezależnie od płci.

Wśród badanych z CHAD w konglomeracjach miejskich zamieszkiwało 83% a na wsi 17%. Brak pracy zgłaszało 65% a 35 %, pracowało zawodowo i miało stałe zatrudnienie niezależnie od miejsca zamieszkania.

Badanie funkcjonowania społecznego na podstawie 7 podskal SFS, nie wykazało związku płci z funkcjonowaniem społecznym badanych z CHAD, w przeciwieństwie do grupy kontrolnej z istotnym związkiem płci (kobiety) w podskali wychodzenia z izolacji (I) i samodzielności realizowanej (V) oraz w wyniku ogólnym  $p = 0,0002$ .

Porównanie wpływu płci na funkcjonowanie społeczne pomiędzy grupą z CHAD a grupą kontrolną, nie wykazało różnicy istotnie statystycznej.

Korelacja wieku u chorych z CHAD z funkcjonowaniem społecznym, badana metodą korelacji Spearmana, była statystycznie istotna w podskali kontaktów społecznych (III), samodzielności możliwej (VI), pracy/zatrudnienia (VII) oraz w wyniku ogólnym. Wskazuje

to na istnienie następującej korelacji: (im starszy badany z CHAD, tym gorsze funkcjonowanie społeczne). W grupie kontrolnej, tylko w podskali wychodzenia z izolacji (I), stwierdzono statystycznie istotną, zależność młodego wieku z funkcjonowaniem społecznym.

Porównanie związku wieku, grupy badanych z CHAD, z grupą kontrolną na funkcjonowanie społeczne, nie wykazało statystycznie istotnej różnicy (test U Manna Whitneya).

Pogorszenie funkcjonowania społecznego w grupie badanych z chorobą afektywną dwubiegunową, stwierdzono u chorych powyżej 50 roku życia (34,0%), w każdej z podskal SFS.

U badanych z CHAD, pozostawanie (w związku małżeńskim, partnerskim), związane było z lepszą komunikacją interpersonalną i więziami międzyludzkimi (II), z pracą i zatrudnieniem (VII) oraz wynikiem ogólnym  $p=0,048$ . W grupie kontrolnej natomiast pozostawanie w związku miało istotne znaczenie tylko w podskali wychodzenia z izolacji (I). Stwierdzono statystycznie istotny, związek badanych chorych pozostających w związkach małżeńskich lub partnerskich na funkcjonowanie społeczne.

U badanych z CHAD, obserwowano związek średniego i wyższego wykształcenia na poprawę kontaktów społecznych (III). Natomiast w grupie kontrolnej, nie stwierdzono istotnie statystycznego wpływu poziomu wykształcenia na funkcjonowanie społeczne w żadnej z podskal SFS.

Zamieszkanie w mieście u badanych z CHAD, w porównaniu z zamieszkałymi na wsi, miało istotne znaczenie dla utrzymywania kontaktów społecznych (III), samodzielność realizowaną (V) oraz samodzielność możliwą (VI). W wyniku ogólnym, stwierdzono istnienie różnicy istotnej statystycznie  $p = 0,01$ , pomiędzy mieszkającymi w mieście i na wsi, na korzyść tych pierwszych. Natomiast w grupie kontrolnej, stwierdzono istotną różnicę tylko w podskali samodzielność możliwa (VI), na korzyść zamieszkiwania na wsi.

W wyniku ogólnym brak statystycznie istotnej różnicy pomiędzy mieszkańcami miasta i wsi w funkcjonowaniu społecznym, zarówno u badanych z CHAD jak i w grupie kontrolnej.

Korzystny związek aktywności zawodowej u badanych z CHAD, obserwowano w zakresie wszystkich podskal z wyjątkiem rekreacji i rozrywki (IV). Natomiast w grupie kontrolnej, wpływ aktywności zawodowej, był statystycznie istotny, tylko w podskali komunikacji interpersonalnej i więzi międzyludzkich (II) oraz pracy i zatrudnienia (VII).

Porównanie związku aktywności zawodowej z funkcjonowaniem społecznym w grupie chorych z CHAD i w grupie kontrolnej, wykazało istotną statystycznie różnicę między badanymi  $p = 0,0000$ .

W badaniu samooceny chorych, uzyskano we wszystkich podskalach, wyniki (w punktach), niższe, niż ustalony poziom prawidłowego funkcjonowania (115 punktów). W zakresie komunikacji i więzi międzyludzkich (II) oraz samodzielności możliwej (VI), (niezależna od aktualnie wykazywanej), uzyskano u chorych 113 punktów. Najmniej - 99,7 (17,0%) punktów, uzyskano w podskali samodzielność realizowana (V), która świadczy o samodzielności i aktywności w zakresie zaspokajania podstawowych życiowych potrzeb. Samoocena funkcjonowania chorych z CHAD, powyżej 115 punktów SFS Birchwooda, wykazała najlepsze wyniki w podskali (VI) samodzielność możliwa (48%) i (VII) praca/zatrudnienie (52%), a najniższe w zakresie podskali (V) samodzielność realizowana. Powyżej 115 punktów we wszystkich podskalach SFS w grupie chorych z CHAD, stwierdzono różnice istotne statystycznie  $p = 0,0000$ , w porównaniu z grupą kontrolną. Największe różnice stwierdzono w zakresie podskali (VI) i (VII) samodzielność możliwa i praca /zatrudnienie na korzyść grupy kontrolnej.

Porównanie samooceny badanych z CHAD z opinią ich opiekunów, wykazało duże podobieństwo.

W badaniu jakościowym, brało udział 70 chorych w przedziale wiekowym od 18 do 78 roku życia.

Największą grupę wśród badanych, stanowili mężczyźni w wieku od 51 do 78 roku życia 45,5%. Większość kobiet, posiadała wykształcenie średnie 45,9% i wyższe 37,8%.

Wśród mężczyzn z wykształceniem średnim i wyższym, uczestniczyło w badaniu 36,4% chorych w każdej grupie. Uzyskane wyniki są zgodne z badaniami innych autorów, którzy potwierdzają, że osoby z CHAD często osiągają wykształcenie średnie i wyższe.

Stan cywilny, wskazywał na większą liczbę mężatek 45,9% w stosunku do panien 35,1%. Liczba kawalerów i żonatych, nie różniła się między sobą i wynosiła 42,4% w każdej grupie. Zbliżone były liczby badanych rozwiedzionych zarówno wśród kobiet 16,2% jak i mężczyzn 15,2%. W sferze realizowania przynależności do kościoła katolickiego, największą grupę chorych, stanowiły kobiety wierzące i praktykujące 54,1%, mniejszą grupę prezentowały kobiety wierzące i niepraktykujące 24,3%. Grupa mężczyzn wierzących i praktykujących wynosiła 33,3%, a niepraktykujących 39,4%.

Według uzyskanych wyników badań, najczęściej rozpoznawano chorobę w pierwszym roku istnienia choroby u 40,5 % kobiet i u 30,3% mężczyzn oraz po 6 latach i więcej, u 35,1% kobiet i u 42,4% mężczyzn.

Przeprowadzone w tej pracy badania, wykazały jedno lub dwurazowe hospitalizacje u 40,5% kobiet oraz u 45,5,% mężczyzn.

Mniej kobiet 21,6% i mężczyzn 24,2% hospitalizowano 3-4 razy, a po 5-6 razy leczono szpitalnie 13,5% kobiet i 15,2% mężczyzn. Siedmiokrotnych i więcej hospitalizacji wymagało 24,3% kobiet i 15,2% mężczyzn.

Rozwój kariery zawodowej przebiegał bez zakłóceń tylko u 8,1% kobiet i u 24,2 % mężczyzn. Pewne trudności w rozwoju kariery zaobserwowano u 35% kobiet oraz 39,4%) mężczyzn, a duże trudności zgłaszało 45,9% kobiet i 36,4% mężczyzn.

W chwili badania 10,8% kobiet, nie posiadało żadnego zatrudnienia natomiast zatrudnieni byli wszyscy mężczyźni.

Wsparcie chorych przez rodzinę, wykazało, że na większą pomoc mogą liczyć mężczyźni w 78,8% niż kobiety w 51,4%.

Występowanie zachowań samobójczych, jest zjawiskiem powszechnym w przebiegu CHAD. Do występowania myśli samobójczych przyznawało się 73% kobiet i 75,8% mężczyzn. W wyniku badań dotyczących częstości występowania prób samobójczych, ustalono, że jedną próbę samobójczą podjęło 35,1% kobiet oraz 27,3% mężczyzn. Dwie próby samobójcze, podjęło 2,7% kobiet oraz 18,2% mężczyzn. Natomiast 3 i więcej prób samobójczych podjęło 16,2% kobiet oraz mężczyzn 6,1%. Wśród mężczyzn, nie podjęło próby samobójczej 48,5%, co było zbliżone do grupy kobiet (45,9%) .

W badaniach 5 funkcji rodziny wg Z. Tyszki, wywiązywanie się z funkcji materialno-ekonomicznej, deklarowało 51,4% kobiet i 42,4% mężczyzn.

