

## **Model diadycznego radzenia sobie ze stresem pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową**

### **The dyadic coping model of bipolar disorder patients**

Anna M. Wendołowska<sup>1</sup>, Dorota Czyżowska<sup>1</sup>, Marcin Siwek<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii

<sup>2</sup> Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,  
Zakład Zaburzeń Afektywnych

#### **Summary**

The aim of the study is to look from a relational perspective at how patients with bipolar disorder (BD) cope with stress. This is done firstly in the context of dyadic coping and secondly in the context of individual coping strategies that result from patients' attachment styles. The way in which BD patients start relationships is important on many levels, including in the context of treatment effectiveness and relapse prevention. Dyadic coping can act as a protective function against both external and relational stress, and it can become a buffer that protects against relapse, or a therapeutic factor reducing the severity of symptoms and the frequency of their occurrence. Insecure attachment is considered one of the risk factors of the development of affective disorders. The insecure attachment style of BD patients makes them more often exposed to relapse when relational support is lost. Extending the coping concept of BD patients with the attachment aspect creates a new perspective for understanding their behavioral-emotional-cognitive stress responses. In addition, by approaching the problem from the dyadic level, the picture is supplemented with the impact of close relationships on the motivational processes of both partners in coping with the illness, building relationships, their mutual satisfaction and overall well-being.

**Słowa kluczowe:** choroba afektywna dwubiegunowa, diadyczne radzenie sobie, styl przywiązania

**Key words:** bipolar affective disorder, dyadic coping, attachment style

#### **Wstęp**

Stres i niesatysfakcjonująca jakość funkcjonowania w relacji, niezależnie od siebie, odgrywają ogromną rolę w rozwoju chorób afektywnych [1]. Stres relacyjny, problemy w związku i obniżona jakość relacji są postrzegane jako ważne czynniki

wpływające na wystąpienie i przebieg ChAD oraz zwiększone ryzyko nawrotów [2]. W chorobie dwubiegunowej stresory psychospołeczne często przyspieszają kolejne epizody choroby [3] i wiążą się z mniejszą poprawą zarówno w fazie depresji, jak i manii [4]. Pobudzająca rola stresu zmniejsza się w trakcie trwania choroby [5] z powodu trwałych zmian na poziomie neuroprzekaznika, receptora i neuropeptydu [6]. Zmiany te, wywołane przez stresory, jak również same epizody choroby uwrażliwiają chorego na stres, co powoduje, że nawet słaby stresor może wywołać objawy zaburzenia nastroju. Wyniki badań pacjentów z ChAD są spójne z teorią Posta [6] i potwierdzają (1) wzrastającą wraz z wiekiem wrażliwość na stres [7] oraz (2) wzrastające wraz z trwaniem choroby prawdopodobieństwo nawrotu wywołanego stresem [8].

Badania podkreślają również rolę stresu doświadczanego przez pacjentów z ChAD w dzieciństwie. Doświadczenia traumy i przemocy wiążą się z wcześniejszym ujawnieniem się choroby, jej dłuższymi, cięższymi epizodami, zachowaniami ryzykownymi, częstszymi myślami samobójczymi, większą liczbą chorób współistniejących z osi I i II i większą reaktywnością na stres psychospołeczny [9].

ChAD sama w sobie może być źródłem stresu, może też wpływać na sposób radzenia sobie z innymi codziennymi stresorami doświadczanymi przez obydwójce partnerów. Osoby z ChAD doświadczają stresu bardziej intensywnie w wielu obszarach życia i mają mniejsze kompetencje w radzeniu sobie ze stresem [10]. Jeśli potraktuje się ChAD jako dodatkowy stresor dla pacjenta i jego partnera lub czynnik nasilający istniejące stresory, okaże się, że trudności interpersonalne, konflikt małżeński są na tyle częste w związkach pacjenta z ChAD, że są to czynniki uważane przez niektórych badaczy za jedno z istotnych kryteriów diagnostycznych ChAD [za: 11].

Pacjenci z ChAD doświadczają wielu problemów w różnych obszarach życia – zawodowym, rodzinnym, w kwestiach dotyczących finansów i relacji interpersonalnych. Proces radzenia sobie ze stresem u pacjentów z ChAD należy rozpatrywać jako ocenę wpływu stresu na psychopatologię. W obliczu przeróżnych stresorów: wewnętrznych i zewnętrznych, dotyczących różnych obszarów życia, o różnej sile i czasie trwania, obserwuje się rozmaite preferencje w wyborze reakcji na stres. Radzenie sobie wymaga szerokiego spektrum aktywnych strategii [12, 13]. To wielopłaszczyznowy proces rozwiązywania problemów, efektywnego myślenia i działania w wymagającej tego sytuacji ocenianej jako stresująca, prowadzący do regulacji emocji i obniżenia poziomu stresu [2]. Jego efektywność zależy od wielu czynników zewnętrznych i wewnętrznych oraz od indywidualnych ocen zasobów i możliwości jednostki [12–14]. Adaptacyjne mechanizmy stosowane w celu radzenia sobie ze stresem obejmują szereg strategii poznawczych dotyczących pierwotnej i wtórnej oceny stresora oraz strategii behawioralnych z zakresu skutecznego korzystania ze wsparcia [15]. Strategie adaptacyjne, skoncentrowane na problemie, poprawiają ogólne funkcjonowanie psychofizyczne, natomiast strategie dezadaptacyjne, takie jak unikanie, negacja lub ruminacja [16], przekładają się na nasilenie psychopatologii [17]. Charakterystyczne dla pacjentów z ChAD – w porównaniu ze zdrową populacją – są strategie radzenia sobie skoncentrowane na emocjach, bierne i unikowe [18]. Stosowanie nieskutecznych form radzenia sobie zdaniem wielu autorów może się wiązać z dysfunkcją poznawczą [19]. Emocjonalna deregulacja i wdrażanie dys-

funkcjonalnych strategii poznawczych to podstawowe kliniczne i psychologiczne cechy ChAD [20].

Samoregulacja emocjonalna to umiejętność kształtowana poprzez wczesnodziecięce doświadczenia responsywności i dostępności opiekuna w chwilach stresu [21]. Jakość pierwotnej relacji i reprezentacje doświadczeń wczesnodziecięcych wpływają na umiejętności relacyjne, poczucie własnej wartości, regulację emocji i zachowania. Dlatego ważne wydaje się przedstawienie problemu radzenia sobie ze stresem pacjentów z ChAD dwutorowo z perspektywy relacji: (1) najpierw tych ukształtowanych w dzieciństwie, będących podstawą przywiązania i prototypem późniejszych bliskich związków, oraz (2) obecnej relacji intymnej, która w formie diadycznego radzenia sobie ma potencjał terapeutyczny oraz może się okazać moderatorem między negatywnymi konsekwencjami wynikającymi z ChAD a satysfakcją ze związku i odczuwanym dobrostanem psychicznym.

