

Psychiatria i Psychoterapia 2014; tom 10, numer 4: strony 3-15

wersja pierwotna - elektroniczna

Anna Nieznańska, Urszula Baron, Krystyna Jaracz, Krystyna Górna  
JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE AFEKTYWNEJ DWUBIEGUNOWEJ  
QUALITY OF LIFE IN BIPOLAR DISORDER

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego,  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu  
kierownik: dr hab. Krystyna Jaracz

**Streszczenie**

**Wstęp:** Wśród następstw choroby afektywnej dwubiegunowej znajduje się znaczne obniżenie jakości życia, w tym funkcjonowania społecznego chorych.

**Materiał:** W artykule przeprowadzono analizę 24 najważniejszych publikacji z lat 2009–2014, w tym: 17 odnoszących się do oceny jakości życia oraz 7 artykułów dotyczących wyłącznie funkcjonowania społecznego chorych z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej.

**Wyniki:** Wyłoniono 8 czynników mających ścisły związek z oceną poziomu jakości życia osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej: obecność objawów depresyjnych, używanie substancji psychoaktywnych, deficyt snu, aktywność religijna i wsparcie społeczne, zinternalizowana stygmatyzacja, podejmowanie prób samobójczych w przeszłości, percepcja emocji i impulsywność. Stwierdzono, iż funkcjonowanie społeczne chorych z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej zależne jest od stanu emocjonalnego chorych, w szczególności od obecności objawów depresyjnych, od sprawności funkcji poznawczych oraz zinternalizowanej stygmatyzacji.

**Wnioski:** Pomoc w opanowaniu pierwszych symptomów fazy depresyjnej może pomóc chorym w ich sprawnym funkcjonowaniu społecznym i poprawie jakości życia. Wdrożenie odpowiednich terapii uwzględniających ćwiczenie funkcji poznawczych oraz mających na celu zmniejszenie zinternalizowanej stygmatyzacji może przyczynić się do podniesienia oceny jakości życia i poprawy funkcjonowania społecznego chorych.

**Summary**

**Background:** Among the consequences of bipolar disorder there is a decreased quality of life, including the deterioration of patients' social functioning.

**Material:** The paper contains an analysis of 24 major publications from the years 2009 to 2014, including 17 related to the assessment of quality of life and 7 articles on the bipolar patients' social functioning.

**Results:** There were selected 8 factors which are related with the assessment of the quality of life of persons with a diagnosis of bipolar disorder: the presence of depressive symptoms, substance use, sleep deficit, religious activity and social support, internalized stigma, suicide attempts in the past, the perception of emotions and impulsivity. It was defined that social functioning of bipolar patients is dependent on the emotional state of patients, and in particular the presence of depressive symptoms. It is dependent also on patients' cognitive performance and internalized stigma.

**Conclusions:** Assistance in mastering the first symptoms of a depressive phase can help bipolar patients in their smooth social functioning and quality of life. Taking into account the implementation of appropriate therapy with cognitive exercise and which is aimed at reducing internalized stigma, may contribute to improving the quality of life and improve the patients' social functioning.

**Słowa kluczowe:** choroba afektywna dwubiegunowa, jakość życia, funkcjonowanie społeczne

**Key words:** bipolar disorder, quality of life, social functioning

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) jest kontinuum między depresją i manią [1]. Polega na specyficznym „sposobie organizacji czynności mózgu, przejawiającym się szczególnym zachowaniem i funkcjonowaniem. ChAD nazywany jest zaburzeniem ekstremalnych emocji” ([2] s.7).

Wśród następstw choroby afektywnej dwubiegunowej wymienia się często obniżenie jakości życia i pogorszenie funkcjonowania społecznego chorych. Występowanie objawów chorobowych może istotnie zakłócić, a nawet uniemożliwić na jakiś czas zdobycie pożądanego wykształcenia, uzyskanie lub utrzymanie pracy zawodowej, zawieranie i trwanie w zdrowych relacjach, określanie bądź dostosowywanie do zmieniających się okoliczności planów życiowych i ich realizację [1, 3]. Często w następstwie choroby afektywnej dwubiegunowej pogorszeniu ulega sytuacja materialna chorego i jego rodziny, często dochodzi do poważnych konfliktów małżeńskich, których efektem jest separacja lub rozwód [3, 4]. Osoby, u których zdiagnozowano chorobę afektywną dwubiegunową często uzależniają się od substancji psychoaktywnych, nadużywając głównie alkoholu i leków [2, 3, 4, 5]. „ChAD wiąże się również z wysokim ryzykiem samobójstwa: od 10% do 20% osób chorych odbiera sobie życie. Próby samobójcze podejmuje około 60% chorych” ([1] s. 16).

Jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym, które obejmuje różne obszary życia człowieka ([6] s.15). W publikacjach medycznych spotkać się można z innymi określeniami, stosowanymi jako synonimy jakości życia, m.in.: stan zdrowia, stan funkcjonalny, satysfakcja z życia [7]. Na użytek niniejszej pracy oraz po zapoznaniu się z literaturą przedmiotu jakość życia interpretowana jest - zgodnie z definicją jakości życia uwarunkowanej zdrowiem autorstwa Schipperera - jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez pacjenta” [8]. W badaniach dotyczących jakości życia uwzględnia się pięć podstawowych sfer funkcjonowania chorego, tj.: stan fizyczny, sprawność ruchową, funkcjonowanie psychologiczne, funkcjonowanie społeczne, doznania somatyczne [9-12].