Wzmógłony popęd seksualny oraz brak popędu u kobiet, występował w obu grupach po 32,4%, a u mężczyzn po 18,2% osób. Wahania popędu występowały u 29,7% kobiet i u 42,4% mężczyzn. Unormowany popęd, zgłaszały tylko 5,4% kobiet i 21,2% mężczyzn.

W badaniu funkcji prokreacyjnej uczestniczyło 45,9% bezdzietnych kobiet i 39,4% bezdzietnych mężczyzn. Jedno dziecko posiadało 18,9% kobiet i 30,3% mężczyzn.

Posiadanie dwojga dzieci, zgłaszało 29,7% kobiet i 21,2% mężczyzn. Natomiast po 2,7% kobiet, posiadało troje i czworo dzieci. W grupie mężczyzn 9,1% posiadało troje dzieci.

W analizie funkcji legalizacyjno-kontrolnej kobiety, zgłaszały skłonność do wzmógłonych zakupów w 37,8%, natomiast mężczyźni w 45,5% przypadków.



Skłonność do hazardu deklarowało tylko 15,2% mężczyzn, kobiety nie wykazywały takich skłonności. Większą skłonność do pobierania kredytów częściej, wykazywali mężczyźni 18,2%, niż kobiety 10,8%. Wyjazdy turystyczne, preferowali mężczyźni 24,2%, a kobiety 18,9%. Wśród chorych, mężczyźni mieli większą skłonność do picia alkoholu i zażywania narkotyków 33,3% , w tym samym stopniu występowała u mężczyzn tendencja do szybkiej jazdy samochodem 33,3%. Natomiast kobiety w znacznie mniejszym stopniu, ulegały alkoholizmowi i narkotykom 21,6% oraz wykazywały w mniejszym stopniu skłonności do szybkiej jazdy samochodem 13,5%.

Charakterystyczną cechą dla kobiet była skłonność do wywoływania awantur 59,5%, w przeciwieństwie do mężczyzn 24,2%. Kobiety w nieznacznie wyższym stopniu wykazywały e wewnętrzny przymus wykonywania pracy zawodowej (pracoholizm) 16,2%, natomiast mężczyźni 15,2%

Kobiety rzadko wykazywały, chęć zawierania i utrzymywania kontaktów rekreacyjno-towarzyskich 48,6% natomiast mężczyźni zawierali ich jeszcze mniej 42,4%.. Funkcję rekreacyjno-towarzyską często realizowały kobiety 29,7% i mężczyźni 33,3% mężczyźni oraz bardzo często 21,6% kobiety i 24,2% mężczyźni.

Przeprowadzone badania dowodzą, że funkcjonowanie społeczne w przebiegu CHAD, jest znacznie upośledzone, odbija się to zarówno w życiu rodzinnym jak i zawodowym.

Wydaje się celowym, prowadzenie dalszych badań nad chorobą afektywną dwubiegową, która jest nadal mało znaną społecznie chorobą psychiczną.

## **8. Abstract**

### **Introduction**

Bipolar affective disorder CHAD affects social functioning associated with taking up employment and free time activity and carrying out every day duties. Social cognitive disorder, characteristic to CHAD, stigmatizes the quality of life of the patients reducing their ability to function properly in a society.

CHAD is a chronic mental disease, lasting for life. It is also called a manic depression psychosis or cyclophrenia. CHAD can differ in intensity, is of a cycling and recurrent character, also connected with seasons of the year.

There are two types of the disease:

1. Bipolar affective disorder type I – a manic depression psychosis with many episodes of severe depression or mixed conditions requiring hospitalization.
2. Bipolar affective disorder type II – depression with hypomania episodes requiring hospitalization.

There are four episode types of bipolar affective disorder: hypomanic, manic, depressive, mixed. Genetic influence and environmental factors (stress) may be responsible for the occurrence and the course of CHAD.

### **Aims**

The main aim of this work is a quantitative and qualitative characteristic of social functioning of people with bipolar affective disorder.

### **Specific aims**

1. Characteristic of social functioning of people with bipolar affective disorder and the control group of healthy people according to Social Functioning Scale (SFS) including chosen socio-demographic and clinical factors.
2. Social functioning of the patients according to SFS in self-assessment of the patients and their carers' opinion.
3. Qualitative characteristic of social functioning of people with bipolar affective disorder.

### **Study and method**

In the studies participated 370 persons, aged over 18, (women and men). The group of 170 persons were patients with diagnosed CHAD, during remission.

In the study with the use of Social Functioning Scale of Max Birchwood participated 100 patients (quantitative study). To verify patients' responses for the questions in SFS, a group of 100 caregivers was also studied, they were qualified for the study after the the consent given both, by the patient and the carer.

In the free interview, partially categorized, participated 70 persons (37 women and 33 men). In the study was taken into account : gender, age, education, marital status and religion (qualitative study).

The control group were 100 healthy persons aged over 18.

For statistical analysis was used Statistica 10.0 (StatSoft Inc.,2011) program.

### **Study results**

In the analysis of quantitative study the age of women and men patients was 18 to 76. Patients aged over 50 made 34% of the respondents, There was a slight difference between the remaining age groups (21% - 23%). Majority of patients was single – 43%, married – 42%, divorced – 15 % regardless of gender.

Urban conglomerations were inhabited by 83% of patients and rural areas by 17%. Unemployment rate was 65%, and 35 % were employed and had permanent employment regardless of the place of residence.

The study of social functioning based on 7 SFS sub-scales, showed no influence of gender on social functioning of patients with CHAD, as opposed to the control group with significant influence of the gender (females) on the sub-scale leaving isolation (I) and realised independence (V) and in the total score  $p = 0,0002$ .

The comparison of the influence of genders on social functioning between the group with CHAD and the control group did not show statistically significant differences. The influence of age of the patients with CHAD analysed with the Spearman correlation was statistically significant on the sub-scale social interactions (III), possible independence (VI), work/employment (VII) and in the total score. This demonstrates a negative influence of the age factor on the above mentioned sub-scales (the older the age, the worse social functioning). In the control group only on the leaving isolation sub-scale (I) was found to have statistically significant positive influence of the young age on social functioning. The comparison of the influence of age on social functioning between the group of patients with CHAD and the control group did not show any significant difference (U Mann Whitney test). Worsened social functioning in the group of patients with bipolar affective disorder observed in patients aged over 50 (34,0%) on each SFS sub-scale.

Living in a relationship had positive influence for patients with CHAD on interpersonal communication and interpersonal relations (II), on work and employment (VII) and total score  $p = 0.048$ . In the control group leaving in a relationship had statistically positive influence on social functioning only in leaving isolation (I).

In the patients with CHAD was observed influence of higher secondary and higher academic education on improving social interactions (III). Living in the urban area in patients with CHAD when compared to living in the rural area had beneficial influence on maintaining social contacts (III), realised independence (V) and possible independence (VI). In the total score was found statistically significant difference  $p = 0.01$  between those living in the urban and rural area, in favour of the former. In the control group a statistically significant difference was found only on the possible independence subscale (VI), in favour of rural areas residents. In total score there was not any statistically significant difference between residents of urban and rural areas in social functioning for both, patients with CHAD and in the control group. Beneficial influence of professional activity in patients with CHAD was observed on all subscales, except for recreation and entertainment (IV). In the control group the influence of professional activity was statistically significant only on the interpersonal communication and interpersonal relations sub-scales (II) and work/employment (VII). Comparison of the influence of professional activity on social functioning between the group of patients and the control group showed statistically significant difference between all the respondents  $p = 0.0000$ . In the study of self-evaluation of the patients all the scores (in points) on all sub-scales were lower than the assumed level for normal functioning (115 points). Only for communication and interpersonal relations (II) and possible independence (VI), (irrespectively of currently demonstrated), patients scored 113 points. The lowest score – 99,7 (17.0%) points was obtained on the realised independence sub-scale (V). Self-assessment of the

CHAD patients functioning over 115 points in Birchwood SFS, showed best results on the sub-scale VI possible independence (48%) and VII work/employment (52%) and the lowest on the sub-scale V realised independence. Over 115 points on all SFS sub-scales, in the group of CHAD patients, were found statistically significant differences  $p = 0,0000$ , when compared with the control group. The biggest differences were found for the VI and VII sub-scales possible independence and work/employment in favour of the control group.

The comparison of self-evaluation of the patients with CHAD with opinions of their caregivers showed significant similarities.

In the qualitative study participated 70 patients age 18-78 . The biggest study group were men, aged 51-78 45.5%. Most women completed higher secondary education 45.9% and higher university education 37.8%. As for men, there were 36.4% in each group with higher secondary and higher academic education. The obtained results comply with the results of other authors, confirming that patients with CHAD often acquire higher secondary and higher academic education degree.

As for marital status, there were more married women 45.9% as compared to single women 35.1%. The number of unmarried and married men did not differ one from another and was 42.4% in each group. The number of divorced patients was similar for both, the group of women 16.2% and men 15.2%.

