

Sumienie emocjonalne u osób z zaburzeniem nastroju

Emotional conscience in individuals with affective disorders

Roksana Epa, Katarzyna Olszewska-Turek, Anna Rajtar,
Barbara Bętkowska-Korpała, Dominika Dudek

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii

Summary

Aim. The aim of the study was to analyse the functioning of emotional conscience in individuals with mood disorders, taking into account the differences between patients with recurrent depression and patients with bipolar disorder. The dependence of the susceptibility to experiencing particular moral feelings on the symptoms of the illness – both on their type and severity – was also a subject of consideration.

Material and method. Results from 131 subjects were analysed, including 44 patients with bipolar disorder, 33 patients with recurrent depression and 54 individuals without a diagnosis of mental disorders. More women (67%) than men (33%) took part in the study, the average age of the respondents was 43 years. The following research methods were used: the *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D), the *Young Mania Rating Scale* (YMRS) and the *Moral Feelings Scale* (SUM-5).

Results. Statistically significant differences were observed between the examined groups in the functioning of emotional conscience assessed using the SUM-5. Patients with mood disorders described themselves as experiencing some of the distinguished moral emotions with different susceptibility than healthy individuals. Similarly, different experiencing of these types of feelings was noticed in groups of patients with recurrent depression and bipolar disorder. The dependence of the functioning of their emotional conscience on the type and severity of experienced symptoms, assessed on the HAM-D and YMRS scales, was also noted.

Conclusions. The emotional conscience of people with mood disorders may have specific features, that are less pronounced in healthy subjects. Taking this into account seems to be an important aspect of understanding patients, helpful when building a healing relationship with them.

Słowa kluczowe: choroba afektywna dwubiegunowa, depresja nawracająca, sumienie emocjonalne

Key words: bipolar disorder, recurrent depression, emotional conscience

Wstęp

Problematyka dotycząca moralności osób zmagających się z trudnościami natury psychicznej jest kwestią niezwykle delikatną, kojarzącą się z ryzykiem oceniania i stygmatyzacji. Jest to szczególnie zauważalne w obrębie kultury zachodniej, gdzie postępowanie zgodne z ustalonymi społecznie zasadami utożsamiane jest z dojrzałością, zdrowiem i rozsądkiem [1]. Istnieje zatem niebezpieczeństwo postrzegania osób chorujących psychicznie jako z natury mniej moralnych i mających większe niż przeciętna zdrowa osoba trudności z poszanowaniem wartości. Warto przy tym zaznaczyć, że temat funkcjonowania moralnego, w tym rozwoju emocji moralnych u pacjentów psychiatrycznych, jest w literaturze rzadko poruszany, nieusystematyzowany i opisywany raczej wybiórczo.

Zaprezentowane w niniejszej pracy badanie miało na celu przedstawienie funkcjonowania moralnego, a konkretnie moralnych uczuć u osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) lub depresji nawracającej (choroby afektywnej jednobiegunowej, ChAJ). Uczucia moralne – zwane inaczej sumieniem emocjonalnym – to te, których doświadczamy w okolicznościach związanych z przestrzeganiem lub łamaniem norm kojarzących się z „dobrem” lub „złem”. Różni autorzy [2–4] proponują wyodrębnienie pewnych kategorii uczuć moralnych, zawierających poszczególne rodzaje reakcji emocjonalnych. Haidt [2] wyróżnił cztery „rodziny” emocji moralnych – dwie duże i dwie mniejsze. Do dużych zaliczył rodzinę emocji „potępiających innych” (*other-condemning emotions*), do której należą: gniew, wstręt i pogarda, a także rodzinę emocji „samoświadomościowych” (*self-conscious emotions*), obejmującą: wstyd, zakłopotanie i poczucie winy. Pierwszą z mniejszych grup nazwał Haidt rodziną emocji związanych z cierpieniem innych (*other-suffering emotions*), w której wyróżnił współczucie, a drugą – rodziną emocji dotyczących docenienia innych osób (*other-praising emotions*), gdzie znaleźć miała się m.in. wdzięczność. Bardzo ważnym kryterium podziału uczuć moralnych na poszczególne grupy jest także stopień ich dojrzałości. Uważa się, że jednym z warunków niezbędnych do tego, by świadomość moralna mogła pełnić funkcję regulacyjną względem postępowania danej osoby, jest właśnie dojrzałość emocjonalna [5]. W zależności od stopnia rozwoju moralnego dana osoba przejawiać będzie tendencję do reagowania w określony, właściwy dla siebie sposób [4].

Do najbardziej podstawowych uczuć moralnych zalicza się strach przed karą, którego doświadczanie nie wymaga posiadania zinternalizowanego systemu wartości [6]. W późniejszym okresie życia pojawia się zdolność przeżywania wstydu i uogólnionego poczucia winy, które wiąże się z bardziej rozwiniętą samoświadomością i wstępnym ukształtowaniem pojęcia „ja”. Poczucie winy jest przy tym uznawane za emocję dojrzałą od wstydu, gdyż związane jest dodatkowo z głębszym uewnętrznieniem zasad moralnych [7]. Kiedy człowiek zdobędzie umiejętność różnicowania tego, kim jest jako osoba, od swoich zachowań, możliwe staje się dla niego doświadczanie mniej uogólnionego poczucia winy (zwanego też uczuciem skruchy), ograniczonego do konkretnych działań i sytuacji, niewpływającego destruktywnie na jego obraz siebie [8].