Często podejmowanym przez badaczy problemem związanym z jakością życia jest funkcjonowanie społeczne osób cierpiących na zaburzenia psychiczne [13–17]. Funkcjonowanie społeczne odnosi się do posiadanych przez jednostkę zasobów i umiejętności ich efektywnego

wykorzystywania w obrębie interakcji jednostki z otoczeniem. Obejmuje cztery główne obszary ludzkiej działalności, tj.: funkcjonowanie zawodowe (praca i nauka), funkcjonowanie rodzinne, niezależność w codziennym funkcjonowaniu oraz wypoczynek (aktywność w czasie wolnym) [11, 13]. Ze względu na konsekwencje społeczne i ekonomiczne, jakie wiążą się z chorobą afektywną dwubiegunową, badania nad funkcjonowaniem społecznym osób cierpiących na tę chorobę skupiają się głównie na dwóch obszarach aktywności, tj. na funkcjonowaniu zawodowym i rodzinnym [4-5, 11-12, 14-17].

Głównym zainteresowaniem badaczy jest analiza potencjalnych związków pomiędzy typem choroby i nasileniem objawów chorobowych a oceną jakości życia. Ocena wpływu poszczególnych objawów choroby, uwarunkowań osobowościowych osób z diagnozą ChAD oraz następstw prowadzonej terapii dla jakości życia osób chorych na ChAD pozwolić ma, zdaniem badaczy, na optymalizację postępowania terapeutycznego i opieki nad chorymi [4, 11-12, 15, 18].

Celem niniejszej pracy jest określenie najważniejszych determinant oceny jakości życia społecznego osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej poprzez dokonanie przeglądu najnowszych publikacji z badań nad ww. problematyką. Ze względu na to, że w ostatnich pięciu latach obserwuje się wzrost liczby publikacji dotyczących jakości życia osób cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową, niniejsza praca skupia się na najważniejszych pracach empirycznych wydanych w latach 2009-2014. Publikacje wyszukane zostały za pomocą baz PubMed oraz Scopus przy użyciu anglojęzycznych słów kluczowych: quality of life, social functioning, social behavior, bipolar. Z analizy wykluczone zostały prace pogładowe, analizy przypadków oraz rozprawy doktorskie i habilitacyjne. Analizowane publikacje dotyczące jakości życia zestawione zostały w tabeli 1. Tabela 2 przedstawia najważniejsze publikacje na temat funkcjonowania społecznego osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej. W pracy omówiono najważniejsze spostrzeżenia na temat jakości życia osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej oraz przedstawiono wnioski z dotychczasowych opublikowanych badań i własne sugestie dotyczące dalszych badań w ww. obszarze.

### **Jakość życia w chorobie afektywnej dwubiegunowej**

W latach 2009–2014 ukazały się 24 artykuły dotyczące oceny jakości życia osób cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową. Spośród nich 17 stanowi prace empiryczne odwołujące się do badań wyłącznie nad jakością życia chorych z diagnozą ChAD. Badacze posługiwali się głównie skalą Światowej Organizacji Zdrowia WHOQOL w wersji skróconej oraz skalą SF-36. Skrócony opis najważniejszych publikacji na temat jakości życia osób cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową przedstawia tabela 1.

**Tabela 1. Skrócony opis najważniejszych publikacji z lat 2009-2014 dotyczących badań nad jakością życia osób z chorobą afektywną dwubiegunową**