In the group of Catholic Church members, the biggest group were women believers and churchgoers 54.1%, the smaller group were women believers but non-churchgoers 24.3%. The group of men believers and churchgoers was 33.3%, and non-churchgoers 39.4%. According to the collected data, the disease was diagnosed most often in the first years of its occurrence in 40.5 % women and in 30.3% men and after 6 years and more in 35.1% women and in 42.4% men.

The study for this thesis showed there were patients one or two times hospitalized in the group of women 40.5% and men 45.5%. Fewer women 21.6% and men 24.2% were hospitalized 3-4 times, and 13.5% women and 15.2% men 5-6 times were inpatients. Inpatients for seven and more times were 24.3% of women and 15.2% of men. In this study, career ran smoothly only for 8.1% women and 24.2% men. Some difficulties in the career course were observed in 35% women and 39.4% of men, and big difficulties were reported by 45.9% women and 36.4% men. At the time the study was conducted 10.8% women were unemployed and all men had employment.

The analysis of family support for the patients showed that men can expect bigger help 78,8% then women 51,4%.

The occurrence of suicidal behaviours is a common phenomenon in the course of CHAD. Having suicidal thoughts reported 73% women and 75.8% of men. The study on the frequency of suicide attempts showed that one failed suicide attempt had 35.1% of women and 27.3% of men. Two failed suicide attempts had 2.7 %of woman and 18.2% of men. Failed suicide attempts committed 3 and more times were found in 16.2% of women and 6.1% of men. The percentage of men that did not attempt suicide was 48.5%, what is similar to the group of 45.9% of women.

After having studied 5 family functions according to Z. Tyszka, was found that 51.4% of women and 42.4% of men reported fulfilling material-economical functions. Hypersexuality and no sexual drive was found in women similarly for both groups, in each 32.4%, and in men each 18.2%. Fluctuations in the sexual drive were reported by 29.7% of women and 42.4% of men. Normalized sexual drive was reported by only 5.4% of women and 21.2% of men. In the study of procreation function participated 45.9% of childless women and 39.4% of childless men. One child had 18.9% women and 30,3% of men. Two children had 29.7% of women and 21.2% of men. More children, i.e. three had 2.7% of women. As for men, 9.1% had three children.

In the analysis of legalization-control function women reported, inclination to excessive spending 37.8%, and men 45.5%. Inclination to gambling was declared by only 15.2% of men, women did not show such inclination. Bigger inclination to take credits more often showed men 18.2% than women 10.8%. Tourist trips were preferred by men 24.2%, women only 18.9%. Men were more inclined to drink alcohol and take drugs 33.3%, also to same degree to drive fast. Women more less often abused alcohol and drugs 21,6%), less frequently practised fast driving 13.5%. The characteristic factor for women was inclination to start up rows 59.5%, as opposed to men 24.2%. Slightly more often women 16.2%, then men 15.2% showed inner obligation to carry out professional work (workaholism).

Respondents rarely showed willingness to make friends and maintain recreation-social relations: women 48.6%) and men 42.4%. The same function was often realised by women and men : 29,7% of women and 33,3% of men and very often :21,6% of women and 24,2% of men.

The conducted study proves that social functioning in the course of CHAD is significantly handicapped, what affects both family live and professional activity.

It seems reasonable realising further studies on the bipolar affective disorder which is a still.

## 9. Bibliografia

1. Druss BG., Marcus SC et al.: Understanding disability in mental and general medical conditions. *AM J Psychiatry*. 2000, 9, 1485 -1491.
2. Rymaszewska J. Funkcjonowanie społeczne i zawodowe osób mających zaburzenie psychiczne w Polsce w porównaniu do innych wybranych krajów europejskich. Rozprawa na stopień doktora habilitowanego. Wrocław. Akademia Medyczna. 2004.
3. Morselli PL: What the patient tell us: report on the GAMIAN International survey with specific reference to the Italian data. In Guimon J. Sartorius N. ed. *Menage or Perish?* New York, Kluwer. 1999, 475.
4. Phelps J., Angst J. et al. : Validity and utylity of bipolar spectrum models. *Bipolar Disord*. 2008, 10, 179 - 193.
5. Rybakowski J.: Historia starożytna i współczesna w: *Oblicza choroby maniakalno depresyjnej*. Termedia, Wydawnictwo Medyczne. Poznań. 2009, wyd II, 24.
6. Rybakowski J.: Fascynująca choroba. W: *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*. Termedia, Wydawnictwo Medyczne. Poznań. 2009, wyd. II, 8.
7. Kraepelin E.: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 6 Auflage. Barth Leipzig 1899.
8. Dunner DL., Gershon E.S. et al.: Heritable factors in the severity of affective illness. *Biological Psychiatry*, 1976, 11, 31-42.
9. Rybakowski J., Jaracz J.: *Leksykon manii i depresji*. Termedia, Wydawnictwo Medyczne. Poznań, wyd.1, 2010.
10. Marneros A., Goodwin F.: *Bipolar Disorders. Mixed States, Rapid Cycling and Atypical Forms*. Cambridge University Press , Cambridge, 2005.
11. Piwowarczyk A., Krysta K.: Czynniki środowiskowe a rozwój, przebieg i leczenie afektywnej choroby dwubiegunowej: opis przypadku. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2009, 18, (1) 97-99.
12. Perugi G., Toni C.: Dwubiegunowość z przejawami zaburzenia lękowego. *Psychiatria po Dyplomie.*, 2005, 2, 4, 44-48.
13. Rybakowski J.: Kreatywność a choroba maniakalno-depresyjna. w *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*. Termedia, Wydawnictwo Medyczne, Poznań, wyd. II, 2009. 9.
14. Kim EY., Miklowitz DJ.: Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *J. Affect Disord*. 2004, 82, 3, 343-352.

15. Bobińska K., Florkowski A.: Rola traumy w powstawaniu wybranych zaburzeń psychicznych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2007, 16, 4, 339 - 345.
16. Rybakowski J.: Perspektywa ewolucyjna: dlaczego geny choroby utrzymują się w populacji? w *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*. Termedia, Wydawnictwo Medyczne, Poznań, wyd. II, 2009.
17. Kubiak M., Musikowska B. i wsp. Aktualne wydarzenia życiowe poprzedzające próbę samobójczą z użyciem leków. *Przegląd Lekarski*. 2013, 70, 8, 551-554.
18. Permoda-Osip A., Rybakowski J.: Badania rodzinno-genetyczne i badania funkcji poznawczych w chorobie afektywnej dwubiegunowej: związek z efektem profilaktycznym węglanu litu. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2005, 5, 3, 137-143.
19. Allilaire J.F. Hantouche E.G. et al.: Frequence et aspects cliniques du trouble bipolaire II dans une etude multicentrique francaise EPIDEP 2001, 27, 2, 149 -158.
20. Jones I., Craddock N.: Bipolar disorder and childbirth the importance of recognizing risk. *British Journal of Psychiatry*. 2005, 1, 8, 6, 453 - 454.
21. Munk-Olsen T., Laursen TM. et al.: Risk and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Archives of General Psychiatry*, 2009, 66, 189 - 195.
22. Viguera AC., Whitfield T. et al.: Risk of recurrence in women with bipolar disorder during prospective study of mood stabilizer discontinuation. *American Journal of Psychiatry*, 2007, 164, 1817 -1824.
23. Saunders K. E., Goodwin G. et al.: Przebieg zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. *Psychiatria po dyplomie*. 2010, 7, 6, .318 – 328.
24. Leboyer M., Henry C. et al: Age at onset in bipolar affective disorders a review. *Bipolar Disorders* 2005, 7, 111 -118.
25. Weissman MN., Leaf PJ. Et al: Affective disorders in five United States communities. *Psychological Medicine*, 1988, 18, 141 – 153.
26. Perlis RH., Miyahara S. et al.: Long-term implications of early onset in bipolar disorder data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP BD). *Biological Psychiatry*, 2004, 55, 875 - 881.
27. Kennedy N., Boydell J. at al.: Gender differences incidence and age at onset of mania and bipolar disorder a 35 year period in Camberwell England. *American Journey of Psychiatry*. 2005, 162, 257 - 262.
28. Akiskal HS., Bourgeois ML. et al: Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum disorders. *J Affect. Disord*. 2000, 59 uppl. I, 55 - 530.