Wymienione wyżej uczucia wzbudzone są w sytuacjach, w których jednostka wykrocza w swoim postępowaniu poza zasady – albo zewnętrzne, uznane za ważne przez inne osoby, albo wewnętrzne – mające istotne znaczenie dla niej samej. Jak już zaznaczono, inną kategorią okoliczności związanych z poczuciem moralności, również powodujących wyraźny oddźwięk emocjonalny, są sytuacje, w których dana osoba postępuje zgodnie z zasadami i realizuje ważne dla siebie wartości [4, 9]. W rozwoju uczuć moralnych doświadczanych przez ludzi w rezultacie przestrzegania norm wyróżniono cztery różne ich kategorie [9]. Za najbardziej pierwotne uznano emocje wynikające z frustracji jednostki, która staje przed koniecznością postępowania w zgodzie z narzuconym jej systemem wartości – uczucia te mają jednoznacznie negatywną walencję (np. niezadowolenie, złość czy irytacja). Następnie w rozwoju pojawia się zdolność do doświadczania uczuć mających znaczenie dla utrzymywania pozytywnej samooceny (np. poczucie satysfakcji, dumy) oraz takich, które sugerują, że podmiot koncentruje się raczej na poszczególnych normach, a nie na samym sobie, własnych osiągnięciach czy zasługach (np. poczucie spełnionego obowiązku). To ostatnie rozróżnienie można uznać za w pewnym stopniu odpowiadające innemu podziałowi przyjmowanemu przez licznych autorów, którzy odróżniają dumę z siebie od dumy z własnego postępowania [7, 8]. Bycie dumnym ze swojego zachowania uważa się za uczucie adaptacyjne i wspierające postawę prospołeczną, z kolei duma z samego siebie jest uczuciem bliskim pychy, w dużym stopniu nieprzystosowawczym, i może ona w niekorzystny sposób wpływać na funkcjonowanie człowieka w relacjach z innymi [7, 8].

W literaturze przedmiotu znaleźć można doniesienia, w których opisano funkcjonowanie niektórych aspektów sumienia emocjonalnego (wybranych uczuć moralnych) u osób zmagających się z chorobami afektywnymi. Jedno z tego typu badań – z udziałem pacjentów z ChAD w epizodzie depresyjnym – przeprowadzone zostało przez Fletcher i wsp. [10]. Badani relacjonowali, że w konsekwencji uświadomienia sobie własnych zachowań podejmowanych w trakcie hipomanii (np. nadużywanie alkoholu, ryzykowne prowadzenie samochodu czy przypadkowe kontakty seksualne) i ich negatywnych skutków, zaczęli doświadczać dotkliwego poczucia winy i zawstyżenia. Nie mieli natomiast tego typu przeżyć w czasie, kiedy decydowali się na te działania. Zatem stan emocjonalny badanych, ich zdolność introspekcji i krytycznego spojrzenia na samych siebie zmieniły się wraz ze zmianą objawów choroby. Highfield i wsp. [11] opisali interesujące badania nad przeżywaniem poczucia winy i wstydu przez pacjentów z ChAD i ChAJ. W obu grupach zaobserwowano wyższą niż wśród zdrowych osób tendencję do doświadczania wstydu, przy czym była ona najwyraźniejsza u badanych z nawracającą depresją. Co ciekawe, chorujących na ChAD cechowała najniższa podatność na odczuwanie poczucia winy. W innych doniesieniach opisano także dodatnią korelację między osobowościową skłonnością do doświadczania pychy, dumy oraz bycia dominującym w relacjach z innymi a ryzykiem wystąpienia epizodu maniakalnego, ocenianym za pomocą skali mierzącej subkliniczną manifestację objawów maniakalnych [12–14].

Jeżeli chodzi o badania, w których sprawdzano podatność na doświadczanie poszczególnych moralnych emocji wyłącznie w grupie pacjentów z depresją nawra-

cającą, koncentrowano się głównie na uczuciach związanych z wrogością czy złością przeżywaną w stosunku do innych ludzi lub do siebie. Przykładowo Zahn i wsp. [15, 16] odnotowali, że osoby z rozpoznaniem ChAJ nawet wówczas, gdy pozostają w remisji, mają podwyższoną skłonność do kierowania tego typu uczuć (np. pogardy, samooskarżeń, obwiniania się) przeciwko sobie, a obniżoną – do kierowania ich wobec innych. W międzynarodowym badaniu przeprowadzonym przez przedstawicieli Światowej Organizacji Zdrowia okazało się, że przeświadczenie, że jest się winnym, niewystarczająco dobrym, nieadekwatnym i bezwartościowym, to objawy konsekwentnie zgłaszane przez osoby badane, niezależnie od kręgu kulturowego, z którego pochodzą [17]. Część badań wskazuje wszakże na dużą zmienność w podatności na doświadczanie globalnego poczucia winy w zależności od kraju pochodzenia badanych [18–25]. Prezentowane w piśmiennictwie wnioski są zatem niespójne i nie dają jednoznacznych odpowiedzi.

Z przeglądu dotychczasowych doniesień dotyczących związku sumienia emocjonalnego z chorobą afektywną wynika, że brakuje badań nad znaczeniem uczuć moralnych w ChAD i ChAJ. Dlatego celem opisywanego tu badania jest analiza funkcjonowania emocjonalnego sumienia u osób z zaburzeniami nastroju, z uwzględnieniem różnic dotyczących tej sfery między pacjentami z ChAJ a pacjentami z ChAD. Przedmiotem rozważań jest także zależność podatności na przeżywanie poszczególnych uczuć moralnych od objawów choroby – zarówno od ich rodzaju, jak i nasilenia.