Autor badania (rok publikacji)	Osoby badane	Narzędzia badawcze	Główne wnioski z badania
Amini i wsp. (2012) [18]	102 pacjentów z diagnozą ChAD typu I	WHOQOL-BREF	Uporczywe objawy depresji mogą być podstawowym determinantem obniżonej jakości życia u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową typu I.
Bajor i wsp. (2013) [19]	384 pacjentów z diagnozą ChAD	SF-36	Pacjenci w stanie depresji przejawiają większe ubytki w psychicznym wymiarze jakości życia zależnej od stanu zdrowia niż ci, którzy znajdują się w stanie maniakalnym. Dodatkowo negatywnie na jakość życia pacjentów wpływa uzależnienie od środków psychoaktywnych.
Bonnin i wsp. (2012) [20]	103 pacjentów z diagnozą ChAD, 30 osób zdrowych	SF-36, WHODAS-2 (Psychosocial functioning and disability)	Istnieje umiarkowany wpływ podprogowych objawów depresji na obniżenie jakości życia osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej.
Costa i wsp. (2012) [21]	41 osób z diagnozą ChAD typu I i II, (27 – udział w psychoterapii poznawczo-behawioralnej, 14 os. - wyłącznie farmakoterapia)	MOS SF-36	Osoby z grupy terapeutycznej prowadzonej w nurcie poznawczo-behawioralnym mają wyższą jakość życia w wynikach całosciowych oraz, w stosunku do stanu przed rozpoczęciem terapii, znaczącą poprawę w prawie wszystkich podskalach jakości życia.
de Abreu i wsp. (2012) [22]	108 pacjentów z diagnozą ChAD typu I (44 - z historią prób samobójczych, 64 - bez prób samobójczych w historii)	WHOQOL	Pacjenci z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej, którzy mieli w przeszłości próby samobójcze, uzyskali istotnie niższe wyniki we wszystkich 4 obszarach jakości życia w porównaniu do pacjentów bez prób samobójczych w swojej historii.
Fulford i wsp. (2014) [23]	42 osoby z diagnozą ChAD typu I	WHOQOL	Sposób postrzegania wyrażanych przez innych ludzi emocji i odnoszenie ich do siebie, wyjaśnia subiektywną ocenę dobrostanu. Percepcja emocji może wpływać stabilizująco na poziom jakości życia w chorobie afektywnej dwubiegunowej.
Javadpour i wsp. (2013) [24]	108 pacjentów z diagnozą ChAD	WHOQOL	W grupach interwencyjnych z psychoedukacją w porównaniu do grup kontrolnych zachodzi znacząca poprawa we wszystkich obszarach jakości życia, zmniejszenie liczby nawrotów objawów choroby i hospitalizacji oraz wzrost efektywności działania leków.
Kilbourne i wsp. (2009) [14]	334 dobrowolnie zgłaszających swój udział w prospektywnym badaniu pacjentów z ChAD	12 HRQOL	Wykazano związek pomiędzy zażywaniem narkotyków a niższym wynikiem jakości życia w wymiarze funkcjonowania psychicznego oraz związek pomiędzy większą liczbą współwystępujących chorób a istotnie niższą jakością życia w zakresie zdrowia i funkcjonowania fizycznego.
Michalak i wsp. (2013) [25]	960 pacjentów z diagnozą ChAD	SF-36	Pacjenci z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej typu I, u których występowały epizody stanów mieszanych, zgłaszali znaczne obniżenie jakości życia zależnej od stanu zdrowia w porównaniu do pacjentów z epizodami manii.

Pattanayak i wsp. (2012) [15]	30 pacjentów z diagnozą ChAD typu I w stanie remisji, 30 osób zdrowych	WHOQOL-BREF (wersja indyjska), Global Assessment of Functioning (GAF)	Badani uzyskali znacząco niższe wyniki w psychologicznych i społecznych wymiarach jakości życia, podobnie jak w ogólnym funkcjonowaniu.
Saarni i wsp. (2010) [26]	8028 Finów, w tym 67 ze schizofrenią i 69 z ChAD	EQ-5D, 15D – jako ekwiwalent skali HRQOL	Objawy depresyjne stanowią najsilniejszy predyktor niskiej jakości życia w chorobach psychiatrycznych.
Saunders i wsp. (2013) [27]	119 chorych z diagnozą ChAD w stanie eutymii, 136 osób zdrowych	Pittsburgh Sleep Quality Index	Niska jakość snu, zaburzenia snu wpływają na jakość życia osób z chorobą afektywną dwubiegunową. Niska jakość snu wpływa na gorsze funkcjonowanie poznawcze chorego.
Stroppa i Moreira-Almeida (2013) [28]	168 osób z diagnozą ChAD	WHOQOL-BREF	Religijność i pozytywne funkcjonowanie w obszarze religii są silnie związane z mniejszą liczbą objawów depresyjnych oraz poprawą jakości życia chorych z chorobą afektywną dwubiegunową.
Üstündağ i Kesebîr (2013) [29]	100 pacjentów z diagnozą ChAD	WHOQOL-BREF, Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)	Pacjenci ze zinternalizowaną stygmatyzacją mają krótsze okresy regresji choroby afektywnej dwubiegunowej oraz więcej epizodów depresji niż ci, którzy nie mają zinternalizowanej stygmatyzacji.
Victor i wsp. (2011) [30]	76 pacjentów z diagnozą ChAD typu I	Skala Quality of Life in Bipolar Disorder (QoL-BD) Barrat Impulsivity Scale (BIS-11)	Impulsywność jest mediatorem w relacji pomiędzy jakością życia a poszczególnymi zaburzeniami i zjawiskami współwystępującymi w chorobie afektywnej dwubiegunowej (lęk, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia kontroli impulsu – popędliwości).
Xiang i wsp. (2013) [31]	47 pacjentów w stanie remisji choroby afektywnej dwubiegunowej i grupa kontrolna 47 osób zdrowych	WHOQOL-BREF	Podprogowe występowanie objawów depresyjnych u pacjentów w stanie remisji ChAD przyczyniło się do obniżenia zadowolenia z jakości swojego życia w zakresie zdrowia fizycznego oraz funkcjonowania społecznego.