29. Post R.M., Weiss SR.: Sensitization and kindling phenomena in mood anxiety and obsessive compulsive disorders: the role of serotonergic mechanisms in illness progression. *Biol. Psychiatry*. 1998, 43, 3, 193 – 206.
30. Post R.M.: Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent disorder. *Am. J. Psychiatry*. 1986, 149, 191 – 201.
31. Kendler KS., Thornton L.M. et al.: Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women an evaluation of the kindling hypothesis. *Am. J. Psychiatry*, 2000. 157, 1243 - 1251.
32. McEwen BS., Wingfield JC.: The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Horm. Behav.* 2003, 43, 2 – 15.
33. Seeman TE., McEwen BS. et al.: Allostatic load as a marker of cumulative biological risk MacArthur studies of successful aging. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 2001, 98, 4770 – 4775.
34. McEwen BS.: Interacting mediators of allostasis and allostatic load towards an understanding of resilience in aging. *Metabolism*. 2003, 52, 2, 10 – 16.
35. Akiskal HS., Pinto O.: The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, IV. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 1999, 22, 3, 517- 534.
36. Akiskal HS., Djenderedijan AM. et al.: Cyclothymic disorder, validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am. J. Psychiatry*. 1977, 134, 11, 1227 – 1233.
37. Rybakowski J.: Mania – gdy nie ma rzeczy niemożliwych. W: *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*. Termedia. Wydawnictwo Medyczne. 2009.
38. Carson RC., Butcher JN.: *Psychologia zaburzeń. Tłumaczenie Dietrich W. Tom 1, Gdańsk*. 2011.
39. Puzyński S.: *Depresje i zaburzenia afektywne*. Wyd. Lekarskie PZWL, 2008.
40. Perlis RH., Brown E. et al.: Clinical Features of Bipolar Depression versus major depressive disorder in large multicenter Trials. *American Journal of Psychiatry* 2006, 163, 217-224.
41. Kessler RC., McGonagle KA. et al.: Life-time and 12-month prevalence of DSM-111-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1994, 51, 1, 8 – 19.
42. Benazzi F.: Bipolar disorder – focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Lancet*. 2007, 369, 935-945.
43. Runge M., Araszkievicz A. Problemy współpracy z pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. 2005, 5, 3, 109 – 116.

44. Dunner D.L., Fieve R.R. Clinical Factors in lithium carbonate prophylaxis failure. *Archives of General Psychiatry*. 1974, 30, 229 – 233.
45. Jakuszkowiak-Wojten K., Gałuszko-Węgielnik M. i wsp.: Rola psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. *Psychiatria*. 2012, 9, 1, 36 – 41.
46. Basco R.M., Rush J.A. et al.: Combining medication treatment and Cognitive-Behavioural Therapy in bipolar disorder. *Cognitive Psychotherapy*. 2007, 21, 1, 7 – 15.
47. Hagop S., Akiskal, MD. Spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w praktyce ogólnomedycznej i psychiatrycznej. *Psychiatria po Dyplomie* 2005, 2, 3 - 10.
48. Akiskal HS., Mallya G. et al.: Criteria for the soft bipolar spectrum treatment implications. *Psychopharmacol. Bull.* 1987, 23, 1, 68 - 73.
49. Suwalska A., Rybakowski J.: Dwubiegunowość – aspekt diagnostyczny. *Psychiatria po Dyplomie*. 2011, 8, 2, 54-58.
50. Oquendo M.A., Watemaux C. et al.: Suicidal Behaviour in Bipolar Mood Disorder Clinical Characteristics of Attempters and Nonattempters. *Journal of Affective Disorder*. 2000, 59, 107 – 117.
51. Grzywa A., Kucmin A. i wsp.: Samobójstwa- epidemiologia, czynniki, motywy i zapobieganie. Część I. *Polski Merkurusz Lekarski*. 2009, .XXVII, 161.432 – 436.
52. Beck A., Kovacs M.: Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1979, 47, 2, 343-352.
53. Puzyński S.: Uwarunkowania kliniczne, biologiczne i psychospołeczne chorób afektywnych w kontekście samobójstw. *Suicydologia* 2005, 1, 33 – 39.
54. Młodożeniec A.: Zachowania samobójcze u osób z zaburzeniami depresji. *Neuroscience Fakty*. 2010, 1, 2, 14 – 19.
55. Jaeschke R., Siwek M. et al. Problem samobójstw w zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym. *Farmakologia. Psychiatria i Neurologia*. 2010, 26, 133 - 140.
56. Akiskal HS., Benazzi F.: Family history validation of the bipolar nature depressive mixed states. *J Affect. Disord.* 2003, 73, 1-2, 113 - 122.
57. Valtonen H., Suominen K. et al.: Suicidal Behaviour during different phases of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2007; 97, 101 – 107.
58. Valtonen H., Suominen K.: Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J. Clin. Psychiatry*. 2005, 66, 11, 146 – 162.
59. Dell'Osso L., Carmassi E.: Sexual dysfunction and suicidality in patients with bipolar disorder and unipolar depression. *J. Sex. Med.* 2009, 6, 3063- 3070.

60. Savino M., Perugi G. et al.: Affective comorbidity in panic disorder, is there a bipolar connection? *J. Affect Disord.* 1993, 28, 3, 155 - 163.
61. Świtalska J.: Nasilenie i rodzaj objawów a funkcjonowanie poznawcze w chorobie afektywnej dwubiegunowej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii.* 2012, 21, 1, 37 – 42.
62. Franke P., Mair W. et al : Assessment of frontal lobe functioning in schizophrenia and unipolar major depression. *Psychopathology.* 1993, 26, 76 – 84.
63. Coffman J., Bornstein R. et al.: Cognitive impairment and cerebral structure by MRI in bipolar disorder. *Biol. Psychiatry.* 1990, 27, 1188 - 1196.
64. Borkowska A., Rybakowski J. Conjugate lateral eye movements during exacerbation of paranoid schizophrenia and the acute episode of major depression. *Biol. Psychiatry* 1997, 41, 1065 - 1067.
65. Dickerson F., Blume J. et al.: A cognitive and social functioning comparison between outpatients with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr. Res.* 2000, 41, 46-47.
66. Inoue Y., Tonooka Y. et al.: Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder. *J. Affect. Disord.* 2004, 82, 3, 403-409.
67. Montag C., Ehrlich A., et al.: Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. *J. Affect. Disord.* 2010, 123, (1-3), 264-269.
68. Zimmermann P., Bruckl T. et al.: Heterogeneity of DSM –IV major depressive disorder as a consequence of subthreshold bipolarity *Arch Gen Psychiatry* 2009, 66, 1341 – 1352.
69. Martínez-Arán A, Torrent C. et al.: Functional remediation for bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2011, 7. 112-116.
70. Rodriguez AA., Rosa AR. et al.: Bipolar disorder: staging and neuroprogression. *Psychiatria Polska* 2014, 48, 2, 231-243.
71. Krukow P., Karakuła H.: Poznanie i funkcjonowanie społeczne a funkcje wykonawcze i inne procesy kognitywne u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej, porównawcze stadium przypadku. *Curr. Probl. Psychiatrii.* 2011, 12, 4, 461 - 471.
72. Malhi GS., Ivanovsky B., et al.: Neuropsychological deficits and functional impairment in bipolar depression, hypomania and euthymia *Bipolar Disord.* 2007, 9, 114 - 125.
73. Paykel ES., Weissmann MM.: Social adjustment and depression, a longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1973, 28, 659 - 666.
74. Bellack A.S., Randall L. et al.: Social competence in schizoaffective disorder, bipolar disorder, and negative and non-negative schizophrenia. *Medical College of Pennsylvania. EPP, Philadelphia, PA, USA,* 1989,2, 391-401.

75. Wiemann JM., Backlund P.: Current Theory and Research in Communicative Competence.. Review of Educational Research, Spr 1980; 50 , 1, 185-190.
76. Bodnar A., Andrzejewska M. i wsp.: Zaburzenia poznania społecznego w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej – podobieństwa i różnice. Psychiatria Polska. 2014, 48, 3, 515 - 526.
77. Decety J., Jackson PL.: The functional architecture of human empathy. Behav. Cogn. Neurosci. Rev. 2004, 3, 2, 71 - 100.
78. MacQueen G., Young IT. et al.: A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. Acta Psychiatr. Scand. 2001, 103, 163 – 170.
79. Perlis RH., Ostacher M. et al.: Association between bipolar spectrum features and treatment outcomes in outpatients with major depressive disorder. Arch. Gen. Psychiatry 2011, 68, 4, 351-360.
80. World Health Organisations The ICD – 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
81. Bronowski P., Sawicka M. i wsp.: Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2009, 18, 1, 43 – 50.
82. Załuska M.: Metody oceny funkcjonowania społecznego chorych na schizofrenię. Psychiatria Polska. 1995, 5, 631 – 640..
83. Szmatka J.: Modele pojęciowe w teorii roli społecznej. Studia Socjologiczne. 1974, 1, 73-91 .
84. Załuska M. Funkcjonowanie społeczne i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową w schizofrenii. Instytut Psychiatrii i Neurologii. 2000' wyd. 1.
85. Tyrer PJ.: Personality disorder and social functioning. Peck DF, Shapiro C, red. Measuring Human Problems. A practical Guide. Chichester: Wiley and Sons Ltd. 1990.
86. Rogiewicz A.: Funkcjonowanie w rolach społecznych jako podstawa oceny efektów leczenia nerwic. Psychiatria Polska. 1981, 2, 145 – 152.
87. Słupczyńska E.: Metody pomiaru przystosowania społecznego w badaniach psychiatryczno-społecznych. Pojęcia i definicje. Psychiatria Polska. 1985, 3, 217 -223.
88. Young, R. C., Biggs, J. T. et al.: A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. British Journal of Psychiatry, 1978, 133, 429 - 435.
89. Hamilton M.: A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1960, 23, 1, 56 - 62.