Material i metoda

Badania przeprowadzone zostały za zgodą Komisji Bioetycznej działającej przy Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. W badaniu udział wzięło łącznie 131 osób, w tym 44 pacjentów z rozpoznaniem ChAD, 33 pacjentów z rozpoznaniem ChAJ oraz osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych. W obrębie grupy pacjentów z ChAJ u 18 rozpoznano obecność epizodu depresyjnego, a u 15 – stan remisji. Wśród pacjentów dwubiegunowych u 13 rozpoznano epizod depresyjny, u 16 epizod hipomaniakalny, a u 15 – stan remisji objawowej. Osoby badane były w wieku od 19 do 78 lat, ze średnią wieku wynoszącą 43 lata. W badaniu uczestniczyło więcej kobiet (67%) niż mężczyzn (33%). Ze względu na przeciwwskazania natury etycznej i merytorycznej nie włączono do niego osób, u których obserwowano znaczne nasilenie symptomów maniakalnych lub głęboką depresję. W skład obu grup klinicznych weszli pacjenci leczeni na Pododdziale Zaburzeń Afektywnych Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży lub w Poradni Psychiatrycznej Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Zostali oni zakwalifikowani do badania przez lekarzy psychiatrów pracujących we wspomnianej placówce oraz przez osobę prowadzącą badanie. Dobór pacjentów do poszczególnych podgrup (wyodrębnionych ze względu na epizod choroby) odbywał się na podstawie wyników uzyskiwanych przez nich w skalach mierzących nasilenie objawów. Grupę kontrolną stanowiły osoby, które nigdy nie otrzymały rozpoznania zaburzeń psychicznych. Swoją chęć udziału w badaniu zgłosiły one, odpowiadając na ogłoszenie umieszczone w Internecie. Wszyscy badani rekrutowani byli w latach 2015–2019.

Do oceny poziomu nasilenia objawów depresji wykorzystano *Skalę depresji Hamiltona* (*Hamilton Depression Rating Scale* – HAM-D) [26]. Badane osoby włączane były do grupy pacjentów depresyjnych wówczas, gdy uzyskały we tej skali co najmniej 8 punktów [27]. Nasilenie symptomów maniakalnych oceniano za pomocą *Skali manii Younga* (*Young Mania Rating Scale* – YMRS) [28]. Za próg pozwalający na stwierdzenie obecności objawów maniakalnych – i tym samym na zaliczenie badanej osoby do grupy osób z symptomami manii – uznano liczbę 12 punktów [28]. Osoby z rozpoznaniem ChAJ lub ChAD, które w momencie badania nie spełniły kryteriów depresji bądź manii, włączone zostały do podgrup osób w remisji objawowej.

Do oceny skłonności badanych do doświadczania poszczególnych emocji moralnych wykorzystano *Skalę uczuć moralnych* autorstwa Strusa [9] w jej najnowszej, piątej wersji (SUM-5). SUM-5 podzielono na dwie części: A i B, gdzie część A dotyczy emocji pojawiających się w rezultacie łamania zasad, a część B – reakcji emocjonalnych na postępowanie w zgodzie z nimi. Badany na skali od 0 („nigdy”) do 6 („zawsze”) ocenia częstość, z jaką doświadcza poszczególnych emocji właśnie wówczas, gdy przestrzega lub nie przestrzega ważnych dla siebie zasad moralnych. Oceny tej dokonuje w odniesieniu do przywołanych w pamięci sytuacji, w których realnie brał udział. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi określa się podatność badanych na doświadczanie m.in. takich stanów emocjonalnych, jak: globalne poczucie winy, poczucie skruchy, strach przed karą w reakcji na łamanie zasad, uczucia negatywne, uczucia pozytywne i powinność wobec zasad w odpowiedzi na własne postępowanie zgodnie z zasadami.

Wyniki

W analizie wykorzystano elementy statystyki opisowej. Wyniki zostały przedstawione jako wartości średnie (M), wartości procentowe (%), odchylenia standardowe (SD) oraz wyniki minimalne i maksymalne. Normalność rozkładu analizowanych zmiennych sprawdzono testem Shapiro-Wilka. W celu porównania zmiennych ciągłych dla dwóch grup zastosowano test t -Studenta, a w wypadku niespełnienia założeń dotyczących normalności rozkładu analizowanych zmiennych wybrano test Manna-Whitneya. Do porównania zmiennych ciągłych dla trzech grup wybrano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, a w razie niespełnienia założeń dotyczących normalności rozkładu analizowanych zmiennych wybrano test Kruskala-Wallisa. Analizę statystyczną przeprowadzono z użyciem programu Statistica 13 PL firmy StatSoft. Wszystkie hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności $\alpha = 0,05$.