## Funkcjonowanie społeczne w chorobie afektywnej dwubiegunowej

Spośród 8 artykułów, których tematyka odnosiła się do funkcjonowania społecznego chorych z diagnozą ChAD, 6 stanowiło prace empiryczne, opisujące wyniki przeprowadzonych badań, oceniających różne wymiary funkcjonowania społecznego osób z diagnozą ChAD. Do badań stosowano zwykle dwie różne skale, z których jedna mierzyła poziom funkcjonowania społecznego, a druga testowany czynnik determinujący ten poziom. Wśród testowanych czynników znajdowały się: uzależnienia (w tym typ substancji uzależniającej), objawy depresji i/lub manii, zachowania impulsywne, rozpoznawanie emocji na podstawie wizerunku twarzy, rozpoznawanie zachowań niestosownych i/lub krępujących, zinternalizowana stygmatyzacja (czyli sytuacja, w której osoba sama sobie nadaje etykietę, czuje się i utożsamia z wartościami przypisanymi przyswojonemu stygmatowi), ocena jakości związku intymnego, wiek chorego, płeć chorego.

Skrócony opis najważniejszych publikacji z omawianego zakresu przedstawia tabela 2.

**Tabela 2. Skrócony opis najważniejszych publikacji z lat 2009–2014 dotyczących funkcjonowania społecznego osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej**

Autor badania (rok publikacji)	Osoby badane	Narzędzia badawcze	Główne wnioski z badania
Jaworski i wsp. (2011) [32]	40 osób z diagnozą schizofrenii, 40 osób z ChAD	Social Adjustment Scale, dane socjodemograficzne, dane dotyczące klinicznych cech choroby	Obecność zaburzeń spowodowanych szkodliwym używaniem substancji ma duże znaczenie w przewidywaniu gorszego przystosowania społecznego chorych zarówno z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej jak i schizofrenii.
Keenan-Miller i wsp. (2012) [33]	115 adolescentów z ChAD I i II oraz ich rodzice	Child Behavior Checklist (CBCL), child- and parent-report questionnaires – family functioning	Objawy depresyjne powiązane są z niższą oceną funkcjonowania rodzinnego dziecka. Umiarkowana mania, wg rodziców, wiąże się z mniejszą konfliktowością rodzinną, adaptacją oraz wyższym poziomem koherencji u chorego dziecka. Najsilniejszym korelatem funkcjonowania rodzinnego jest agresja – im jest większa, tym gorsze funkcjonowanie rodzinne.
Kłodzińska-Berkau (2012) [16]	20 kobiet z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej w stanie remisji	Wywiad swobodny w oparciu o listę pytań opracowanych na podstawie 10 funkcji rodziny wg Tyszki	Wpływ choroby afektywnej dwubiegunowej na funkcjonowanie społeczne kobiet jest widoczny we wszystkich 10 funkcjach dotyczących rodziny.
Lahera i wsp. (2012) [17]	39 pacjentów z ChAD w stanie eutymii	Global Assessment of Functioning (GAF), Faux pas test, Facial Emotion Recognition test	Wahania nastroju towarzyszące chorobie afektywnej dwubiegunowej zmieniają mechanizmy społecznego rozumienia, pogarszając u pacjentów zdolności do wykrywania nietaktu lub krępujących sytuacji społecznych oraz rozpoznawania podstawowych i złożonych emocji przekazywanych za pośrednictwem twarzy interlokutora.
Sheets i Miller (2010) [34]	56 osób z diagnozą ChAD	Family Assessment Device (FAD), Dyadic Adjustment Scale (DAS)	Objawy depresji u pacjentów są istotnie powiązane z postrzeganiem przez nich swojej rodziny i funkcjonowaniem w związku. Nasilone objawy depresyjne związane są z gorszą oceną funkcjonowania.
Vázquez i wsp. (2010) [35]	241 osób z diagnozą ChAD	Functioning Assessment Short Test (FAST), Inventory of Stigmatizing Experiences (ISE)	Wyższe wyniki postrzeganej przez siebie stygmatyzacji korelują z niższymi wynikami funkcjonowania.
Wingo i wsp. (2010) [36]	65 osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej	Interpersonal Relationships Questionnaire	Młodszy wiek i rzadziej występujące objawy depresji związane są z lepszym funkcjonowaniem społecznym.

## Omówienie

Z analizowanej literatury wyłania się 8 czynników, które mają związek z oceną poziomu jakości życia osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej. Czynnikiem najczęściej wymienianym, a zarazem uważanym za główny i najbardziej determinujący obniżanie się subiektywnej jakości życia chorych, jest obecność objawów depresyjnych [15, 18-20, 23, 26, 31]. Xiang i wsp. [31] wskazują na dominującą rolę podprogowych objawów depresji w kształtowaniu poczucia jakości życia u osób znajdujących się w stanie remisji choroby. Objawy depresyjne, zdaniem badaczy [18-19, 31], indukują niższe wyniki w zakresie oceny zdrowia somatycznego osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej. Do podobnych wniosków ze swojego badania doszli Bonnin i wsp. [20]. Autorzy dostrzegli istotny związek pomiędzy obecnością objawów depresyjnych takich jak: zmęczenie, anhedonia i poczucie winy a deficytem funkcji neuropsychologicznych takich jak uczenie się werbalne i pamięć krótkotrwała. Badani przez nich chorzy wskazywali w swej niepełnosprawności neuropsychologicznej główną przyczynę niskiej oceny jakości swojego życia [20]. Z obecnością objawów depresyjnych wiążą się również pozostałe czynniki, które, zdaniem badaczy, mają związek z niską jakością życia osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej. W części przypadków czynniki te nazywane są objawami-maskami fazy depresyjnej choroby afektywnej dwubiegunowej [21, 22].