90. Janusz B., Bobrzyński J.: O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii. *Psychiatria Polska*, 2010, XLIV, 1, 5-11
91. Birchwood M., Smith JO., et al : The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br. J. Psychiatry*. 1990, 157, 835 -.839.
92. Załuska M.: Skala funkcjonowania społecznego SFS Birchwooda M. jako narzędzie oceny funkcjonowania chorych na schizofrenię. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 1997, 6, 237 - 251.
93. Tyszka Z.: *Socjologia rodziny*. Wyd. PWN, Warszawa 1974.
94. Nowak S.: *Metodologia badań społecznych*. Wyd. PWN, Warszawa, 2012.
95. Konecki KT.: *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Wyd. PWN, Warszawa 2000.
96. World Health Organisations, *International Classification of Functioning, Disability and Health ICF*. Geneva: WHO; 2001.
97. Cassano GB., Rucci P. et al.: The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: argument for a unitary approach *Am. J. Psychiatry*. 2004, 161, 1264 – 1269
98. Perlick DA., Rosenheck RA., et al.: Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for bipolar disorder. *Bipolar Disorder*. 2007, 9, 3, 262 - 273.
99. Awad AG., Voruganti IN.: The Burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008, 26, 2, 149 –
100. Górna K., Jaracz K. i wsp.: Funkcjonowanie społeczne i jakość życia chorych na schizofrenię - zależność z remisją i czasem trwania choroby. *Psychiatria Polska*. 2014; 48, 2, 277 - 288.
101. Chang K., Blasey C. et al: Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disorder*. 2001, 3, 73 – 78.
102. Chadda RK., Singh TB. et al.: Caregiver burden and coping: a prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder . *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2007, 42, 11, 923-930.
103. Grad J., Sainsbury P.: Mental illness and family. *Lancet*. 1963; 281, 7280, 544 – 547.
104. Goodwin FK., Jamison KR.: *Manic – depressive illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. Second Edition Oxford University Press. Oxford 2007
105. Bartkowiak G.: *Orientacja nastawiona na rozwój i uczenie się osób zatrudnionych w organizacji*. Wyd. Akademii Ekonomicznej, Poznań, 1998.

106. Abood Z., Sharkey A. et al.: Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. *Bipolar Disorders*, 2002, 4, 243.
107. GUS.: *Badania struktury wykształcenia ludności Polski*. Warszawa. 2009.
108. Elgie R., Morselli PL.: Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives And advocacy organizationsb a review. *Bipolar Disorders*, 2007,9, 2, 144.
109. CBOS: *Wiara i religijność Polaków 20 lat po rozpoczęciu przemian ustrojowych*. arszawa. 2009.
110. GUS.: *Wyznania religijne. Stopwarzyszenia Narodowościowe i etniczne w Polsce w latach 2009-2011*, Warszawa. 2013.
111. Lish JD.: A family history study of rapid-cycling bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 1993, 48, 37 – 46.
112. Christiana JM., Gilman SE. et al.: Duration between onset and time of obtaining treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of mental health patients advocacy groups. *Psychol. Med.* 2000, 30, 693 - 703.
113. Simon GE.: Social and economic burden of bipolar disorders. *Biol. Psychiatry*, 2003, 54, 208 - 215.
114. Wittchen HU., Mhlig S.et al.: Natural course and burden of bipolar disorder. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2003, 6, 145-154.
115. Kleiman L., Lowin A. et al.: Cost of bipolar disorder. *Pharmacoeconomics* 2003, 21, 601 - 622.
116. Perlick DA., Rosenheck RA., et al.: Stigma as a barrier to recovery : adverse effects of perceived stigma on social adaptation of person diagnosed with bipolar affective disorder. *Psych.Serv.* 2001, 52, 1627 - 1632.
117. Cassidy F., Ahearn E. et al.: Elevated Frequency of Diabetes Mellitus in Hospitalized Manic-Depressive Patients. *Am J Psychiatry* 1999, 156, 1417 -1420.
118. Richards F., Curtice M.: Mania in late life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2011, 7, 357 – 364
119. GUS; *Sytuacja rodzinna: Aktywność zawodowa i Wykształcenie Polaków*. Szymon Czarnik, Konrad Turek, na podstawie Morselli PL., Elgie R.: The BEAM SURVEY: Information on current and past treatment of bipolar disorder generated by a patient questionnaire . *Bipolar Disorder*.2002, 4 (1), 131. 150.
120. Czarnik S., Turek K., na podstawie badań ludności zrealizowanych w 2013. roku w ramach IV edycji projektu: *Bilans Kapitału Ludzkiego Edukacja a rynek pracy – Tom II*, 2014

121. Hirschfeld MA, Lewis L, et al.: A. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 Survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003, 64, 161 - 174.
122. Morselli PL., Elgie R., Cesana BM.: GAMIAN-EUROPE/ BEAM Survey II: crossnational analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disord*. 2004. 6, 487 - 497.
123. Vieta E., Langosch JM, et al.: Clinical management and burden of bipolar disorder: results from a multinational longitudinal study (WAVE-bd). *Int. J. Neuro-psychopharmacol*. 2013, 16 (8), 1719 - 1732.
124. Calabrese JR., Hirschfeld RM. Impact of bipolar disorder on a US community sample. *J Clin Psychiatry* 2003; 64, 425 - 432.
125. Whooley MA., Kiefe CI., et al.: Depressive symptoms, unemployment and loss income. *Arch. Int. Med*. 2002, 162, 2614 - 2620.
126. Bauer R., Gottfriedsen GU., Et al.: Burden of caregivers of patients with bipolar affective disorders. *Am. J. Orthopsychiatry*. 2011, 81, 1, 139 – 148
127. Arciszewska A., Siwek M i wsp.: Poczucie obciążenia oraz poziom dysstresu psychicznego wśród małżonków pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową, analiza porównawcza typu I II. *Psychiatr. Pol*. 2015; 49, 6, 1289 - 1302.
128. Pakenham KI., Dadds MR.: Family care and schizophrenia : the effects of supportive educational program on relatives personal and social adjustment. *Aust. N.Z.J. Psychiatry* 1987, 21, 4, 580 - 590.
129. Ostman M., Hansson L.: The relationship between coping strategies and family burden among relatives of admitted psychiatric patients. *Scand. J. Caring Sci*. 2001, 15, 2, 159 -164.
130. Van der Voort TY., Goossens PJ. et al. Burden coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs*. 2007, 14, 7, 679 - 687.
131. Fjutrao L., Locklear J. et. al.: A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health*. 2009, 5, 3. 1745 – 1779.
132. Fiedorowicz J., G., Leon A.C., et al. : Do risk factors for suicidal behaviour differ by affective disorder polarity? *Psych. Med*. 2009, 39, 763 – 771.
133. Valtonen H.M., Suominen K. et al.: Hopelessness across phases of bipolar I or II disorder, a prospective study. *J. Affect. Disord*. 2009, 115, 11 - 17.

134. Duberstein PR., Conwell Y et al.: Suicide at 50 years and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychol. Med.* 2004, 34, 137 – 146.
135. Fudaley S., Rzyzko samobójstwa. [www.psych.waw. Pl/dokumenty/6.pdf](http://www.psych.waw.pl/dokumenty/6.pdf).
136. Targum S., Dibble E., et al.: The family attitudes questionnaire: patients' and spouses views bipolar illness. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1981, 38, 1.562 – 568
137. Brieger P., Rotting S. et al.: Quality of life an unipolar depressive and bipolar affective patient. *Psychiatr. Prax.* 2004, 31, 792 - 795.
138. Depp CA., Mausbach BT. i wsp. Social competence and observer-rated social functioning in bipolar disorder *Bipolar Disorders* 2010, 12, 843 - 850.
139. Heitzman J. Dysfunkcje seksualne w chorobie afektywnej dwubiegunowej. *Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej* 2003, 3, 1, 33 – 38.
140. Fagan PJ., Schmidt CW., et al.: Sexual dysfunction and dual psychiatric diagnoses. *Comp. Psychiatry.* 1988, 29, 278 - 284.
141. Wilson CA.: Pharmacological targets for the control of male and female sexual behaviour. W.: Rilley A. red. *Sexual Pharmacology.* Oxford Medical Publications. 1993.
142. Monteiro WO., Norshirvani HF., et al.: Anorgasmia from clomipramine in obsessive compulsive disorder: a controlled trial. *Br. J. Psychiatry .* 1987, 157, 107 - 112.
143. Jacobsen FM.: Fluoxetine induced sexual dysfunction and an open trial of yohimbine. *J. Clin. Psychiatry.* 1992, 53, 119 – 122
144. Baldwin D., Thomas S.: *Depresja a zaburzenia seksualne.* Via Medica, Gdańsk, 2000,. 41.
145. GUS: Rządowa Rada Ludnościowa Sytuacja demograficzna Polski. Warszawa. 2015. Raport 2014 - 2015.
146. Viguera A.C.: Reproductive decision by women with bipolar-disorder after pregnancy after psychiatric consultation. *Am. J. Psychiatr.* 2002, 159, 2102 – 2104.
147. Pużyńska E., Grzegorzczak J. i wsp.: Stan zdrowia psychicznego potomstwa osób z endogennymi chorobami afektywnymi (II badanie katamnesticzne) *Psychiatria Pol.* 1992, 26, 223 – 232.
148. Hirschfeld RM., Holzer C. et al.: Validity of the Mood Disorder Questionnaire: general population study. *AM. J. Psychiatry* 2003, 160, 178 - 180.