### **Choroba afektywna dwubiegunowa i indywidualne strategie radzenia sobie**

Według transakcyjnej teorii stresu i radzenia sobie [15] stres jest wynikiem interakcji między osobą i otoczeniem. Kiedy oczekiwania otoczenia przewyższają zasoby jednostki, taką sytuację uważa się za zagrożenie. Tak więc percepcja i interpretacja stresującego wydarzenia są bardziej krytyczne niż samo wydarzenie. W pierwotnej ocenie dana osoba ocenia stresor i określa sytuację. Postrzeganie zagrożenia wywołuje wtórną ocenę w celu określenia stopnia kontroli stresu i adekwatności indywidualnych zasobów do zaspokojenia oczekiwań. Wewnętrzne zasoby, takie jak cechy osobowości, wiedza, talent i siła woli, oraz zasoby zewnętrzne, takie jak wsparcie bliskich i profesjonalistów, mają wpływ na proces radzenia sobie. Sposoby radzenia sobie ze stresem mogą być (1) zorientowane na problem, (2) zorientowane na emocje (np. myślenie życzeniowe, dystansowanie się, podkreślanie pozytywnych stron, samoobwinianie, izolowanie się) albo (3) unikające konfrontacji z sytuacją problemową [15]. Te pierwsze prowadzą do opanowania sytuacji, drugie skupiają się na pozbyciu się nieprzyjemnych emocji pojawiających się w związku ze stresującą sytuacją, a trzecie polegają na odwracaniu uwagi, zaprzeczaniu i supresji na poziomie kognitywnym i emocjonalnym.

U pacjentów z ChAD, nawet jeśli są w fazie eutymii, obserwuje się deficyty w różnych sferach funkcjonowania poznawczego, co przekłada się na gorsze funkcjonowanie i obniżone poczucie jakości życia [22]. Styl radzenia sobie wybierany przez pacjenta ma wpływ na przebieg choroby dwubiegunowej i deregulację nastroju. Style adaptacyjne poprawiają ogólne funkcjonowanie psychofizyczne, natomiast dezadaptacyjne oznaczają nasilenie psychopatologii [13, 14, 17, 18]. Istnieją różnice w funkcjonowaniu pacjentów w zależności od typu ChAD. Pacjenci z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową typu I częściej stosują strategię ruminacji na temat negatywnych wydarzeń w porównaniu z populacją zdrową [14]. Przedstawiciele typów I i II ChAD mają większą tendencję niż osoby z zaburzeniem jednobiegunowymi do stosowania ruminacji w obliczu pozytywnych zdarzeń i angażowania się w zachowania ryzykowne w obliczu zdarzeń negatywnych [14]. Jednocześnie pacjenci z ChAD I częściej szukają profesjonalnej pomocy i używają stymulantów w odpowiedzi na sygnały manii i depre-

sji niż pacjenci z ChAD II. Typ II jest mniej skłonny szukać wsparcia w obliczu stresu i mniej skłonny do angażowania się w strategię kontroli manii. Może to wynikać z tego, że ocena fazy manii u pacjentów z ChAD I jest bardziej negatywna w porównaniu z hypomanią ocenianą jako przyjemna przez pacjentów z ChAD II [14]. W procesie radzenia sobie ze stresem specyficzny związek elementów sytuacyjnych oraz osobowych cech jednostki wpływa na dobór strategii i ich efektywność. Mikulincer i Florian sugerują, że podstawą, z której jednostka czerpie zasoby, takie jak poczucie wartości czy sieć społecznego wsparcia, jest bezpieczna organizacja przywiązania [za: 23].

### **Strategie radzenia sobie z perspektywy teorii przywiązania**

Teoria przywiązania oceniana jest jako jedna z najbardziej spójnych teorii wyjaśniających formowanie, rozwój, stabilność, dynamikę i jakość relacji. Jej twórca, John Bowlby [21], wskazał na krytyczne znaczenie bezpiecznej więzi w kontekście przyszłych relacji międzyludzkich oraz zdolności do regulacji emocji. Więzy pozabezpieczne, wykształcone w doświadczeniach odrzucenia, zaniedbania i braku responsywności ze strony pierwotnego opiekuna, prowadzą do nieefektywnych strategii deaktywacji lub hiperaktywacji, charakterystycznych odpowiednio dla osób zdystansowanych i zaabsorbowanych [21]. Dezorganizacja przywiązania będąca konsekwencją patologicznej żaloby lub traumy jest strategią chroniącą przed trudnymi treściami, które zostają zepchnięte do nieświadomości. Na poziomie poznawczym i behawioralnym jednostka może wykazywać oznaki dezorientacji wyrażone w subtelnej lub bardziej wyrazistej formie [24].

Jakość stylu przywiązania wyznacza możliwości adaptacyjne jednostki [21]. W relacji pozabezpiecznej u dzieci narażonych na powtarzające się doświadczenia stresowe wynikające z odrzucenia i zaniedbania ze strony opiekuna, który jednocześnie nie odgrywa roli regulatora emocji dziecka, utrzymuje się podwyższony poziom kortyzolu [25]. W konsekwencji dziecko staje się nadwrażliwe na minimalne nawet bodźce stresowe [26]. Utrzymujący się podwyższony poziom kortyzolu w dzieciństwie i okresie dojrzewania wiąże się z występowaniem objawów internalizujących [27], jest predyktorem zaburzeń afektywnych [28] i niesie ze sobą zwiększone ryzyko psychopatologii [29].

Od niemowlęstwa przez dzieciństwo, adolescencję i dorosłość mentalne zdrowie jednostki związane jest z jakością więzi, która jest podstawą samokontroli emocjonalnej i czynnikiem ochronnym w sytuacjach stresowych [30]. Badania sugerują, że trauma przywiązania może mieć znaczący i trwałe negatywny wpływ na zdolność radzenia sobie [31] i funkcjonowanie poznawcze w zakresie m.in. rozumowania dedukcyjnego, pamięci operacyjnej i rozwiązywania problemów [32]. Wiele badań dotyczyło przywiązania w kontekście procesów zachodzących w związkach. Styl bezpieczny wiązał się z mniejszą konfliktowością, większą akceptacją partnera, większą współzależnością, bardziej konstruktywnymi metodami radzenia sobie z problemami, większą satysfakcją w związku i jego stabilnością w przeciwieństwie do stylów pozabezpiecznych [za: 33]. Często badacze sugerują znaczące powiązanie między pozabezpiecznym przywiązaniem a zaburzeniami nastroju [34]. Wśród pacjentów z zaburzeniami nastroju jedynie

niewielki odsetek klasyfikowany jest jako posiadający wzorzec przywiązania typu bezpiecznego, większość z nich ma bowiem wzorzec pozabezpieczny, głównie typu zaabsorbowanego [35]. Niewiele badań dotyczących przywiązania przeprowadzono w grupie pacjentów z rozpoznaniem ChAD [36, 37]. Badania dzieci z ChAD wykazały, że brak ciepłych relacji z matką jest jednym z głównych czynników ryzyka związanych z nawrotem manii po wyzdrowieniu u dzieci [38]. Zaburzenie dwubiegunowe (typ I, typ II) jest silniej związane z pozabezpiecznym stylem przywiązania w porównaniu z populacją niekliniczną [38, 39], a prawdopodobieństwo nawrotu choroby wydaje się związane z dysfunkcyjną relacją w okresie dzieciństwa [40].