Drugim czynnikiem, który determinuje niską ocenę jakości życia osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej jest używanie substancji psychoaktywnych. Do środków, po które najczęściej sięgają chorzy, należą papierosy, alkohol, narkotyki, leki z grupy benzodiazepin oraz dopalacze [14, 19, 30]. Przeprowadzone badania [14, 19] dowodzą, że w grupie osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej, w której występowało szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych, uzyskano niższe wyniki jakości życia w zakresie psychicznym i fizycznym w porównaniu do grupy osób chorych, które nie deklarowały używania środków psychoaktywnych.

Kolejnym determinantem obniżenia jakości życia osób cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową jest deficyt snu [27]. Jest on zarówno objawem chorobowym występującym w fazach: depresyjnej i maniakalnej, jak i elementem szerszej pojętego niehigienicznego trybu życia, który staje się w większości czynnikiem spustowym nawrotu choroby [27]. Niska jakość snu wpływa również znacząco, jak podkreślają w swojej pracy Saunders i wsp. [27], na pogorszenie funkcjonowania społecznego i obniżenie sprawności funkcji poznawczych u chorych. Warto tu nadmienić, iż sprawność funkcji poznawczych traktowana jest przez badaczy jako odrębny determinant niskiej jakości życia osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej. Pogorszenie pamięci krótkotrwałej i retencji werbalnej, a także trudności ze skupianiem uwagi istotnie wpływają na obniżenie oceny subiektywnej jakości życia w zakresie psychicznym [15, 20].

Innym, ważnym czynnikiem, który wpływa na jakość życia chorych z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej, jest występowanie prób samobójczych w przeszłości [22]. Wyniki badania przeprowadzonego przez de Abreu i wsp. [22] dowodzą, że obecność prób samobójczych w historii pacjentów wiąże się ze znacząco gorszą oceną jakości ich życia we wszystkich wymiarach w porównaniu do pacjentów, w historii których próby takie nie występowały. Spowodowane to może być następstwami prób samobójczych w postaci pogorszenia zdrowia somatycznego, niepełnosprawności fizycznej oraz pogorszeniem funkcji poznawczych jako negatywnych konsekwencji uszkodzenia centralnego układu nerwowego. Przyczyna może być również natury psychicznej, gdzie próba samobójcza pozostaje przeżyta traumą i wpływa hamująco na funkcjonowanie osoby we wszystkich obszarach życia [22, 37]. Często też niedoszli samobójcy traktują nieudaną próbę odebrania sobie życia jak niedokończone zadanie lub własną porażkę [37], co może nasilać objawy depresyjne, takie jak: poczucie winy i bezsensu życia.

Zakłada się, że wiara i głębokie, pozytywne zaangażowanie religijne chroni przed potencjalnym wystąpieniem prób samobójczych oraz istotnie podnosi subiektywną jakość życia chorych [28, 38]. Stroppa i Moreira-Almeida [28] dowodzą, że pozytywne funkcjonowanie w obszarze religii indukuje wyższą jakość życia osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej. Głównym powodem jest posiadanie wsparcia społecznego, jakie chorzy otrzymują od wspólnoty religijnej oraz jakie czerpią z norm i dogmatów swojej wiary [28, 38]. Owo wsparcie pozwala na minimalizację zinternalizowanej stygmatyzacji, w której to badacze upatrują kolejny czynnik determinujący niską jakość życia chorych z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej [29]. Przyniesienie (i utożsamianie się z) etykiety osoby chorej psychicznie i niepełnosprawnej społecznie przyczynia się między innymi do obniżonej samooceny osób cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową. Zinternalizowana stygmatyzacja częściej występuje u osób w stanie remisji choroby oraz u osób chorujących dłużej niż pięć lat [29]. Zinternalizowana stygmatyzacja hamuje jednostkę w jej dążeniu do dobrostanu i równowagi psychicznej, indukując i utrzymując zachowania, które chorey postrzega jako cechy właściwe osobom naznaczonym etykietą chorego psychicznie [29]. Do zachowań takich należy między innymi chwiejność nastroju, w tym zachowania impulsive, wycofanie z życia swojej społeczności, nadmierne skupienie na swoim zdrowiu somatycznym i przebywanie na przedłużających się zwolnieniach lekarskich bądź przechodzenie na świadczenia rentowe i rehabilitacyjne, staranie się o przyznanie grupy inwalidzkiej [29]. Brak poczucia użyteczności społecznej i niezależności finansowej oraz siedzący tryb życia mogą zatem wpływać na znaczne obniżenie jakości życia osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej.

Wśród pozostałych czynników, które zdaniem badaczy mają wpływ na ocenę jakości życia, jest percepcja emocji [23] i impulsywność [30]. Chorzy z diagnozą choroby afektywnej

dwubiegunowej osiągają znacząco niższe wyniki w zakresie prawidłowego rozpoznawania emocji u innych osób [23]. Indukuje to problemy w zakresie prawidłowego reagowania na emocje przejawiane przez otoczenie [23, 30]. Badacze wiążą ten stan z upośledzeniem u chorych zdolności do empatii [23]. Brak właściwego rozumienia emocji otoczenia może stwarzać problemy w funkcjonowaniu chorego w środowisku, indukując poczucie wyobcowania i dezorientacji [23, 30].