149. Whybrow PC.: American Mania. Ciągłe więcej ale nigdy dość. Wprowadzenie. Maniakalne społeczeństwo. Cz.I. Amerykański temperament: Mania bogactwa. Rozdział pierwszy: Amerykański Sen Adama Smitha o pożądaniu i długach. Tłum. Filip Rybakowski. konsultacja naukowa Janusz Rybakowski, Wyd. Termedia, 2006.
150. Gartner JD.: The hypomanic edge: the Link between ( a Little ) Craze and Lot of Succes in America. Simon and Schuster. New York 2005.

## 10. Aneks

### Załącznik nr 1

#### 10.1. Spis tabel i wykresów

##### 5.1. Badania ilościowe funkcjonowania społecznego pacjentów z CHAD w oparciu o skalę funkcjonowania społecznego (SFS) Maxa Birchwooda

5.1.1 Charakterystyka badanych z CHAD ich opiekunów i grupy kontrolnej według zmiennych socjodemograficznych

Tabela nr 1. Charakterystyka badanych z CHAD według zmiennych socjodemograficznych.....29

Tabela nr 2. Charakterystyka opiekunów badanych z CHAD według zmiennych socjodemograficznych.....31

Tabela nr 3. Charakterystyka grupy kontrolnej według zmiennych socjodemograficznych.....33

5.1.2. Związek zmiennych socjodemograficznych z funkcjonowaniem społecznym u badanych z CHAD i w grupie kontrolnej w 7 podskalach SFS

Tabela nr 1. Związek płci u badanych z CHAD z funkcjonowaniem społecznym w podskalach SFS. Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnice statystyczne (p).....35

Tabela nr 2. Związek płci z funkcjonowaniem społecznym w grupie kontrolnej w punktach podskal SFS. Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnice statystyczne (p).....36

Tabela nr 3. Porównanie związku płci z funkcjonowaniem społecznym w grupie badanych z CHAD i w grupie kontrolnej %.....37

Tabela nr 4. Związek wieku u badanych z CHAD z funkcjonowaniem społecznym w podskalach SFS (korelacje wg Spearmana).....38

Tabela nr 5. Związek wieku z funkcjonowaniem społecznym w grupie kontrolnej w podskalach SFS (korelacja wg Spearmana).....39

Tabela nr 6. Porównanie związku wieku z funkcjonowaniem społecznym w grupie badanych z CHAD i w grupie kontrolnej. Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnica statystyczna (p).....40

Tabela nr 7. Związek stanu cywilnego z funkcjonowaniem społecznym u badanych z CHAD w punktach podskal SFS. Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnice statystyczne (p).....41

Tabela nr 8. Związek stanu cywilnego z funkcjonowaniem społecznym w grupie kontrolnej w punktach podskal SFS. Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnice statystyczne (p).....42

Tabela nr 9. Porównanie związku stanu cywilnego z funkcjonowaniem społecznym u badanych z CHAD i w grupie kontrolnej.....43

Tabela nr 10. Związek wykształcenia z funkcjonowaniem społecznym u badanych z CHAD w punktach podskal SFS. Wartości średnie (M±SD) oraz różnice statystyczne (p).....	44
Tabela nr 11. Związek wykształcenia z funkcjonowaniem społecznym w grupie kontrolnej w punktach podskal SFS. Wartości średnie (M ±SD) oraz różnice statystyczne (p).....	45
Tabela nr 12. Porównanie stopnia w wykształcenia z funkcjonowaniem społecznym w badanych z CHAD i w grupie kontrolnej.....	46
Tabela nr 13. Związek miejsca zamieszkania z funkcjonowaniem społecznym u badanych z CHAD w punktach podskal SFS. Wartości średnie (M ± SD) oraz różnice statystyczne (p).....	47
Tabela nr 14. Związek miejsca zamieszkania z funkcjonowaniem społecznym w grupie kontrolnej w punktach podskal SFS. Wartości średnie (M ± SD) oraz różnice statystyczne (p).....	48
Tabela nr 15. Związek aktywności zawodowej z funkcjonowaniem społecznym w grupie badanych z CHAD w punktach podskal SFS. Wartości średnie (M ± SD) oraz różnice statystyczne (p).....	49
Tabela nr 16. Związek aktywności zawodowej z funkcjonowaniem społecznym w grupie kontrolnej w punktach podskal SFS. Wartości średnie (M ± SD) oraz różnice statystyczne (p).....	50
Tabela nr 17. Porównanie związku aktywności zawodowej z funkcjonowaniem społecznym u badanych z CHAD i w grupie kontrolnej.....	51
5.1.3. Samoocena funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD w punktach podskal SFS .	
Wykres nr 1. Samoocena funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD w punktach podskal SFS . Wartości średnie w punktach podskal SFS.....	52
Tabela do wykresu nr 1. Samoocena funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD. Wartości średnie (M±SD ) oraz wyniku ogólnego (%)......	53
Wykres nr 2. Samoocena funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD. Wartości średnie >115 punktów, dla podskal SFS oraz wyniku ogólny (%)......	54
Wykres nr 3. Porównanie samooceny funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD i w grupie kontrolnej. Wartości średnie >115 punktów dla podskal SFS oraz wyniku ogólnego (%)......	55
Tabela do wykresu nr 3. Porównanie samooceny funkcjonowania społecznego u badanych CHAD i w grupie kontrolnej. Wartości średnie >115 punktów dla podskal SFS i wyniku ogólnego (%) i różnice statystyczne (p).....	56
Wykres nr 4. Porównanie samooceny funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD z opinią ich opiekunów. Wartości średnie w punktach dla podskal SFS oraz wyniku ogólnego (%)......	57
Tabela nr 1 do wykresu nr 4. Porównanie samooceny funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD z opinią ich opiekunów. Współczynnik korelacji R Spearmana i różnice statystyczne (p).....	58

Tabela nr 2 do wykresu nr 4. Porównanie samooceny funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD z opinią ich opiekunów w punktach dla podskal SFS i wyniku ogólnego. Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnice statystyczne (p).....	59
Wykres nr 5. Porównanie samooceny funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD z grupą kontrolną. Wartości średnie w punktach dla podskal SFS i wyniku ogólnego.....	60
Tabela do wykresu nr 5. Porównanie samooceny funkcjonowania społecznego u badanych z CHAD z samooceną funkcjonowania społecznego grupy kontrolnej w punktach dla podskal SFS i wyniku ogólnego. Wartości średnie ( $M \pm SD$ ) oraz różnice statystyczne (p).....	61

5.2. Badania jakościowe .....	62
5.2.1. Charakterystyka badanych z CHAD według zmiennych socjodemograficznych tabela nr 1 i wykresy nr 1-5.....	63
Tabela nr 1 Charakterystyka badanych z CHAD według zmiennych socjodemograficznych.	63
Wykres nr 1. Płeć badanych z CHAD w %.....	64
Wykres nr 2. Wiek badanych z CHAD w %.....	65
Wykres nr 3. Wykształcenie badanych z CHAD w %.....	66
Wykres nr 4. Stan cywilny badanych z CHAD w %.....	67
Wykres nr 5. Stosunek do religii badanych z CHAD w %.....	68
5.2.2. Czas od pojawienia się pierwszych objawów do rozpoznania CHAD.....	69
Wykres nr 1. Czas od pojawienia się pierwszych objawów do rozpoznania CHAD w %.....	69
5.2.3. Liczba hospitalizacji u badanych z CHAD.....	70
Wykres nr 1. Liczba hospitalizacji z powodu CHAD w %.....	70
5.2.4. Wpływ CHAD na przebieg kariery zawodowej.....	71
Wykres nr 1. Przebieg kariery zawodowej u badanych z CHAD w %.....	71
5.2.5. Wsparcie rodziny dla badanych z CHAD.....	72
Wykres nr 1. Wsparcie rodziny dla badanych z CHAD w %.....	72
5.2.6. Występowanie zachowań samobójczych w przebiegu CHAD.....	73
Wykres nr 1. Występowanie myśli samobójczych u badanych z CHAD w %.....	73
Wykres nr 2. Występowanie prób samobójczych u badanych z CHAD w .....	74
5.2.7. Wybrane funkcje rodziny wg Zbigniewa Tyszki.....	75
5.2.7.1. Funkcja materialno-ekonomiczna.....	76
Wykres nr 1. Wywiązywanie się z funkcji materialno ekonomicznej w %.....	76
5.2.7.2. Funkcja seksualna.....	77
Wykres nr 2. Wpływ CHAD na funkcję seksualną w %.....	77
5.2.7.3. Funkcja prokreacyjna.....	78
Wykres nr 3. Realizacja funkcji prokreacyjnej badanych z CHAD w %.....	78
5.2.7.4. Funkcja legalizacyjno-kontrolna.....	79
Wykres nr 4. Wpływ CHAD na funkcję legalizacyjno-kontrolną.....	79
5.2.7.5. Funkcja rekreacyjno-towarzyska.....	82
Wykres nr 5. Wpływ CHAD na funkcję rekreacyjno-towarzyską w %.....	82