Bowlby [21] jako pierwszy postawił hipotezę, że natura związków przywiązania w dzieciństwie jest podobna do relacji romantycznych, które nawiązujemy w życiu dorosłym, a przywiązanie wykształcone w dzieciństwie jest prototypem wszystkich późniejszych bliskich relacji. Atmosfera w rodzinie i jakość relacji są bardzo ważne dla funkcjonowania osób z ChAD. Są prognostykiem rozwoju choroby, ale mogą też wspomagać proces leczenia. Im lepsze funkcjonowanie w rodzinie, tym lepiej pacjenci z ChAD radzą sobie z chorobą [12].

Relacja między partnerami jest wyjątkowo podatna na działanie czynników stresowych. Badania wskazują na większe problemy interpersonalne i większą konfliktowość w związkach osób z ChAD I w porównaniu z ChAD II, co przekłada się na poziom satysfakcji, spójności związku oraz diadycznego dopasowania. Jednocześnie niższe wyniki diadycznego dopasowania partnerów pacjentów wiążą się z częstszym współwystępowaniem innych zaburzeń psychiatrycznych, takich jak zaburzenia osobowości, OCD, zaburzenia lękowe i nadużywanie substancji uzależniających [11]. Różnice między poszczególnymi typami ChAD występują również w zależności od fazy zaburzenia. Pacjenci z ChAD I w fazie zarówno depresji, jak i manii prezentują większe dysfunkcje w zakresie relacji w porównaniu z fazami depresji i hypomanii u osób z ChAD II.

### Od strategii indywidualnych do diadycznego radzenia sobie

Choroba afektywna dwubiegunowa wpływa nie tylko na samych pacjentów, ale też na ich bliskich [41]. Dla partnera pacjenta z ChAD jego choroba jest dodatkowym źródłem stresu i poważnym obciążeniem w codziennym funkcjonowaniu [17]. W porównaniu z partnerami pacjentów ze schizofrenią bliscy pacjentów z ChAD doświadczają większego obciążenia i niższej satysfakcji ze związku [41, 42, 43]. Badania wskazują również na od dwóch do trzech razy większe prawdopodobieństwo separacji i rozwodu w wypadku ChAD w porównaniu ze zdrową populacją amerykańską [44]. W badaniach Arciszewskiej [45] małżonkowie pacjentów z ChAD, w porównaniu z małżonkami osób z ChAJ oraz małżonkami zdrowych partnerów, osiągnęli niższe wyniki w zakresie zgodności, satysfakcji, spójności i ekspresji emocjonalnej (szczególnie u kobiet), czyli ogólnie niższy poziom tzw. diadycznego przystosowania (*dyadic adjustment*). Niski poziom przystosowania w parze wiąże się u małżonków pacjentów z ChAD przede wszystkim z większym nasileniem dysfunkcji społecznej i w sposób znaczący przekłada się na gorszą jakość relacji,

ale świadczy również o istotnie większym poziomie brzemienia, z jakim zmagają się partnerzy pacjentów z ChAD.

Choroba dwubiegunowa partnera postrzegana jest przez bliskich nie tylko jako obciążenie, ale może być też źródłem satysfakcji [za: 41, 42]. Pacjenci natomiast są świadomi wpływu choroby na ich funkcjonowanie emocjonalne, odpowiedzialność za samoopiekę, problemy na poziomie społecznym i rozwojowym [41]. Obydwoje partnerzy są aktywnymi elementami w procesie radzenia sobie z zaburzeniem oraz jego konsekwencjami [41]. Jeśli partnerzy nie umieją dostrzec, jakie trudności wiążą się z chorobą dwubiegunową, nie potrafią docenić wysiłków wkładanych w codzienną walkę z chorobą, zarówno przez pacjenta, jak i przez jego partnera, i wówczas może być dla nich trudniejsze wzajemne zrozumienie i empatyczne podejście. Badania wykazały deficyty poznawcze w zakresie empatii u pacjentów z ChAD, nawet w okresie euty-micznym [41]. Zarówno pacjent z ChAD, jak i jego partner stosują podobne strategie radzenia sobie, choć Granek i wsp. [17] zauważyli, że pacjenci częściej stawiają na wsparcie instrumentalne, a ich partnerzy na wsparcie emocjonalne, choć jedni i drudzy potrzebują profesjonalnej pomocy. Arciszewska [45] wskazuje na przewagę strategii zadaniowej u małżonków pacjentów z ChAD, niezależnie od płci czy fazy choroby, ale zauważa w grupie mężczyzn – partnerów pacjentek z ChAD częstsze szukanie wsparcia emocjonalnego, wynikające zdaniem autorki z bezradności w obliczu irracjonalnych i trudnych do wytłumaczenia zachowań chorej żony. Kobiety natomiast w roli partnerki pacjenta z ChAD szybciej decydują się na szukanie pomocy i interwencje innych osób. Jednocześnie warto nadmienić, że pomimo dominującej strategii koncentracji na zadaniu u małżonków pacjentów z ChAD z powodu rozmiarów brzemienia, jakim jest choroba partnera, stopniowo obniża się gotowość do rozwiązywania problemów, słabnie przekonanie o własnych możliwościach i sensie zaangażowania, co może negatywnie wpływać na zdolności radzenia sobie ze stresem i przekładać się na mniej elastyczne reakcje [45]. Wnioski z badań Arciszewskiej [45] należy jednak traktować z ostrożnością ze względu na relatywnie mało liczną próbę badawczą oraz poprzeczny i korelacyjny charakter badań, uniemożliwiający wnioskowanie przyczynowo-skutkowe.

Mniejsze ryzyko nawrotu choroby (mniej epizodów depresyjnych i maniakalnych) zależy od tego, jak pacjenci z ChAD radzą sobie ze zwiastunami manii i depresji – np. przez redukcję zadań czy modyfikacje logistyczne [13, 14]. W tym kontekście obserwuje się różnice ze względu na płeć. Dla partnerek pacjentów z ChAD największym źródłem stresu jest niesatysfakcjonująca relacja partnerska. W ich wypadku najczęściej stosowaną strategią było poczucie humoru i wsparcie przyjaciół oraz zaangażowanie w obowiązki domowe i praca społeczna [17]. Partnerzy chorych kobiet zaś narzekali głównie na brak autonomii i niepewność co do dalszego przebiegu choroby [42], a często stosowaną przez nich strategią była ucieczka w pracę. W innych badaniach rozpatrywano porzucenie własnych marzeń i wizji na rzecz opieki nad chorym partnerem, problem wycofania z życia społecznego i „samotność we dwoje” [41, 42].