Niejako odpowiedzią na powyższe problemy, jak sugerują w swoich pracach Javadpour [24] i Costa [21], może być uczestnictwo osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej w sesjach psychoterapeutycznych w nurcie poznawczo-behawioralnym oraz korzystanie z psychoedukacji. Badane przez tych autorów grupy chorych, w procesie leczenia których włączono powyższe terapie, uzyskały znacząco wyższe wyniki we wszystkich obszarach jakości życia w porównaniu do grup, które nie uczestniczyły ani w psychoterapii, ani psychoedukacji. Wśród sugerowanych przez autorów publikacji przyczyn wymieniono wzrost wiedzy chorych na temat objawów, przebiegu i następstw ich choroby [21, 24]. Uczestnicy spotkań grup psychoedukacyjnych uzyskują między innymi wsparcie ze strony innych chorych, zmniejsza się u nich wrażenie wyobcowania i stygmatyzacji chorobą. Ponadto uczestnicy uczą się rozpoznawać symptomy nawrotu choroby i w odpowiedni sposób na nie reagować, przez co buduje się u nich poczucie kontroli nad objawami choroby [24]. Z kolei terapia w nurcie poznawczo-behawioralnym pozwala poddającym się jej osobom z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej zmienić sposób postrzegania siebie jako chorych psychicznie, przeformułować myślenie na temat otoczenia i zjawisk w nim zachodzących oraz zmodyfikować zachowania, które mogą mieć destrukcyjny wpływ na zdrowie i życie chorych [21, 37].

Choroba afektywna dwubiegunowa wpływa istotnie na funkcjonowanie społeczne, upośledzając osoby chore zarówno w zakresie funkcjonowania rodzinnego, w związkach intymnych, jak i na polu zawodowym. Podobnie jak w przypadku oceny jakości życia, badacze poszukują i testują udział poszczególnych czynników demograficznych, społecznych, psychologicznych i chorobowych w kształtowaniu poziomu funkcjonowania społecznego osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej. W badaniach z ostatnich pięciu lat nad funkcjonowaniem społecznym osób chorych psychicznie i czynnikami wpływającymi na jego upośledzenie podkreśla się dominującą rolę objawów depresyjnych [17, 34]. Do głównych objawów depresyjnych, które determinują obniżenie funkcjonowania w zakresie aktywności zawodowej, należy anhedonia, poczucie zmęczenia, izolowanie się od otoczenia i pogorszenie funkcji poznawczych przejawiających się między innymi w trudności wytrwania przy czynnościach wymagających wysiłku intelektualnego [39]. Na funkcjonowanie rodzinne i w związkach intymnych jako główne determinanty pogorszenia funkcjonowania osób chorych wymienia się przede wszystkim labilny nastrój, drażliwość, izolowanie się od otoczenia, zubożenie na

otoczenie, obniżenie libido, myśli samobójcze oraz podejmowane próby samobójcze [16, 39]. Dodatkowo Sheets i Miller [34] wymieniają objawy maniakalne, które w opinii partnerów osób chorujących na chorobę afektywną dwubiegunową mają znaczący wpływ na funkcjonowanie relacji intymnych. Symptomy, na które badacze zwracają uwagę, to: agresja słowna i fizyczna [17, 33-34], skłonność do nieprzemyślanych wydatków [17, 34] i popadanie w długi, skłonność do nawiązywania przypadkowych kontaktów seksualnych, nadużywanie substancji psychoaktywnych (głównie alkohol) [17, 33-34, 39].

Psychoedukacja i terapia psychospołeczna zmniejszają negatywny wpływ czynników powiązanych z chorobą afektywną dwubiegunową determinujących pogorszenie funkcjonowania społecznego [21, 24, 37]. Terapia psychospołeczna pomaga chorym nauczyć się efektywnego funkcjonowania w społeczeństwie przy jednoczesnym zachowaniu równowagi psychicznej i opanowaniu objawów chorobowych. Uczy też pozytywnych interakcji społecznych, przydatnych zarówno w obszarze życia zawodowego jak i rodzinnego [4, 5, 21]. Badani chorzy, którzy uczestniczyli w spotkaniach psychoedukacyjnych i/lub terapii psychospołecznej, wykazywali lepsze funkcjonowanie społeczne, w tym większą stabilizację zawodową i w relacjach intymnych, niż chorzy, którzy leczeni byli w tradycyjny sposób, tj. za pomocą farmakoterapii [21, 24]. Terapia psychospołeczna i psychoedukacja przyczynia się do wzrostu poczucia własnej wartości chorych, zmniejszając uczucie bezradności i dając wsparcie społeczne osobom z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej [21, 24]. W efekcie chorzy mogą skierować swoją uwagę i energię na posiadane zasoby i efektywne działania. Zmniejsza się też ich zinternalizowana stygmatyzacja i poczucie niepełnosprawności [24, 35].