Porównanie trzech grup: pacjentów z ChAD, pacjentów z ChAJ oraz zdrowych badanych pod kątem podatności na doświadczanie poszczególnych emocji moralnych

Przeprowadzona analiza wykazała, że wynik w podskali „Uczucia negatywne” (z części B SUM-5) był istotnie niższy w grupie kontrolnej w porównaniu z grupą osób z ChAD. W zakresie pozostałych emocji moralnych nie zaobserwowano istot-

nych różnic. Nie wykazano ich również, porównując ze sobą obie grupy pacjentów (z ChAD i ChAJ) oraz grupę osób z ChAJ ze zdrowymi badanymi. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka wyników SUM-5 w poszczególnych badanych grupach

Zmienne	Grupy						
	Kontrolna (1)	Choroba jednobiegunowa (2)	Choroba dwubiegunowa (3)	df	F	p-value	Post-hoc
A – Uczucia pozytywne ¹	7,70 (5,94)	7,00 (4,79)	9,91 (6,49)	2	2,73	0,068	
A – Uczucia eksternalizujące ¹	6,76 (3,72)	7,67 (3,45)	7,41 (4,19)	2	0,67	0,513	
A – Strach przed karą ¹	15,63 (4,64)	15,33 (4,11)	15,80 (5,56)	2	0,86	0,917	
A – Wstyd ¹	14,22 (4,70)	14,27 (3,91)	13,59 (5,40)	2	0,27	0,762	
A – Globalne poczucie winy ¹	21,11 (7,62)	23,82 (6,97)	23,27 (8,45)	2	1,56	0,214	
A – Poczucie skruchy ¹	16,93 (4,25)	17,88 (3,78)	17,89 (4,25)	2	0,85	0,429	
B – Uczucia negatywne¹	6,91 (6,37)	7,45 (5, 86)	10,70 (7,84)	2	4,16	<0,05	1 < 3
B – Nadzieja na nagrodę ¹	16,54 (7,04)	13,36 (6,32)	16,07 (7,60)	2	2,22	0,112	
B – Pycha ¹	9,06 (7,42)	7,64 (7,21)	9,41 (7,07)	2	0,61	0,542	
B – Uczucia pozytywne ¹	20,35 (7,78)	19,12 (6,04)	19,82 (6,57)	2	0,32	0,726	
B – Powinność wobec zasad ¹	19,89 (6,50)	21,79 (4,01)	20,36 (5,36)	2	1,21	0,301	

¹M – średnia (SD – odchylenie standardowe)

A – część „A” skali; B – część „B” skali

Porównanie trzech podgrup pacjentów dwubiegunowych: w epizodzie depresji, w epizodzie hipomanii oraz w eutymii pod kątem podatności na doświadczanie poszczególnych emocji moralnych

Przeprowadzona analiza wykazała, że wynik w podskali „Uczucia pozytywne” z części A skali SUM-5 był istotnie niższy u badanych z diagnozą ChAD, którzy zgłaszali objawy depresji, w porównaniu z tymi, którzy zgłaszali objawy hipomanii. W zakresie pozostałych emocji moralnych nie zaobserwowano istotnych różnic. Podobnie nie wykazano różnic w funkcjonowaniu sumienia emocjonalnego między osobami w hipomanii a osobami w eutymii oraz między osobami w depresji a osobami w eutymii. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Charakterystyka wyników SUM-5 w poszczególnych podgrupach pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową

Zmienne	Grupy						
	Remisja (1)	Depresja (2)	Hipomania (3)	df	F	p-value	Post-hoc
A – Uczucia pozytywne¹	10,27 (4,76)	6,38 (5,78)	12,44 (7,42)	2	3,38	< 0,05	2<3
A – Uczucia eksternalizujące ¹	7,13 (2,85)	6,69 (5,02)	8,25 (4,61)	2	0,73	0,591	
A – Strach przed karą ¹	13,67 (5,81)	16,92 (3,93)	16,88 (6,14)	2	1,39	0,191	
A – Wstyd ¹	12,73 (4,89)	12,85 (3,93)	15,00 (6,57)	2	0,62	0,434	
A – Globalne poczucie winy ¹	20,73 (7,51)	25,31 (7,58)	24,00 (9,79)	2	0,74	0,336	
A – Poczucie skruchy ¹	16,53 (2,97)	19,08 (3,71)	18,19 (5,42)	2	1,21	0,275	
B – Uczucia negatywne ¹	15,87 (5,57)	18,15 (8,00)	14,56 (8,90)	2	1,66	0,349	
B – Nadzieja na nagrodę ¹	9,33 (6,85)	9,46 (8,01)	13,00 (8,51)	2	1,23	0,455	
B – Pycha ¹	10,13 (5,64)	7,54 (7,84)	10,25 (7,74)	2	0,69	0,534	
B – Uczucia pozytywne ¹	18,40 (5,54)	19,38 (9,20)	21,50 (4,73)	2	0,99	0,415	
B – Powinność wobec zasad ¹	10,27 (4,76)	20,15 (5,40)	21,88 (5,00)	2	1,72	0,314	

¹M – średnia (SD – odchylenie standardowe)

A – część „A” skali; B – część „B” skali

Porównanie dwóch podgrup: pacjentów z ChAD w remisji oraz pacjentów z ChAJ w remisji pod kątem podatności na doświadczanie poszczególnych emocji moralnych

Przeprowadzona analiza ujawniła, że badani z diagnozą ChAJ uzyskali istotnie więcej punktów w podskali „Poczucie skruchy” (z części A SUM-5) niż badani z diagnozą ChAD. Wykazano również, że pacjenci z ChAJ uzyskali istotnie wyższe wyniki w podskali „Powinność wobec zasad” (część B SUM-5). W zakresie pozostałych emocji moralnych nie odnotowano istotnych różnic. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Charakterystyka wyników SUM-5 w grupach pacjentów w remisji