Indywidualne style radzenia sobie pacjentów z chronicznymi chorobami psychicznymi mogą mieć decydujący wpływ na ich ogólny dobrostan [13]. Dla osób chorych i ich partnerów radzenie sobie ze stresem ma dodatkowo wymiar diadyczny. Diadyczne radzenie sobie ze stresem definiowane jest jako część procesu interpersonalnego, w któ-

ry zaangażowani są obydwój partnerzy, a stres diadyczny jako specyficzny bodziec dotykający obydwój partnerów w sposób bezpośredni lub pośredni, wyzwala ją przez to w obojgu wysiłek radzenia sobie w określonym czasie i określonym miejscu. Systemowo-transakcyjna teoria diadycznego radzenia sobie [46] ujmuje radzenie sobie jako proces komunikacji stresowej. Oznacza to, że diadyczne radzenie sobie zachodzi wtedy, gdy ocena stresu jednego partnera jest przekazywana do drugiego partnera, który postrzega, interpretuje i dekoduje te stresujące sygnały i reaguje w określony sposób. Zgodnie z teorią Bodenmanna [46] stres i radzenie sobie w kontekście relacji jest zjawiskiem diadycznym, ponieważ ocena stresu jednego partnera lub wysiłki z zakresu radzenia sobie nie mogą być rozumiane bez uwzględnienia skutków dla drugiego partnera i związku. Co więcej, wedle tej teorii ze względu na współzależność między partnerami samopoczucie jednego partnera i jego satysfakcja zależą od dobrego samopoczucia i satysfakcji drugiego. Tak więc obydwój partnerzy powinni być zmotywowani, aby pomagać sobie nawzajem w radzeniu sobie ze stresującymi zdarzeniami i uczestniczyć we wspólnym wysiłku radzenia sobie.

Chociaż teoria diadycznego radzenia sobie ze stresem staje się bardzo popularna w badaniach, większość z nich dotyczyła stresu codziennego u par w populacji zdrowej [47–51]. Potwierdzono w ich przebiegu znaczącą korelację między pozytywnym diadycznym radzeniem sobie a wyższą satysfakcją ze związku i jakością relacji. Kilka badań przeprowadzono na parach, w których jeden z partnerów cierpi na przewlekłą chorobę fizyczną. Zgodnie z wnioskami Badr i wsp. [52] pacjentki z rakiem sutka i ich partnerzy, którzy prezentowali więcej wspólnych zachowań diadycznego radzenia sobie, mieli wyższą jakość relacji, w przeciwieństwie do pacjentek i ich partnerów, którzy stosowali zachowania negatywne diadycznego radzenia sobie. Rottmann i wsp. [53], badając pacjentki z rakiem sutka, stwierdzili, że zachowania negatywne diadycznego radzenia sobie wiązały się z bardziej negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi w postaci obniżenia nastroju zarówno dla pacjentów, jak i ich partnerów. Pacjentki i ich partnerzy, którzy deklarowali więcej wspólnych zachowań diadycznego radzenia sobie, prezentowali wyższą jakość relacji i mniej objawów depresyjnych. Z kolei badanie populacji chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) [54] wykazało, że niższa jakość życia partnera pacjenta była silnie związana z zachowaniami negatywnymi diadycznego radzenia sobie pacjenta, a wyższa z własnymi zachowaniami delegowanymi ocenianymi przez pacjentów. Niewiele jest badań diadycznego radzenia sobie ze stresem, które przeprowadzono na populacji pacjentów z chorobą psychiczną. Dotyczyły one osób chorych na depresję [10, 55–57]. Wynika z nich, że pozytywne diadyczne radzenie sobie ma potencjał osłabienia symptomów depresyjnych oraz wzmocnienia jakości relacji [55, 58]. Pacjenci z ChAD i ich partnerzy nie byli dotychczas przedmiotem badań w zakresie diadycznego radzenia sobie ze stresem.

### **Diadyczne radzenie sobie a przywiązanie w kontekście choroby afektywnej dwubiegunowej**

W sytuacjach stresu i niepewności, rzeczywistych lub tak postrzeganych, zostają uaktywnione system przywiązaniowy i zachowania zgodne z wykształconą strategią

[21]. Bezpieczny styl przywiązania, w przeciwieństwie do stylów pozabezpiecznych, może zostać uznany za element zabezpieczający, prowadzący do pozytywnych ocen i konstruktywnych strategii w obliczu stresu [50, 59]. Dobór efektywnych strategii wiąże się z tendencją osób bezpiecznie przywiązanych do szukania wsparcia, oceny problemu jako możliwego do rozwiązania, a własnych zasobów jako wystarczających [23, 60]. Osoby zdystansowane w obliczu stresu izolują się na poziomie kognitywnym, emocjonalnym i behawioralnym. Mimo pozornego braku odczuwania napięcia strategia unikowa nie jest skuteczna w radzeniu sobie ze stresem [23, 59]. Dla osoby zaabsorbowanej celem nadrzędnym jest utrzymanie bliskości z partnerem za wszelką cenę i odwrócenie uwagi od problemu, którego rozwiązanie paradoksalnie może odebrać uwagę partnera [50, 61].

Rozwiązywanie problemów w związku określane jest jako proces o charakterze współzależnym: otrzymywania i dostarczania wsparcia w trudnych sytuacjach. Partner dostrzega, odkodowuje i ewaluje komunikat wysłany przez osobę doświadczającą stresu i podejmuje decyzję co do własnej reakcji [46]. Dylemat współzależności jest szczególnie trudny dla osób o pozabezpiecznej więzi [49]. Osoby zdystansowane unikają narażania się na spodziewane odrzucenie przez powstrzymywanie się od szukania wsparcia, którego tak naprawdę potrzebują. Na próby zbudowania bliskości reagują złością i wycofaniem. Ucieczka w niezależność i samowystarczalność blokuje je również przed empatycznym podejściem do szukającego wsparcia partnera. Tak więc zarówno rola partnera potrzebującego wsparcia, jak i rola partnera, od którego takiego wsparcia się oczekuje, są dla nich wyjątkowo dyskomfortowe [50]. Osoby zaabsorbowane, skoncentrowane na relacji i partnerze, potrafią dostrzec wysyłane przez niego sygnały i ofiarnie zaangażować się w udzielenie pomocy, ale z powodu nie zawsze adekwatnych interpretacji udzielane wsparcie bywa nieefektywne. Jednocześnie przewrażliwienie i nieustanny lęk o trwałość związku nie pozwalają na docenienie otrzymanego wsparcia i efektywne z niego skorzystanie [62]. Choroba psychiczna jednego z partnerów może zmodyfikować naturalną dynamikę stresu diadycznego i radzenia sobie z nim. Kontekst choroby narzuca rolę pacjenta lub partnera pacjenta. W tej sytuacji zachwiana zostaje psychologiczna współzależność partnerów na rzecz relacji opiekuńczej, w której diadyczne radzenie sobie może przybrać inne formy.