Choroba afektywna dwubiegunowa w znaczący sposób obniża jakość życia chorych. Mimo rosnącej liczby badań wpływu choroby na jakość życia osób z diagnozą ChAD, wciąż nie ma wyczerpującej odpowiedzi na pytanie: jak efektywnie poprawić funkcjonowanie chorych? Brak jest dostatecznych danych odnoszących się do długofalowych skutków psychoedukacji i psychoterapii w nurcie poznawczo-behawioralnym w grupie chorych z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej. Brak też informacji na temat różnic pomiędzy skutecznością ww. form terapii u chorych o różnym stażu choroby oraz wieku, w którym włączono do ich procesu leczenia oddziaływanie psychoterapeutyczne i psychoedukację. Warto też w przyszłości zastanowić się nad badaniem podejmującym problem efektywności terapii uwzględniającej ćwiczenie funkcji poznawczych w grupie chorych, u których funkcje te są znacząco upośledzone.

## **Wnioski**

1. Jakość życia osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej łączy się z poziomem ich funkcjonowania społecznego, co oznacza, że w procesie terapii chorych szczególną uwagę należy zwracać na ich rehabilitację społeczną.
2. Objawy depresyjne stanowią główny czynnik determinujący pogorszenie oceny jakości życia chorych, w tym funkcjonowania społecznego. Pomoc w opanowaniu pierwszych symptomów fazy depresyjnej może pomóc chorym w poprawie jakości ich życia.
3. Pogorszenie funkcji poznawczych jest jedną z najczęstszych przyczyn pogorszenia funkcjonowania społecznego w obszarze życia zawodowego chorych i obniżenia jakości ich życia. Wdrożenie odpowiednich terapii uwzględniających ćwiczenie funkcji poznawczych może przyczynić się do podniesienia sprawności funkcji poznawczych.
4. Chorzy z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej mają większe niż osoby zdrowe ryzyko uzależnienia od substancji psychoaktywnych, które w następstwie upośledzają ich funkcjonowanie rodzinne i zawodowe.
5. Zinternalizowana stygmatyzacja osób cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową upośledza ich funkcjonowanie społeczne.
6. Wprowadzenie do procesu terapeutycznego psychoedukacji i terapii poznawczo-behawioralnej wpływa na poprawę funkcjonowania społecznego chorych we wszystkich obszarach.
7. Warto przeprowadzić badania nad długoterminowym wpływem psychoedukacji i terapii poznawczo-behawioralnej na zinternalizowaną stygmatyzację w grupach chorych na chorobę afektywną dwubiegunową z uwzględnieniem różnic w wieku rozpoczęcia choroby.
8. Warto także przeprowadzić badania nad efektywnością terapii uwzględniającej ćwiczenie funkcji poznawczych i badania jej wpływu na poziom funkcjonowania społecznego w grupie chorych cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową, u których występuje znaczące upośledzenie tych funkcji.

## **Piśmiennictwo**

1. Koszewska I. Stany mieszane w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2007, 9-22.
2. Rybakowski J. Oblicza choroby maniako-depresyjnej. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2009, 5-13.
3. Koszewska I, Habrat-Pragłowska E. O depresji, o manii, o nawracających zaburzeniach nastroju. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007, 60-67.
4. Goswami U, Sharma A, Khastigir U, Ferrier IN, Young AH, Gallagher P. i wsp. Neuropsychological dysfunction, soft neurological signs and social disability in euthymic patients with bipolar disorder. Br J Psychiatry 2006, 188: 366-373.
5. Fagiolini A, Kupfer DJ, Masalehdan A, Scott JA, Houck PR, Frank E. Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. Bipolar Disorders. 2005; 7: 281-285.