Zmienne	Grupy			T	p-value
	Remisja w przebiegu choroby jednobiegunowej	Remisja w przebiegu choroby dwubiegunowej	df		
A – Uczucia pozytywne ¹	6,67 (5,01)	10,27 (4,76)	28	2,01	0,053
A – Uczucia eksternalizujące ¹	8,60 (4,26)	7,13 (2,85)	28	–1,11	0,277
A – Strach przed karą ¹	14,33 (3,79)	13,67 (5,81)	28	–0,37	0,713
A – Wstyd ¹	14,20 (4,43)	12,73 (4,89)	28	–0,86	0,397
A – Globalne poczucie winy ¹	23,00 (7,40)	20,73 (7,50)	28	–0,83	0,412
A – Poczucie skruchy¹	18,93 (3,15)	16,53 (2,97)	28	–2,14	<0,05
B – Uczucia negatywne ¹	7,13 (6,33)	9,33 (6,85)	28	0,91	0,369
B – Nadzieja na nagrodę ¹	12,53 (7,16)	15,87 (5,57)	28	1,42	0,166
B – Pycha ¹	8,47 (8,37)	10,13 (5,64)	28	0,64	0,528
B – Uczucia pozytywne ¹	20,73 (6,01)	18,40 (5,54)	28	–1,11	0,278
B – Powinność wobec zasad¹	23,13 (3,83)	18,93 (5,61)	28	–2,39	<0,05

¹M – średnia (SD – odchylenie standardowe)

A – część „A” skali; B – część „B” skali

Analiza związku między nasileniem objawów depresyjnych a podatnością na doświadczanie poszczególnych emocji moralnych

W celu określenia tego związku przeprowadzono analizę korelacji między nasileniem objawów depresyjnych, ocenianym za pomocą *Skali depresji Hamiltona* (HAM-D), a wynikami uzyskiwanymi przez badanych w poszczególnych podskalach SUM-5. Wykazano, że istnieje: dodatni związek między odnotowanym nasileniem symptomów depresji a wynikiem w podskali „Strach przed karą” (część A SUM-5) w grupie pacjentów z diagnozą ChAJ ($r = 0,383$), ujemny związek między nasileniem depresji a wynikami w podskali „Uczucia pozytywne” (część A SUM-5) w grupie z ChAD ($r = -0,317$) oraz ujemny związek między nasileniem depresji a wynikami w podskali „Uczucia pozytywne” (część A SUM-5) w całej badanej grupie ($r = -0,227$).

W zakresie pozostałych emocji moralnych nie zaobserwowano istotnych korelacji. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Związek między nasileniem objawów depresji (HAM-D) a wynikami w podskalach SUM-5

Zmienne	HAM-D		
	Choroba afektywna jednobiegunowa	Choroba afektywna dwubiegunowa	Cała grupa
A – Uczucia pozytywne	0,059	-0,317*	-0,227*
A – Uczucia eksternalizujące	-0,225	-0,141	-0,149
A – Strach przed karą	0,383*	0,096	0,177
A – Wstyd	0,040	-0,054	0,012
A – Globalne poczucie winy	0,173	0,204	0,185
A – Poczucie skruchy	-0,109	0,143	0,023
B – Uczucia negatywne	0,042	0,006	-0,064
B – Nadzieja na nagrodę	0,054	0,076	-0,010
B – Pycha	-0,088	-0,121	-0,141
B – Uczucia pozytywne	-0,203	-0,136	-0,174
B – Powinność wobec zasad	-0,252	0,076	-0,002

* Korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,05$

A – część „A” skali; B – część „B” skali

Analiza związku między nasileniem objawów maniakalnych a podatnością na doświadczanie poszczególnych emocji moralnych

Przeprowadzono analizę korelacji w celu zbadania zależności między odczuwanym nasileniem objawów maniakalnych, ocenianym za pomocą *Skali manii Younga* (YMRS), a wynikami uzyskiwanymi w poszczególnych podskalach SUM-5. Zaobserwowano dodatnią korelację między nasileniem objawów manii a wynikiem w podskali „Uczucia pozytywne” (część A SUM-5) ($r = 0,314$). Wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Związek między nasileniem objawów manii (YMRS) a wynikami w podskalach SUM-5

Zmienne	YMRS
A – Uczucia pozytywne	0,314*
A – Uczucia eksternalizujące	0,157
A – Strach przed karą	0,173
A – Wstyd	0,175
A – Globalne poczucie winy	0,100

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

A – Poczucie skruchy	0,064
B – Uczucia negatywne	0,208
B – Nadzieja na nagrodę	-0,131
B – Pycha	0,092
B – Uczucia pozytywne	0,221
B – Powinność wobec zasad	0,199

* Korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,05$

A – część „A” skali; B – część „B” skali

Omówienie wyników i dyskusja

Podatność na doświadczanie poszczególnych emocji moralnych u osób zdrowych i u pacjentów z rozpoznaniem choroby afektywnej (jedno – lub dwubiegunowej)

Zaobserwowano zależność między skłonnością do przeżywania negatywnych uczuć związanych z przestrzeganiem zasad a chorowaniem na zaburzenia nastroju. Pacjenci z rozpoznaniem ChAD istotnie częściej niż zdrowi badani doświadczali takich stanów emocjonalnych, jak: niezadowolenie, smutek i żal, złość i irytacja, poczucie bycia uległym czy poczucie wewnętrznego rozbicia i konfliktu. Biorąc pod uwagę fakt, że grupa pacjentów maniakalno-depresyjnych nie była pod względem objawów homogeniczna, bo składała się z chorych przechodzących w momencie badania różne epizody choroby, zasadne wydaje się podejrzenie, że nie tyle same symptomy, ile inne cechy osób włączonych do tej grupy miały znaczenie w kontekście ich podatności na doświadczanie wspomnianych emocji moralnych.