## Załącznik nr 2.

### 10.2. Lista pytań do wywiadu swobodnego, częściowo skategoryzowanego dotycząca chorych z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (CHAD)

#### I. Zmienne socjodemograficzne

1. Płeć
2. Wiek
3. Wykształcenie
4. Stan cywilny
5. Wyznanie, stosunek do religii

#### II. Pytania do wywiadu wg autorki pracy

1. Czas od pojawienia się pierwszych objawów do rozpoznania CHAD
2. Liczba hospitalizacji badanych z CHAD
3. Wpływ CHAD na przebieg kariery zawodowej
4. Wsparcie rodziny dla badanych z CHAD
5. Występowanie zachowań samobójczych w przebiegu CHAD

#### III. Wybrane funkcje rodziny wg Zbigniewa Tyszki

1. Materialno-ekonomiczna
2. Seksualna
3. Prokreacyjna
4. Legalizacyjno-kontrolna
5. Rekreacyjno-towarzyska

## **Załącznik nr 3**

### **10.3. Skala Funkcjonowania Społecznego, autor: dr Max Birchwood**

Część A (Wypełnia członek rodziny, opiekun)

Część B (wypełnia pacjent)

+SKALA FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO

część A (wypełnia członek rodziny, opiekun)

autor: dr Max Birchwood

NAZWISKO I IMIĘ.....

Ten kwestionariusz pomoże nam zorientować się jak członek Pana/i rodziny lub podopieczny radzi sobie w życiu od momentu zachorowania. Wypełnienie go zajmie około 20 minut. Przed rozpoczęciem wypełniania kwestionariusza proszę o odpowiedź na poniższe pytania:

1/ czy chory członek Pani/a rodziny zamieszkuje aktualnie wspólnie z Panem/ Panią ?

.....

2/. jeśli nie to jak dawno wyprowadził się od Pani/a..?.....

.....

3/. czy utrzymuje Pan/i nadal regularne kontakty z nim?..... i jak często się widujecie?

.....

---

wyniki podskal	I	II	III	IV	V	VI	VII
punkty surowe							
wynik policzony							



## I.

1/ o której godzinie wstaje on/ona rano z łóżka ?

zazwyczaj w dni powszednie	
----------------------------	--

2/ ile godzin dziennie w sumie spędza on/ona samotnie?. np samotnie w pokoju, samotnie na spacerze, samotnie słuchając radia, oglądając telewizję. itp. Proszę zakreślić odpowiednią rubrykę poniżej .

0 - 3 godz/dzień	praktycznie rzadko przebywam samotnie	
3 - 6 godz/dzień	niekiedy przebywa, samotnie	
6 - 9 godz/dzień	dużo czasu spędzam samotnie	
9 - 12 godz/dzień	większość czasu spędzam samotnie	
>12 godz/dzień	praktycznie cały czas spędzam samotnie	

3/ jak często rozpoczyna on/ona z kimś w domu rozmowę?

prawie nigdy	rzadko	czasami	często

4/ jak często wychodzi on/ona z domu z jakiegokolwiek powodu?

prawie nigdy	rzadko	czasami	często

5/ jak reaguje on/ona na obecność obcych osób?

unika ich	jest zdenerwowany/a	toleruje ich	lubi ich

## II

1/ Ilu ma on/ona przyjaciół - osób z którymi spotyka się regularnie i wspólnie coś robi ?

wpisz liczbę tych osób	
------------------------	--

2/ czy żyje aktualnie w małżeństwie ? lub ma aktualnie chłopaka /dziewczynę

tak	
nie	

tak	
nie	

3/ jak często jest Pan/Pani w stanie rozmawiać z chorym członkiem rodziny ze wzajemnym zrozumieniem,

lub prowadzić z nim racjonalną wymianę zdań? proszę zakreślić odpowiednią rubrykę.

prawie nigdy	rzadko	czasami	często

4/ na ile łatwo lub trudno jest mu w tej chwili rozmawiać z ludźmi?

bardzo łatwo	raczej łatwo	przeciętnie	raczej trudno	bardzo trudno

## III

Proszę zaznaczyć za każdym razem odpowiednią rubrykę, aby wskazać jak często w ciągu ostatnich trzech miesięcy zdarzało Ci się podejmować wymienione rodzaje aktywności

	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często
pójście do kina				
pójście do teatru lub na koncert				
oglądanie imprez sportowych w pomieszczeniu /np tenis, ping pong, boks/				
oglądanie imprez sportowych na dworze /np piłka nożna, siatkówka, wyścigi konne/				
zwiedzanie muzeum, galerii sztuki				
oglądanie wystawy				
zwiedzanie ciekawych miejsc lub miejscowości				
udział w spotkaniu dyskusyjnym				
chodzenie na kursy wieczorowe				
odwiedzanie krewnych u nich w domu				
przyjmowanie odwiedzin krewnych w swoim domu				
odwiedzanie przyjaciół lub dziewczyny /chłopaka				
pójście na przyjęcie towarzyskie				
pójście na oficjalną imprezę				
pójście na dyskotekę				
pójście do klubu nocnego, innego towarzyskiego				
uprawianie sportu w pomieszczeniu /basen, ping-pong itp/				
uprawianie sportu na dworze /piłka nożna, siatkówka itp/				
uczestnictwo w klubie, stowarzyszeniu				
pójście do PUB, piwiarni				
jedzenie na mieście				
branie udziału w imprezach religijnych, życiu kościelnym				

## IV

proszę zakreślić za każdym razem odpowiednią rubrykę aby wskazać jak często w ciągu ostatnich trzech miesięcy zdarzało Ci się podejmować następujące rodzaje aktywności i rozrywek

	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często
gra na instrumencie muzycznym				
szycie, szydełkowanie, robótki itp				
praca w ogródku na działce				
czytanie książek, gazet, czasopism				
oglądanie programów telewizji, video				
słuchanie radia, płyt, kaset				
gotowanie, pieczenie itp				
majsterkowanie				
drobne naprawy /radia, roweru, sprzętów i innych urządzeń/				
spacery, wycieczki				
przejażdżka samochodem, rowerem dla rekreacji				
pływanie				
hobby np. kwiaty, rybki, kolekcjonowanie czegoś,				
chodzenie po mieście, oglądanie sklepów				
czynności artystyczne, malowanie, rękodzielnictwo				

## V.

Proszę za każdym razem zakreślić odpowiednią rubrykę i wskazać jak często w ciągu ostatnich trzech miesięcy zdarzało Ci się wykonywać wymienione kolejno czynności.

Rodzaj czynności	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często
kupowanie czegoś w sklepie /samodzielnie/				
zmywanie naczyń, sprzątanie itp.				
regularne mycie się lub kąpanie				
pranie własnych rzeczy				
poszukiwanie pracy /jeśli nie pracuje lub chce zmienić/				
zakupy jedzeniowe				
sprzątanie i gotowanie posiłków				
samodzielne wyjścia z domu				
jeżdżenie autobusem, pociągiem itp				
posługiwanie się pieniędzmi na bieżąco				
gospodarowanie pieniędzmi, planowanie budżetu				
wybieranie i kupowanie ubrań dla siebie				
dbanie i zabiegi wokół własnego wyglądu zewnętrznego				

## VI

Proszę zaznaczyć za każdym razem odpowiednią rubrykę i określić na ile oceniasz swoje możliwości i zdolność do wykonywania wymienionych niżej czynności

	potrafię samodzielnie	potrafię z czyjąś pomocą	wcale nie potrafię	nie wiem
jeździć środkami komunikacji /autobus, tramwaj, pociąg /				
posługiwać się pieniędzmi na bieżąco				
gospodarować pieniędzmi odpowiednio do budżetu				
gotować dla siebie				
robić bieżące zakupy				
poszukiwać pracy				
pracę swoje rzeczy				
dbać o osobistą higienę				
sprzątać, zmywać dbać o porządek				
zamawiać coś ze sklepu				
samodzielnie wychodzić z domu				
dobierać dla siebie i kupować ubranie				
dbać o swój wygląd zewnętrzny				

## VII

Czy aktualnie posiadasz jakąś pracę /zatrudnienie/ - dotyczy to także pracy chronionej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, kursów szkolenia zawodowego itp, oraz opieki nad dzieckiem w ramach urlopu wychowawczego

mam zatrudnienie	nie mam zatrudnienia

1/ jeśli masz zatrudnienie to:

jaka to jest praca ? \_\_\_\_\_

ile godzin w tygodniu ? \_\_\_\_\_

od jak dawna masz tę pracę? \_\_\_\_\_

2/ jeśli aktualnie nie masz żadnego zatrudnienia to:

kiedy ostatnio byłeś /aś/ zatrudniony /a ? \_\_\_\_\_

jaka to była praca ? \_\_\_\_\_

ile godzin tygodniowo? \_\_\_\_\_

3/ czy masz orzeczoną grupę inwalidzka?

tak	nie	która grupa	od kiedy

4/ czy może jesteś aktualnie pacjentem oddziału dziennego?

tak	nie

5/ czy czujesz się zdolny do wykonywania jakiejś pracy?

zdecydowanie tak	chyba tak ale z trudnością	zdecydowanie nie mogę pracować

6/ jak często zajmujesz się poszukiwaniem pracy? np chodzeniem do pośrednictwa pracy czytaniem ogłoszeń o pracy?

prawie nigdy	rzadko	dość często	bardzo często

SKALA FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO

część B (wypełnia pacjent)

autor: dr Max Birchwood

NAZWISKO I IMIĘ.....