6. Jaracz K. Jakość życia po niedokrwinnym udarze mózgu: uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne, psychospołeczne i czasowe. Rozprawa habilitacyjna. Poznań: Katedra Pielęgniarstwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2002, 15-19.
7. Hunt S. M. The problem of quality of life. *Quality of Life Res.* 1997; 6: 205-212.
8. Schipper H. Quality of life: principles of the clinical paradigm. *J Psychology.* 1990; 8(23): 171-185.
9. Dziurawicz-Kozłowska A. Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia.* 2002; 1(2): 77-99.
10. Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nursing.* 1995; 22: 502-508.
11. Jaracz K. Jakość życia w naukach medycznych. W: Melosik Z. red. *Młodość, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje.* Poznań: Wydawnictwo Wolumin; 2001, 209-224.
12. Cardoso BM, Dias VV, Frey BN, Gazalle FK, Kapczinski F, Kauer-Sant'Anna M. i wsp. Quality of Life in Bipolar Disorder. W: Preedy VR, Watson RR. red. *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures.* New York: Springer; 2010, 3591-3606.
13. Zarate CA Jr, Tohen M, Land M, Cavanagh S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatric Q.* 2000; 71: 309-329.
14. Kilbourne AM, Perron BE, Mezuk B, Welsh D, Ilgen M, Bauer MS. Co-occurring conditions and health-related quality of life in patients with bipolar disorder. *Psychosom Med.* 2009; 71: 894-900.
15. Pattanayak RD, Sagar R, Mehta M. Neuropsychological performance in euthymic Indian patients with bipolar disorder type I: correlation between quality of life and global functioning. *Psychiatr Clin Neurosc.* 2012; 66(7): 553-563.
16. Kłodzińska-Berkau M. Społeczne funkcjonowanie kobiet cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową. *Nowiny Lekarskie.* 2012; 81(3): 219-232.
17. Lahera G, Ruiz-Murugarren S, Iglesias P, Ruiz-Bennasar C, Herreria E, Montes JM. i wsp. Social cognition and global functioning in bipolar disorder. *J Nerv Ment Disease.* 2012; 200: 135-141.
18. Amini H, Sharifi V. Quality of life in bipolar type I disorder in a one-year followup. *Depress Res Treatment.* 2012; doi: 10.1155/2012/860745.
19. Bajor LA, Lai Z, Goodrich DE, Miller CJ, Penfold RB, Kim HM. i wsp. Posttraumatic stress disorder, depression, and health-related quality of life in patients with bipolar disorder: review and new data from a multi-site community clinic sample. *J Affective Disorder.* 2013; 145(2): 232-239.
20. Bonnin CM, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Sole B, Reinares M, Rosa AR. i wsp. Subthreshold symptoms in bipolar disorder: impact on neurocognition, quality of life and disability. *J Affective Disorders.* 2012; 136(3): 650-659.
21. Costa RT, Cheniaux E, Range BP, Versiani M, Nardi AE. Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life. *Brazil J Med Biol Res.* 2012; 45, 9: 792-874.
22. de Abreu LN, Nery FG, Harkavy-Friedman JM, de Almeida KM, Gomes BC, Oguendo MA. i wsp. Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type I. *Compr Psychiatry.* 2012; 53(2): 125-129.
23. Fulford D, Peckham AD, Johnson K, Johnson SL. Emotion perception and quality of life in bipolar I disorder. *J Affective Disorders.* 2014; 152-154: 491-497.
24. Javadpour A, Hedayati A, Dehbozorgi GR, Azizi A. The impact of a simple individual psycho-education program on quality of life, rate of relapse and medication adherence in bipolar disorder patients. *Asian J Psychiatry.* 2013; 6, 3: 208-213.
25. Michalak EE, Guiraud-Diawara A, Sapin C. Asenapine treatment and health-related quality of life in patients experiencing bipolar I disorder with mixed episodes: Post-hoc analyses of pivotal trials. *Curr Med Res Opinion.* 2013; doi: 10.1185/03007995.2013.874988.
26. Saarni SI, Viertiö S, Perälä J, Koskinen S, Lönnqvist J, Suvisaari J. Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *Br J Psychiatry.* 2010; 197: 386-394.
27. Saunders EFH, Novick DM, Fernandez-Mendoza J, Kamali M, Ryan KA, Langenecker SA. i wsp. Sleep quality during euthymia in bipolar disorder: the role of clinical features, personality traits and stressful life events. *Int J Bipolar Disorders.* 2013; 1, 16: 1-12.
28. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders.* 2013; 15(4): 385-393.
29. Üstündağ MF, Kesebîr S. Internalized stigmatization in bipolar patients: relationship with clinical properties, quality of life and treatment compliance. *Turkish J Psychiatry.* 2013; doi: 10.5080/u7123.

30. Victor SE, Johnson SL, Gotlib IH. Quality of life and impulsivity in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2011; 13: 303-309.
31. Xiang YT, Li LJ, Zhou JJ, Wang CY, Dixon LB, Dickerson F. i wsp. Quality of life of patients with euthymic bipolar disorder and its associations with demographic and clinical characteristics, psychopathology, and cognitive deficits. *Persp Psychiatric Care*. 2013; doi: 10.1111/ppc.12024.
32. Jaworski F, Dubertret C, Adès J, Gorwood P. Presence of co-morbid substance use disorder in bipolar patients worsens their social functioning to the level observed in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2011; 185, 1: 129-134.
33. Keenan-Miller D, Peris T, Axelson D, Kowatch RA, Miklowitz DJ. Family functioning, social impairment and symptoms among adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 51(10): 1085-1094.
34. Sheets ES, Miller IW. Predictors of relationship functioning for patients with bipolar disorder and their partners. *J Fam Psychol*. 2010; 24, 4: 371-379.
35. Vázquez GH, Kapczinski F, Magalhaes PV, Córdoba R, Lopez Jaramillo C, Rosa AR. i wsp. The Ibero-American Network on Bipolar Disorders group. Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *J Affective Disorders*. 2010; doi: 10.1016/j.jad.2010.10.012.
36. Wingo AP, Baldessarini RJ, Compton MT, Harvey PD. Correlates of recovery of social functioning in types I and II bipolar disorder patients. *Psychiatry Res*. 2010; 177, 1-2: 131-134.
37. Basco MR, Rush AJ. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe: Terapia poznawczo-behawioralna. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.
38. Amrai K, Zalani HA, Arfai FS, Sharifian MS. The relationship between the religious orientation and anxiety and depression of students. *Procedia Soc Beh Sc*. 2011; 15: 613-616.
39. Sapiro R, Zohar AH, Bersudsky Y, Belmaker RH, Osher Y. Behavioral addictions in euthymic patients with bipolar I disorder: a comparison to controls. *Int J Bipolar Disorders*. 2013, 1, 1:27. doi:10.1186/2194-7511-1-27.

praca nie była sponsorowana