Ciekawych obserwacji mogłoby dostarczyć zbadanie osobowości poszczególnych pacjentów z diagnozą ChAD. W literaturze przedmiotu opisano podobieństwo tych chorych w zakresie obniżonej, w porównaniu z osobami zdrowymi, sumienności, co obserwowano zarówno podczas ostrych epizodów choroby [29, 30], jak i w eutyimii [31]. Sumienność mówi m.in. o poziomie samodyscypliny jednostki, o jej rozwadze i obowiązkowości. Niskie nasilenie tej cechy wiąże się z mniejszą skrupulatnością w przestrzeganiu zasad moralnych oraz mniejszą motywacją do osiągnięć społecznych [32]. Można podejrzewać, że sytuacja, w której te osoby z ChAD, będące jednocześnie mało sumienne, zostaną postawione przed wyborem, czy postąpić w zgodzie z zasadami, czy przeciwko nim, będzie wzbudzać w nich wewnętrzny konflikt, napięcie czy rodzaj emocjonalnego sprzeciwu. Prawdopodobnie będzie tak szczególnie wtedy, gdy dana norma zostanie im narzucona z zewnątrz, np. przez obowiązujący w danej społeczności system etyczny, w momencie, kiedy nie została przez nie zinternalizowana i włączona do wewnętrznego systemu wartości.

Inną cechą, którą zaobserwowano w badaniach dotyczących osobowości pacjentów z diagnozą ChAD, jest ich wzmożona skłonność do doświadczania wrogości i agresywnych uczuć wobec świata zewnętrznego [33]. Jeżeli uznać tę tendencję za pewną

osobowościową dyspozycję, można się spodziewać, że będzie ona w jakimś stopniu implikować negatywne nastawienie wobec istniejących zasad. Przestrzeganie ustalonych wspólnie z innymi norm prowadzi do korzystnej społecznej adaptacji, może się to jednak odbywać z pewnym emocjonalnym kosztem, jeżeli normy te budzą niechęć i wewnętrzny sprzeciw jednostki. Być może ten koszt właśnie uwidocznił się w tym, jak badani z rozpoznaniem ChAD opisywali swoje emocjonalne reakcje na decyzję o podporządkowaniu się regułom.

Podatność na doświadczanie różnych uczuć moralnych w poszczególnych epizodach choroby afektywnej dwubiegunowej i depresji nawracającej

W niniejszym badaniu wykazano także różnice w obrębie grupy pacjentów z rozpoznaniem ChAD dotyczące skłonności do doświadczania pozytywnych emocji w odpowiedzi na przekroczenie reguł. Osoby w epizodzie hipomanii, postępując wbrew zasadom, częściej – w porównaniu z osobami depresyjnymi – przeżywały takie stany emocjonalne, jak poczucie uwolnienia, przyjemność lub radość, ciekawość oraz podniecenie i podekscytowanie. Taki rodzaj odpowiedzi emocjonalnej na zrobienie czegoś, co jest oceniane jako moralnie nieodpowiednie, uważany jest za jeden z najbardziej niedojrzałych [9]. Prawdopodobnie jest on rodzajem reakcji na złamanie zasad narzucanych jednostce z zewnątrz, które nie zostały przez nią zaakceptowane. Postępowanie wbrew uwewnętrznionym zasadom wiązałoby się raczej z doświadczaniem emocjonalnego konfliktu i dyskomfortu niż z przyjemnością czy ulgą [9]. Uważa się, że nieuksztalowany, niestabilny czy niespójny wewnętrzny system wartości jest charakterystyczny dla pacjentów, u których rozpoznaje się głębokie zaburzenia osobowości [34, 35]. W wypadku badanej grupy trudno jednak uznać, że to struktura osobowości jest głównym czynnikiem leżącym u podstaw różnic między badanymi w hipomanii a badanymi w depresji. Bardziej prawdopodobne jest to, że nie tyle osobowość, ile obraz siebie pacjentów zmienia się wraz ze zmianą fazy choroby. Możliwe, że obserwowanie u badanych w hipomanii częstszego doświadczania pozytywnych uczuć w odpowiedzi na łamanie zasad jest konsekwencją ich podwyższonego w momencie badania nastroju. Może się to łączyć z ich czasową tendencją do wzmożonego przeżywania pozytywnych uczuć w ogóle, co z kolei mogło znaleźć odbicie w przywoływanych przez nich wspomnieniach dotyczących tego, jak czuli się wtedy, gdy przekraczali normy.