### **Model diadycznego radzenia sobie ze stresem pacjentów z ChAD**

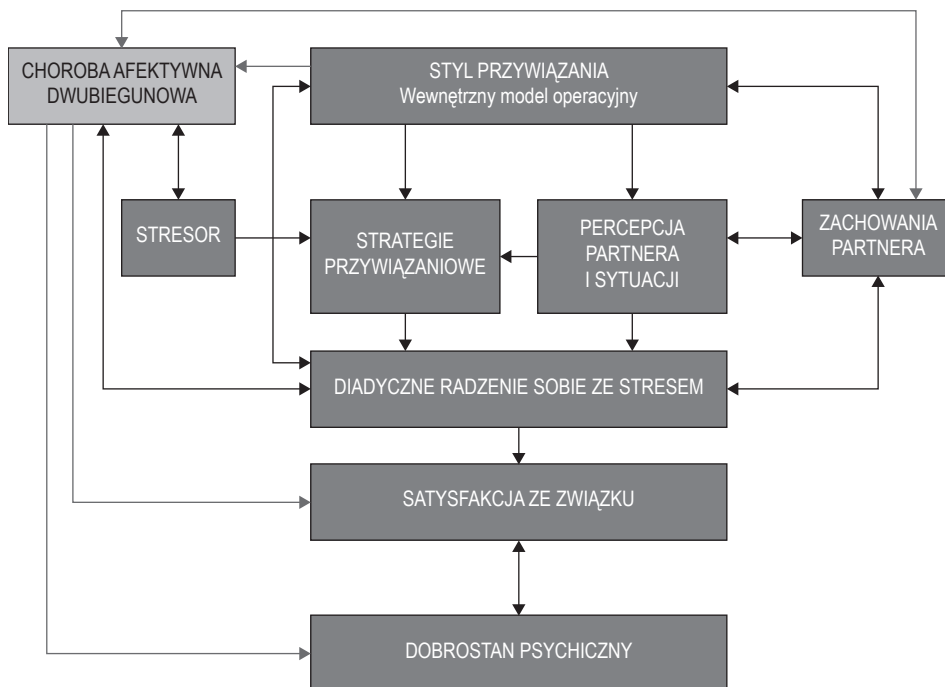
Model diadycznego radzenia sobie ze stresem pacjentów z ChAD (rys. 1) należy rozumieć w kontekście teorii przywiązania [21] oraz teorii systemowo-transakcyjnej [46]. Wystąpienie symptomów, nawrotów i przebieg ChAD spowodowane są złożonymi interakcjami różnorodnych czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych, a bezpośrednią przyczyną poprzedzającą ich ujawnienie jest zwykle pojawienie się stresujących wydarzeń życiowych, które w zestawieniu z brakiem zdolności adaptacyjnych stwarzają ryzyko wystąpienia objawów zaburzenia [2]. Obserwuje się dużą zmienność wśród pacjentów z ChAD w poziomie reaktywności na stres, co sugeruje wpływ innych czynników o charakterze psychologicznym [5].



W badaniach nad czynnikami ryzyka dla chorób afektywnych [63] dość konsekwentnie podkreśla się, że przywiązanie jest podstawą procesów rozwojowych, których pomyślny przebieg pozwala na efektywne radzenie sobie zarówno ze stresującymi procesami wewnętrznymi, jak i stresorami zewnętrznymi. Pozabezpieczny styl przywiązania, poprzez system wewnętrznych modeli operacyjnych opartych na negatywnych doświadczeniach okresu wczesnodziecięcego, kształtuje negatywne atrybucje i ogranicza dostęp do korzystania ze wsparcia społecznego [61], w tym diadycznego [50]. Jednocześnie choroba afektywna dwubiegunowa tworzy pewien specyficzny kontekst, w którym sama choroba staje się stresorem chronicznym i dodatkowo może intensyfikować działanie innych potencjalnych stresorów. W kontekście bliskiej relacji ChAD tworzy unikalne czynniki stresogenne i zasoby dla każdego partnera. Chociaż choroba może początkowo objawiać się jako wewnętrzny stresor u pacjenta, to dodatkowe wewnętrzne i zewnętrzne czynniki stresogenne, które ona wytrąca, szybko rozprzestrzeniają się na cały system [65].

Dobór strategii radzenia sobie oraz sposób postrzegania stresora, sytuacji i partnera wynikają z systemu wewnętrznych modeli operacyjnych opartych na doświadczeniach wczesnodziecięcych [61]. W wypadku osób bezpiecznie przywiązanych rozeznanie własnych emocji, adekwatna ocena sytuacji, siły stresora i własnych zasobów, strategia szukania bliskości i wsparcia prowadzą do regulowania negatywnych emocji oraz efektywnego poszukiwania skutecznych rozwiązań. Bezpieczna więź jest podstawą większej odporności na stres i skuteczniejszych metod radzenia sobie. U osób o więzi pozabezpiecznej strategii dezaktywacyjna lub hiperaktywacyjna nie są efektywne w radzeniu sobie ze stresem [21]. Dezaktywacja prowadzi do odcięcia na płaszczyźnie (1) emocjonalnej (brak rozeznania we własnych uczuciach, tłumienie emocji), (2) behawioralnej (izolacja, unikanie bliskości i wsparcia) oraz (3) poznawczej (nadmierna samodzielność decyzji, brak otwartości na rady i opinie innych, postrzeganie partnera jako niewspierającego), czego konsekwencją jest niepełny obraz sytuacji problemowej. W wypadku hiperaktywacji charakterystyczne są: (1) nieadekwatna nadwrażliwość (wyolbrzymiony poziom przeżywania emocjonalnego, przeniesienie uwagi z problemu na przesadzone emocje), (2) nieadekwatne oceny (niskie poczucie własnej wartości, percepcja partnera jako niewystarczająco wspierającego, a sytuacji jako przerastającej możliwości chorego) oraz (3) nieadekwatne zachowania (kontrolujące, nachalne, odstrasżające partnera) [61]. W wypadku strategii dezorganizacji zaś chaotyczny dobór elementów różnych strategii daje obraz nieprzewidywalności i nieuporządkowania na płaszczyźnie emocjonalnej, behawioralnej i poznawczej [24]. Dodatkowo negatywna ocena własnych zasobów w stosunku do oczekiwań sytuacji problemowej oraz dylemat współzależności (ograniczona umiejętność dawania i przyjmowania wsparcia) u osób o pozabezpiecznym i zdeorganizowanym stylu przywiązania utrudniają radzenie sobie ze stresem [34].

Pozabezpieczny system przywzaniowy, działając według automatycznych schematów wykształconych w dzieciństwie i utrwalonych w doświadczeniach późniejszych relacji, formuje podatność na problemy emocjonalne jednostki i ma bezpośredni wpływ na jej procesy poznawcze, motywacyjne i behawioralne, ale ich nie determinuje [65]. Jakość relacji reprezentuje kontekst, który może wygenerować



Rysunek 1. Model diadycznego radzenia sobie ze stresem w kontekście ChAD (opracowanie własne na podstawie 46, 61)

dotądowe czynniki stresogenne [66], ale też silny system relacyjny może potencjalnie buforować skutki stresu związane ze zdrowiem zarówno pacjenta, jak i partnera [67]. Zachowanie partnera oceniane przez osobę doświadczającą stresu może zmodyfikować jej ocenę sytuacji, relacji oraz wpłynąć na dobór strategii radzenia sobie i jej ostateczną efektywność [61]. Związek między przywiązaniem i diadycznym radzeniem sobie na modelu (rys. 1) został ujęty jako dwukierunkowy, gdyż obecność partnera i jakość relacji, na każdym etapie procesu radzenia sobie ze stresem, mogą ostatecznie zdecydować o efektywności podjętych strategii diadycznych [61], co przekłada się na lepsze radzenie sobie z chorobą [2] oraz na procesy motywacyjne obydwójga partnerów w budowaniu relacji, a także na obopólną satysfakcję ze związku i ogólny dobrostan [51].