Ten kwestionariusz ma nam pomóc zorientować się jak Pan/i radzi sobie na codzień w życiu.

Wypełnienie go zajmie około 20 minut. Przed rozpoczęciem wypełniania kwestionariusza proszę o odpowiedź na poniższe pytania:

1/ gdzie Pan/i mieszka.....

2/ z kim Pan/i mieszka .....

---

wyniki podskal	I	II	III	IV	V	VI	VII
punkty surowe							
wynik policzony							

## I.

1/ o której godzinie wstajesz rano z łóżka ?

zazwyczaj w dni powszednie	
----------------------------	--

2/ ile godzin dziennie w sumie spędzasz samotnie?. np samotnie w pokoju, samotnie na spacerze, samotnie słuchając radia, oglądając telewizję. itp. Proszę zakreślić odpowiednią rubrykę poniżej .

0 - 3 godz/dzień	praktycznie rzadko przebywam samotnie	
3 - 6 godz/dzień	niekiedy przebywa, samotnie	
6 - 9 godz/dzień	dużo czasu spędzam samotnie	
9 -12 godz/dzień	większość czasu spędzam samotnie	
>12 godz/dzień	praktycznie cały czas spędzam samotnie	

3/ jak często rozpoczynasz z kimś w domu rozmowę?

prawie nigdy	rzadko	czasami	często

4/ jak często wychodzisz z domu z jakiegokolwiek powodu?

prawie nigdy	rzadko	czasami	często

5/ jak reagujesz na obecność obcych osób?

unikam ich	czuję zdenerwowanie	akceptuję ich	lubię ich

## II

1/ Ilu przyjaciół - osób z którymi spotykasz się regularnie i wspólnie coś robisz - masz aktualnie?

wpisz liczbę tych osób	
------------------------	--

2/ czy żyjesz aktualnie w małżeństwie ? lub masz aktualnie chłopaka /dziewczynę

tak	
nie	

tak	
nie	

3/ jak często jesteś w stanie rozmawiać z innymi ze wzajemnym zrozumieniem, lub prowadzić z nimi racjonalną wymianę zdań? proszę zakreślić odpowiednią rubrykę.

prawie nigdy	rzadko	czasami	często

4/ na ile łatwo lub trudno jest Ci w tej chwili rozmawiać z ludźmi?

bardzo łatwo	raczej łatwo	przeciętnie	raczej trudno	bardzo trudno

## III

Proszę zaznaczyć za każdym razem odpowiednią rubrykę, aby wskazać jak często w ciągu ostatnich trzech miesięcy zdarzało się mu / jej podejmować wymienione rodzaje aktywności :

	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często
pójście do kina				
pójście do teatru lub na koncert				
oglądanie imprez sportowych w pomieszczeniu /np tenis, ping pong, boks/				
oglądanie imprez sportowych na dworze /np piłka nożna, siatkówka, wyścigi konne/				
zwiedzanie muzeum, galerii sztuki				
oglądanie wystawy				
zwiedzanie ciekawych miejsc lub miejscowości				
udział w spotkaniu dyskusyjnym				
chodzenie na kursy wieczorowe				
odwiedzanie krewnych u nich w domu				
przyjmowanie odwiedzin krewnych w swoim domu				
odwiedzanie przyjaciół lub dziewczyny /chłopaka				
pójście na przyjęcie towarzyskie				
pójście na oficjalną imprezę				
pójście na dyskotekę				
pójście do klubu nocnego, innego towarzyskiego				
uprawianie sportu w pomieszczeniu /basen, ping -pong itp/				
uprawianie sportu na dworze /piłka nożna, siatkówka itp/				
uczestnictwo w klubie, stowarzyszeniu				
pójście do PUB , piwiarni				
jedzenie na mieście				
branie udziału w imprezach religijnych, życiu kościelnym				



## IV

proszę zakreślić za każdym razem odpowiednią rubrykę aby wskazać jak często w ciągu ostatnich trzech miesięcy zdarzało się mu/jej podejmować następujące rodzaje aktywności i rozrywek

	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często
gra na instrumencie muzycznym				
szycie, szydełkowanie, robótki itp				
praca w ogródku na działce				
czytanie książek, gazet, czasopism				
oglądanie programów telewizji, video				
słuchanie radia, płyt, kaset				
gotowanie, pieczenie itp				
majsterkowanie				
drobne naprawy /radia, roweru, sprzętów i innych urządzeń/				
spacery, wycieczki				
przejażdżka samochodem, rowerem dla rekreacji				
pływanie				
hobby np. kwiaty, rybki, kolekcjonowanie czegoś,				
chodzenie po mieście, oglądanie sklepów				
czynności artystyczne, malowanie, rękodzielnictwo				

## V.

Proszę za każdym razem zakreślić odpowiednią rubrykę i wskazać jak często w ciągu ostatnich trzech miesięcy zdarzało się mu / jej wykonywać wymienione kolejno czynności.

	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często
kupowanie czegoś w sklepie /samodzielnie/				
zmywanie naczyń, sprzątanie itp.				
regularne mycie się lub kąpanie				
pranie własnych rzeczy				
poszukiwanie pracy /jeśli nie pracuje lub chce zmienić/				
zakupy jedzeniowe				
sprzątanie i gotowanie posiłków				
samodzielne wyjścia z domu				
jeżdżenie autobusem, pociągiem itp				
posługiwanie się pieniędzmi na bieżąco				
gospodarowanie pieniędzmi, planowanie budżetu				
wybieranie i kupowanie ubrań dla siebie				
dbanie i zabiegi wokół własnego wyglądu zewnętrznego				

## VI

Proszę zaznaczyć za każdym razem odpowiednią rubrykę i określić na ile oceniasz jego możliwości i zdolność do wykonywania wymienionych niżej czynności

	potrafi samodzielnie	potrafi z czyjąś pomocą	wcale nie potrafi	nie wiem
jeździć środkami komunikacji /autobus ,tramwaj, pociąg /				
posługiwać się pieniędzmi na bieżąco				
gospodarować pieniędzmi odpowiednio do budżetu				
gotować dla siebie				
robić bieżące zakupy				
poszukiwać pracy				
prac swoje rzeczy				
dbać o osobistą higienę				
sprzątać, zmywać dbać o porządek				
zamawiać coś ze sklepu				
samodzielnie wychodzić z domu				
dobierać dla siebie i kupować ubranie				
dbać o swój wygląd zewnętrzny				

## VII

Czy aktualnie posiada on /ona pracę /zatrudnienie/ - dotyczy to także pracy chronionej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, kursów szkolenia zawodowego itp, oraz opieki nad dzieckiem w ramach urlopu wychowawczego

ma zatrudnienie	nie ma zatrudnienia

1/ jeśli ma zatrudnienie to:

jaka to jest praca ? \_\_\_\_\_

ile godzin w tygodniu ? \_\_\_\_\_

od jak dawna ma te pracę? \_\_\_\_\_

2/ jeśli aktualnie nie ma żadnego zatrudnienia to:

kiedy ostatnio był on/ona zatrudniony /a ? \_\_\_\_\_

jaka to była praca ? \_\_\_\_\_

ile godzin tygodniowo? \_\_\_\_\_

3/ czy ma on /ona orzeczoną grupę inwalidzka?

tak	nie	która grupa	od kiedy

4/ czy jest on/ona aktualnie pacjentem oddziału dziennego?

tak	nie

5/ czy sądzi Pan/Pani że jest ona /on zdolny do wykonywania jakiejś pracy?

zdecydowanie tak	chyba tak , ale miałby trudności	zdecydowanie nie

6/ jak często zajmuje się on/ona poszukiwaniem pracy? np chodzeniem do pośrednictwa pracy czytaniem ogłoszeń o pracy?

prawie nigdy	rzadko	dość często	bardzo często