Osoby w epizodzie depresji mogły z kolei cechować się skłonnością do przypominania sobie głównie swoich nieprzyjemnych reakcji emocjonalnych, z pominięciem tych nacechowanych pozytywnie. Jako że postrzeganie siebie, swojej historii i otaczającego świata jest często spójne z doświadczanym nastrojem [36, 37], można przypuszczać, że wspomnienia i sposób przeżywania siebie mógł być zniekształcony u obu grup – przez objawy albo podwyższonego, albo obniżonego nastroju. Być może to obecność tego typu zniekształceń, stanowiących w pewnym sensie rewers i awers tego samego procesu psychicznego, wyjaśnia analizowaną tu istotną statystycznie różnicę między podgrupami pacjentów w hipomanii i w depresji, a brak znaczących różnic między podgrupami hipomanii-remisji oraz depresji-remisji (przy założeniu, że osoby w remisji oceniają siebie w sposób bardziej złożony i adekwatny).

Istnieje również możliwość, że pacjenci w hipomanii nie są w stanie dokonać adekwatnej samooceny i określić, które zasady moralne mają dla nich znaczenie. Bywa, że mają trudności z właściwą oceną konsekwencji własnego działania [38]. Ich reakcja emocjonalna będąca odpowiedzią na przekraczanie norm – czy wspomnienie takiej reakcji – może być skutkiem błędnej oceny sytuacji i własnego w niej udziału, a szczególnie jego potencjalnie negatywnych skutków. Stan hipomanii sprzyja widzeniu siebie i świata w jednoznacznie jasnych barwach, z pominięciem tego, co nie pasuje do tak wyidealizowanego obrazu [39]. Co więcej, po okresie podwyższonego nastroju wielu pacjentów, zyskując krytyczny ogląd tego, jak postępowali w czasie epizodu hipomanii, mierzy się z dotkliwym doświadczeniem poczucia winy, którego nie przeżywali przed ustąpieniem objawów tego epizodu [10].

W prezentowanych badaniach nie zaobserwowano istotnych różnic dotyczących podatności na doświadczanie poszczególnych emocji moralnych między podgrupami pacjentów z rozpoznaniem ChAJ: osób w epizodzie depresyjnym i tych w remisji. Ważne przy tym wydaje się uwzględnienie nasilenia symptomów zgłaszanych przez osoby w ostrym epizodzie choroby, co pomogłoby doprecyzować poziom homogeniczności, jaki w tym względzie charakteryzuje badaną grupę.

Porównano również wyniki uzyskiwane przez pacjentów mających odmienne rozpoznania (ChAJ lub ChAD), ale doświadczających objawów podobnego epizodu (depresji) lub pozostających w remisji objawowej. W pierwszym wypadku nie odnotowano istotnych różnic: pacjenci depresyjni, niezależnie od tego, które z zaburzeń nastroju u nich zdiagnozowano, byli do siebie podobni w zakresie emocjonalności moralnej i podatności na doświadczanie różnych moralnych uczuć. Dostrzeżono natomiast różnice dotyczące funkcjonowania sumienia emocjonalnego między pacjentami w eutymii z rozpoznaniem ChAD a tymi w remisji w przebiegu ChAJ. Dotyczyły one poczucia skruchy (a więc tzw. zdrowego poczucia winy) i poczucia powinności wobec zasad. W obu wypadkach wyższe wyniki uzyskali badani z diagnozą depresji nawracającej. Wydaje się prawdopodobne, że zaobserwowane różnice, skoro nie były podyktowane obecnością objawów chorobowych, mogą wynikać z odmiennych osobowości (z uwzględnieniem temperamentu) badanych pacjentów. Mowa tu o takich charakterystykach osób z rozpoznaniem ChAD, jak np.: dyspozycyjna labilność nastroju, skłonność do zmienności w obszarze autoportretu i relacji społecznych, łatwe wpadanie w złość [40] czy obniżona sumienność [29–31] i tendencja do przejawiania wrogości [33]. Z kolei osoby, u których rozpoznaje się ChAJ, opisywane są jako raczej wycofane, nieśmiałe i skryte, mało asertywne, mające skłonność do doświadczania poczucia winy [42], perfekcjonistyczne, krytyczne względem siebie oraz posiadające dużą potrzebę osiągnięć [42]. Niekiedy zwraca się również uwagę na dużą emocjonalną zależność pacjentów depresyjnych od innych osób. Ma ich cechować silna potrzeba otrzymywania wsparcia, opieki i troski oraz wyraźne pragnienie bycia zaakceptowanym [43]. Taka nadmierna emocjonalna zależność rozumiana jest z kolei jako przejaw trudności pacjentów z ChAJ w doświadczaniu i ekspresji uczuć takich jak złość czy wrogość kierowanych do innych, szczególnie znaczących osób [44]. Zarówno skłonność do doświadczania poczucia powinności wobec obowiązujących zasad, jak i tendencja do przeżywania skruchy i winy wpasowują się w taki obraz osobowości pacjentów depresyjnych.

Nasilenie objawów choroby a podatność na doświadczanie poszczególnych emocji moralnych

Zaobserwowano korelację między nasileniem objawów depresyjnych a skłonnością do doświadczania niektórych uczuć moralnych. Wzrost nasilenia symptomów wiązał się z częstszym przeżywaniem strachu przed karą za złamanie zasad w grupie pacjentów z ChAJ oraz ze spadkiem skłonności do doświadczania pozytywnych uczuć w reakcji na przekraczanie norm w grupie pacjentów z ChAD i w całej grupie pacjentów (ChAD i ChAJ).