### Podsumowanie

Stres związany z chorobą może potencjalnie wpływać na zdrowie i jakość układu relacyjnego, zarówno pozytywnie, jak i negatywnie. Z badań wynika, że stres jest negatywnie skorelowany z satysfakcją małżeńską [68]. Badania laboratoryjne wykazały, że jakość komunikacji małżeńskiej w warunkach stresu spada aż o 40% [68]. Zestresowani partnerzy sięgali po bardziej negatywne wzorce komunikacji

(krytyka, apodyktyczność, pogarda i wycofanie), które są predyktorami gorszego funkcjonowania małżeńskiego, niższej satysfakcji relacyjnej i mogą być powodem rozvodu [69]. Trudne życiowe wydarzenia nie wpływają w sposób znaczący na poziom satysfakcji, z wyjątkiem tych, które dotyczą bezpośrednio relacji, takich jak problemy małżeńskie, konflikty z partnerem, separacja lub rozwód [51]. Przewlekłe stresory natomiast, takie jak codzienne problemy czy choroba, mają bezpośredni wpływ na poziom satysfakcji ze związku. Stres chroniczny może oddziaływać na relację w różny sposób. Może być powodem ograniczania wspólnie spędzanego czasu, co w rezultacie prowadzi do zredukowania liczby wspólnych doświadczeń, wymiany emocjonalnej, satysfakcjonującej seksualności oraz obniżenia poczucia wartości własnego związku [46]. Ale choroba może być też szansą na zbliżenie się, zainteresowanie potrzebami partnera i podniesienie jakości związku [23, 42, 43]. Relacyjne podejście do rozwiązywania problemów jest złożonym procesem radzenia sobie z trudnościami, opartym na współzależności partnerów we wspólnym kontekście behawioralno-poznawczym [46].

Przedstawiony model diadycznego radzenia sobie ze stresem pacjentów z ChAD jest próbą znalezienia mechanizmu radzenia sobie ze stresem łączącego indywidualne strategie przywiązaniowe, które wynikają z jakości relacji pierwotnej diady, ze strategiami radzenia sobie stosowanymi w kontekście obecnych ważnych związków. Rozszerzenie konceptu radzenia sobie ze stresem pacjentów z ChAD o aspekt przywiązania, jako jednego z ważnych czynników pogłębiających zrozumienie etiologii i mechanizmów ujawniania się symptomów zaburzenia, stwarza nową perspektywę dla rozumienia behawioralno-emocjonalno-kognitywnych reakcji pacjentów na stres, opartych na procesach interpersonalnej regulacji emocjonalnej. Wyższe kompetencje partnerów w tym zakresie pomagają poradzić sobie z negatywnymi emocjami, co w konsekwencji przekłada się na procesy motywacyjne obydwójga partnerów w radzeniu sobie z chorobą, budowaniu relacji, a także na obopólną satysfakcję i ogólny dobrostan [70]. Empiryczna weryfikacja przedstawionego modelu będzie wartościowym uzupełnieniem istniejących modeli wyjaśniających mechanizmy choroby oraz może się przyczynić do pogłębienia warsztatu lekarzy i terapeutów w poszukiwaniu bardziej efektywnych metod pracy z pacjentami z ChAD.

Zrozumienie przez pacjentów oraz ich partnerów mechanizmów stosowanych w stresie strategii diadycznego radzenia sobie i ich wpływu na doświadczane emocje, efektywność działań i jakość relacji wydaje się na tyle ważne w procesie leczenia [18], że umiejętności partnerów w tym zakresie powinny być wspierane w terapii i programach edukacyjnych [68, 71]. Spójrzanie na problem ChAD pod kątem relacyjnym daje możliwość skonstruowania efektywnych modeli interwencyjnych w pracy terapeutycznej z parami, nakierowanych na zrozumienie wzajemnych potrzeb bezpieczeństwa i bliskości partnerów oraz znalezienie dróg bardziej efektywnego funkcjonowania w stresie.

Jednocześnie projekty mające na celu podnoszenie kompetencji wychowawczych rodziców dzieci z grupy wysokiego ryzyka [72], praca z rodziną nad wykształceniem zdolności samoregulacji emocjonalnej i przeformułowaniu nieefektywnych strategii

kognitywnych, wzmacnianie sieci wsparcia społecznego i zwiększanie kompetencji komunikacyjnych [73, 74] mogą być skutecznymi pomysłami prewencyjno-interwencyjnymi, które mają szansę wyposażyć dzieci i młodzież w kompetencje radzenia sobie z trudnymi emocjami i wchodzenia w bliskie relacje.

Pomimo że wsparcie i jakość relacji są uważane za istotne czynniki dla przebiegu i efektów leczenia ChAD [2, 39], diadyczne radzenie sobie nie było dotychczas przedmiotem badań w tej populacji. Przywiązanie jest uważane za jeden z czynników ryzyka rozwoju chorób afektywnych, a prawdopodobieństwo nawrotu choroby wydaje się związane z dysfunkcyjną relacją w okresie dzieciństwa [40], ale niewiele jest badań, które zgłębiają związek między przywiązaniem a ChAD [36, 37]. Ponadto w większości badań nad przywiązaniem stosowane są metody samoopisowe, które nie dotyczą ani doświadczeń wczesnodziecięcych, ani strategii dezorganizacji wynikającej z traumy i żałoby [wyjątek: 75], co w wypadku ChAD może się okazać istotne, gdyż wiele badań wskazuje na zaniedbania wychowawcze i traumy rozwojowe w historii życia pacjentów z ChAD [76, 77].

### Piśmiennictwo

1. Fink BC, Shapiro AF. *Coping mediates the association between marital instability and depression, but not marital satisfaction and depression*. Couple Family Psychol. 2013; 2(1): 1–13.
2. Fortgang RG, Hultman CM, Cannon TD. *Coping styles in twins discordant for schizophrenia, bipolar disorder, and depression*. Clin. Psychol. Sci. 2016; 4(2): 216–228.
3. Dienes KA, Hammen C, Henry RM, Cohen AN, Daley SE. *The stress sensitization hypothesis: Understanding the course of bipolar disorder*. J. Affect. Disord. 2006; 95(1–3): 43–49.
4. Kim EY, Miklowitz DJ, Biuckians A, Mullen K. *Life stress and the course of early-onset bipolar disorder*. J. Affect. Disord. 2007; 99(1–3): 37–44.
5. Swendsen J, Hammen C, Heller T, Gitlin M. *Correlates of stress reactivity in patients with bipolar disorder*. Am. J. Psychiatry 1995; 152(5): 795–797.
6. Post RM. *Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder*. Am. J. Psychiatry 1992; 149(8): 999–1010.
7. Hlastala SA, Ellen F, Kowalski J, Sherrill J, Tu XM, Anderson B i wsp. *Stressful life events, bipolar disorder, and the “kindling model”*. J. Abnorm. Psychol. 2000; 109(4): 777–786.
8. Hammen C, Gitlin M. *Stress reactivity in bipolar patients and its relation to prior history of disorder*. Am. J. Psychiatry 1997; 154(6): 856–857.
9. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck PE Jr, Denicoff KD, Nolen WA i wsp. *Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness*. Biol. Psychiatry 2002; 51(4): 288–297.
10. Gabriel B, Bodenmann G, Beach SRH. *Gender differences in observed and perceived stress and coping in couples with a depressed partner*. Open J. Depress. 2016; 05(02): 7–20.
11. Arciszewska A, Siwek M, Dudek D. *Dyadic adjustment among healthy spouses of bipolar I and II disorder patients*. Psychiatr. Danub. 2017; 29(3): 322–329.
12. Çuhadar D, Savaş HA, Ünal A, Gökpinar F. *Family functionality and coping attitudes of patients with bipolar disorder*. J. Relig. Health 2015; 54(5): 1731–1746.

13. Paans NPG, Dols A, Comijs HC, Stek ML, Schouws SNTM. *Associations between cognitive functioning, mood symptoms and coping styles in older age bipolar disorder*. J. Affect. Disord. 2018; 235: 357–361.
14. Fletcher K, Parker G, Manicavasagar V. *The role of psychological factors in bipolar disorder: Prospective relationships between cognitive style, coping style and symptom expression*. Acta Neuropsychiatr. 2013; 26(2): 81–95.
15. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
16. Compas BE. *Psychobiological processes of stress and coping: Implications for resilience in children and adolescents – comments on the papers of Romeo & McEwen and Fisher et al.* Ann. N Y Acad. Sci. 2006; 1094: 226–234.
17. Granek L, Danan D, Bersudsky Y, Osher Y. *Hold on tight: Coping strategies of persons with bipolar disorder and their partners*. Fam. Relat. 2018; 67(5): 589–599.
18. Borowiecka-Karpiuk J, Dudek D, Siwek M, Jaeschke R. *Spousal burden in partners of patients with major depressive disorder and bipolar disorder*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 773–787.
19. Barker-Collo S, Read J, Cowie S. *Coping strategies in female survivors of childhood sexual abuse from two Canadian and two New Zealand cultural groups*. J. Trauma Dissociation 2012; 13(4): 435–447.
20. Van Rheenen TE, Murray G, Rossell S. *Emotion regulation in bipolar disorder: Profile and utility in predicting trait mania and depression propensity*. Psychiatry Res. 2014; 225(3): 425–432.
21. Bowlby J. *Attachment and loss, t. 3: Loss. Sadness and depression*. London–Sydney–Glenfield–Parktown: Pimlico; 1998.
22. Saunders KEA, Goodwin GM. *The course of bipolar disorder*. Adv. Psychiatr. Treat. 2010; 16(5): 318–328.
23. Shaver PR, Mikulincer M. *Adult attachment strategies and the regulation of emotion*. W: Gross JJ. red. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 2007. S. 446–465.
24. Main M, Goldwyn R, Hesse E. *Adult attachment scoring and classification systems*. Unpublished manuscript: Regents of the University of California; 2002.
25. McCauley E, Pavlidis K, Kendall K. *Developmental precursors of depression: The child and the social environment*. W: Goodyer IM. red. *The depressed child and adolescent*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. S. 46–78.
26. Harrington R, Dubicka B. *Natural history of mood disorders in children and adolescents*. W: Goodyer IM. red. *The depressed child and adolescent*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. S. 353–381.
27. Klimes-Dougan B, Hastings PD, Granger DA, Usher BA, Zahn-Waxler C. *Adrenocortical activity in at-risk and normally developing adolescents: Individual differences in salivary cortisol basal levels, diurnal variation, and responses to social challenges*. Dev. Psychopathol. 2001; 13(3): 695–719.
28. Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A, Altham PM. *Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents*. Br. J. Psychiatry 2000; 177: 499–504.
29. Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A. *Psychoendocrine antecedents of persistent first-episode major depression in adolescents: A community-based longitudinal enquiry*. Psychol. Med. 2003; 33(4): 601–610.
30. Waters E, Crowell J, Elliott M, Corcoran D, Treboux D. *Bowlby's Secure Base Theory and the social/personality psychology of attachment styles: Work(s) in progress*. Attach. Hum. Dev. 2002; 4(2): 230–242.

31. Schore AN. *Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of post-traumatic stress disorder*. Aust. N Z J Psychiatry 2002; 36(1): 9–30.
32. Webster L, Hackett RK, Joubert D. *The association of unresolved attachment status and cognitive processes in maltreated adolescents*. Child Abuse Rev. 2009; 18(1): 6–23.
33. Feeney JA, Hohaus L. *Attachment and spousal caregiving*. Pers. Relatsh. 2001; 8(1): 1–39.
34. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. *Adult attachment style as a mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2006; 41(10): 796–805.
35. Marazziti D, Dell’osso B, Catena Dell’Osso M, Consoli G, Del Debbio A, Mungai F i wsp. *Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders*. CNS Spectr. 2007; 12(10): 751–756.
36. Kökçü F, Kesebir S. *The Relationship between attachment style, and temperament, personality, and bipolar symptoms: A controlled study on bipolar patients and their children*. Turk Psikiyatri Derg. 2010; 21(4): 309–318.
37. Rahmatinejad P, Khosravi Z, Mohammadi SD. *Comparing attachment style, quality of intimate relationship and anger experience in patients with borderline personality and bipolar-II disorders*. Iran. J. Psychiatry Behav. Sci. 2017; 2(2): e10720.
38. Geller B, Tillman R, Bolhofner K, Zimmerman B. *Child bipolar I disorder: Prospective continuity with adult bipolar I disorder; Characteristics of second and third episodes; Predictors of 8-year outcome*. Arch. Gen. Psychiatry 2008; 65(10): 1125–1133.
39. Harnic D, Pompili M, Innamorati M, Erbuto D, Lamis DA, Brija P i wsp. *Affective temperament and attachment in adulthood in patients with bipolar disorder and cyclothymia*. Compr. Psychiatry 2014; 55(4): 999–1006.
40. Gomes F, Passos IC, Krolow AC, Reckziegel R, Vasconcelos-Moreno MP, Spanemberg L i wsp. *Differences in parental bonding between schizophrenia and bipolar disorder: Evidence of prodromal symptoms?* Schizophr. Res. 2015; 165(2–3): 134–137.
41. Granek L, Danan D, Bersudsky Y, Osher Y. *Living with bipolar disorder: The impact on patients, spouses, and their marital relationship*. Bipolar Disord. 2016; 18(2): 192–199.
42. Borowiecka-Kluza J, Miernik-Jaeschke M, Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. *The affective disorder-related burden imposed on the family environment – An overview*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(4): 635–646.
43. Arciszewska A, Siwek M, Dudek D. *Caregiving burden and psychological distress among spouses of bipolar patients. Comparative analysis of subtype I and II*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(6): 1289–1302.
44. Kogan JN, Otto MW, Bauer MS, Dennehy EB, Miklowitz DJ, Zhang HW i wsp. *Demographic and diagnostic characteristics of the first 1000 patients enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD)*. Bipolar Disord. 2004; 6(6): 460–469.
45. Arciszewska A. *Badanie poczucia obciążenia, funkcjonowania w związku oraz subiektywnego doświadczenia choroby u współmałżonków pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych [Study of the sense of burden, functioning in a relationship and subjective experience of the disease in spouses of patients diagnosed with affective disorders]*. Niepublikowana praca doktorska. Kraków: Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski; 2018.
46. Bodenmann G. *Dyadic coping and its significance for marital functioning*. W: Revenson T, Kayser K, Bodenmann G red. *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. Washington, DC: American Psychological Association; 2005. S. 33–49.

47. Bodenmann G, Meuwly N, Bradbury T, Ledermann T. *Stress, anger, and verbal aggression in intimate relationships: Moderating effects of individual and dyadic coping*. J. Soc. Pers. Relatsh. 2010; 27(3): 408–424.
48. Falconier MK, Nussbeck F, Bodenmann G, Schneider H, Bradbury T. *Stress from daily hassles in couples: Its effects on intradyadic stress, relationship satisfaction, and physical and psychological well-being*. J. Marital Fam. Ther. 2013; 41(2): 221–235.
49. Iafrate R, Bertoni A, Donato S, Finkenauer K. *Perceived similarity and understanding in dyadic coping among young and mature couples*. Pers. Relatsh. 2012; 19(3): 401–419.
50. Kardatzke KN. *Perceived stress, adult attachment, dyadic coping and marital satisfaction of counseling graduate students*. A dissertation thesis. Uncg 0154D 10186; 2009.
51. Randall AK, Bodenmann G. *Stress and its associations with relationship satisfaction*. Curr. Opin. Psychol. 2017; 13: 96–106.
52. Badr H, Carmack CL, Kashy DA, Cristofanilli M, Revenson T. *Dyadic coping in metastatic breast cancer*. Health Psychol. 2010; 29(2): 169–180.
53. Rottmann N, Hansen DG, Larsen PV, Nicolaisen A, Flyger H, Johansen C i wsp. *Dyadic coping within couples dealing with breast cancer: A longitudinal, population-based study*. Health Psychol. 2015; 34(5): 486–495.
54. Vaske I, Thöne MF, Kühl K, Keil DC, Schürmann W, Rief W i wsp. *For better or for worse: A longitudinal study on dyadic coping and quality of life among couples with a partner suffering from COPD*. J. Behav. Med. 2015; 38(6): 851–862.
55. Bodenmann G, Plancherel B, Beach SRH, Widmer K, Gabriel B, Meuwly N i wsp. *Effects of coping-oriented couples therapy on depression: A randomized clinical trial*. J. Consult. Clin. Psychol. 2008; 76(6): 944–954.
56. Bodenmann G, Shantinath SD. *The couples coping enhancement training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping*. Fam. Relat. 2004; 53(5): 477–484.
57. Johnson MD, Galambos NL, Finn C, Neyer FJ, Horne RM. *Pathways between self-esteem and depression in couples*. Dev. Psychol. 2017; 53(4): 787–799.
58. Beach SRH, Lei MK, Brody GH, Yu T, Philibert RA. *Nonsupportive parenting affects telomere length in young adulthood among African Americans: Mediation through substance use*. J. Fam. Psychol. 2014; 28(6): 967–972.
59. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events*. Pers. Relatsh. 2005; 12(2): 149–168.
60. Cutrona CE, Russell DW. *Autonomy promotion, responsiveness, and emotion regulation promote effective social support in times of stress*. Curr. Opin. Psychol. 2017; 13: 126–130.
61. Simpson JA, Rholes WS. *Adult attachment, stress, and romantic relationships*. Curr. Opin. Psychol. 2017; 13: 19–24.
62. Collins NL, Feeney BC. *A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships*. J. Pers. Soc. Psychol. 2000; 78(6): 1053–1073.
63. Smith M, Calam R, Bolton C. *Psychological factors linked to self-reported depression symptoms in late adolescence*. Behav. Cogn. Psychother. 2009; 37(1): 73–85.
64. Son KY, Lee CH, Park SM, Lee CH, Oh SI, Oh B i wsp. *The factors associated with the quality of life of the spouse care-givers of patients with cancer: A cross-sectional study*. J. Palliat. Med. 2012; 15(2): 216–224.

65. Hammen C. *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
66. Rösand GB, Slinning K, Eberhard-Gran M, Røysamb E, Tambs K. *The buffering effect of relationship satisfaction on emotional distress in couples*. BMC Public Health 2012; 12(1): 1–13.
67. Berg CA, Upchurch R. *A developmental-contextual theory of couples coping with chronic illness across the adult life span*. Psychol. Bull. 2007; 133(6): 920–954.
68. Bodenmann G, Pihet S, Kayser K. *The relationship between dyadic coping and marital quality: A 2-year longitudinal study*. J. Fam. Psychol. 2006; 20(3): 485–493.
69. Manne SL, Norton TR, Ostroff JS, Winkel G, Fox K, Grana G. *Protective buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer: The moderating role of relationship satisfaction*. J. Fam. Psychol. 2007; 21(3): 380–388.
70. Rusu PP, Bodenmann G, Kayser K. *Cognitive emotion regulation and positive dyadic outcomes in married couples*. J. Soc. Pers. Relatsh. 2019; 36(1): 359–376. Doi: 10.1177/0265407517751664.
71. Gottman JM, Gottman JS. *Gottman method couple therapy*. W: Gurman AS red. *Clinical handbook of couple therapy*, 4<sup>th</sup> ed. New York, NY: Guilford Press; 2008. S. 138–164.
72. Jones S, Calam R, Sanders M, Diggle PJ, Dempsey R, Sadhnani V. *A pilot web based positive parenting intervention to help bipolar parents to improve perceived parenting skills and child outcomes*. Behav. Cogn. Psychother. 2014; 42(3): 283–296. Doi: <https://doi.org/10.1017/S135246581300009X>.
73. Fristad MA, Gavazzi SM, Mackinaw-Koons B. *Family psychoeducation: An adjunctive intervention for children with bipolar disorder*. Biol. Psychiatry 2003; 53(11): 1000–1008.
74. Pavuluri MN, Graczyk PA, Henry DB, Carbray JA, Heidenreich J, Miklowitz DJ. *Child – and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: Development and preliminary results*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2004; 43(5): 528–537.
75. Rendiniello M, Ierardi E, Olivari MG, Rangone G. *Eventi traumatici e attaccamento nel disturbo bipolare [Traumatic events and attachment in bipolar disorder. Maltreatment and Childhood Abuse]*. Maltrattamento e abuso all’infanzia. 2016; 18(3): 143–155.
76. Parry P, Levin E. *Pediatric bipolar disorder in an era of “mindless psychiatry”*. J. Trauma Dissociation 2012; 13(1): 51–68.
77. McClellan J. *Commentary: Treatment guidelines for child and adolescent bipolar disorder*. J. Am. Acad. Child Adolesc. 2005; 44(3): 236–239.

Adres: Marcin Siwek  
Zakład Zaburzeń Afektywnych  
Katedra Psychiatrii UJ CM  
31-501 Kraków, ul. M. Kopernika 21 A  
e-mail: marcin.siwek@uj.edu.pl

Otrzymano: 18.11.2019  
Zrecenzowano: 22.02.2020  
Otrzymano po poprawie: 9.03.2020  
Przyjęto do druku: 9.03.2020