Strach przed karą uznawany jest za mało dojrzałą emocję moralną [6]. Jest on reakcją na domniemaną naganę ze strony znaczących osób w odpowiedzi na niewłaściwe postępowanie. Możliwość doświadczania tego uczucia nie wymaga posiadania zinternalizowanego systemu wartości – punkt odniesienia, na którego podstawie jednostka klasyfikuje swoje zachowanie jako dobre lub złe, znajduje się poza jej psychiką. Znaczenie ma spodziewana reakcja innych osób czy szerzej rozumianego autorytetu (np. Boga), nie zaś poczucie, że postępuje się w niezgodzie ze sobą. Istotne jest jednak to, że posiadanie względnie dojrzałego sumienia emocjonalnego nie oznacza utraty zdolności do przeżywania uczuć moralnych wiążących się z kontrolą zewnętrzną na rzecz tych, które wynikają z procesów samokontroli. Osoba, która ma wysoce uewewnętrznione normy, także może doświadczać strachu przed karą. Część osób będzie podatna na doświadczanie w sytuacji naruszania reguł bardzo zróżnicowanego zestawu uczuć – od głębokiego poczucia winy, przez żal do siebie i pretensje do innych, po obawy przed nieprzyjemnymi konsekwencjami swojego postępowania [4].

Zastanawiające jest to, dlaczego skłonność do przeżywania lęku przed karą miałyby rosnać wraz z nasileniem depresji, oraz to, że zależność taką zaobserwowano wyłącznie w grupie pacjentów z rozpoznaniem ChAJ. Jest to kolejny wynik, który zdaje się sugerować, że osoby zmagające się z ChAD oraz te z diagnozą depresji nawracającej w wielu aspektach różnią się między sobą, pomimo łączących je podobieństw. Wydaje się, że lęk przed byciem ukaranym można powiązać z przekonaniem, że się na karę zasługuje. Jest to pogląd często występujący u osób zgłaszających doświadczanie poczucia winy, będące powszechnym emocjonalnym doświadczeniem pacjentów depresyjnych [45]. Zresztą jedna z pozycji *Skali depresji Hamiltona*, dotycząca poczucia winy, zawiera odpowiedź mówiącą o przeświadczeniu badanego, że jego aktualny stan jest formą kary za jego przewinienia („Przekonanie, że obecna choroba jest karą, urojenia winy”). Jest to odpowiedź uznawana za przejaw wyraźnego nasilenia poczucia winy pojawiającego się w przebiegu zespołu depresyjnego, łączonego z większą patologią i głębszą formą choroby [26]. Istnieje koncepcja, wedle której poczucie, że zasługuje się na karę, wynika z nieświadomego pragnienia bycia ukaranym (będącego konsekwencją głębokiego poczucia winy oraz lęku) [46]. W takim ujęciu to nie brak wewnętrznych zasad moralnych i pobłażliwość względem siebie, a nadmierna surowość jednostki, tendencja do samooskarżania i obwiniania się miałyby odpowiadać za jej skłonność do podejmowania aspołecznych działań [46].

Kolejna poczyniona w opisywanych tu badaniach obserwacja dotyczyła tego, że pacjenci z rozpoznaniem choroby afektywnej w ogóle (bez różnicowania na grupę osób

z ChAD lub ChAJ) oraz pacjenci z diagnozą ChAD zgłaszają mniejszą skłonność do przeżywania pozytywnych uczuć w reakcji na złamanie zasad, kiedy doświadczają bardziej nasilonych objawów depresji. Prawdopodobnie jest to związane z obecną w epizodzie depresji uogólnioną obniżoną tendencją do doświadczania pozytywnych stanów emocjonalnych, takich jak radość czy satysfakcja. Możliwe, że narastanie objawów zespołu depresyjnego będzie skutkować zwiększonym w refleksjach chorujących osób przywoływaniem wspomnień przykrych, kosztem tych związanych z przyjemnością [36, 37, 47, 48]. Analizowanej tu zależności nie stwierdzono wśród badanych z rozpoznaniem ChAJ. Być może dlatego, że ta grupa pacjentów zgłaszała istotnie niższą podatność na przeżywanie pozytywnych uczuć w rezultacie przekraczania norm niż osoby z diagnozą ChAD, co w niniejszych badaniach pozostawało bez związku z poziomem nasilenia objawów.

Zaobserwowano także dodatnią korelację między nasileniem objawów maniakalnych a podatnością na przeżywanie pozytywnych uczuć (np. poczucia uwolnienia, przyjemności, radości czy podekscytowania) w odpowiedzi na łamanie zasad. Podobnie jak w wypadku nasilenia objawów depresyjnego nastroju i tym razem warto wziąć pod uwagę możliwość, że odpowiedzi udzielane przez badanych w nastroju hipomaniakalnym pozostawały w zależności od ich samopoczucia. Większy stopień zaostrenia symptomów mógł sprzyjać przywoływaniu wspomnień raczej przyjemnych niż nieprzyjemnych, w myśl zasady, że to, jak jednostka przypomina sobie własną historię, pozostaje spójne z jej stanem emocjonalnym [36, 37].

Być może nasileniu objawów maniakalnych towarzyszyły również spadek zdolności dokonania adekwatnej samooceny dotyczącej uczuć towarzyszących badanym osobom w przywoływanych przez nie sytuacjach łamania zasad oraz obniżenie zdolności krytycznej oceny konsekwencji swojego postępowania [38]. Pewnym zniekształceniem mógł też zostać objęty proces introspekcji i badania własnego systemu wartości, mający na celu określenie tego, które zasady są dla badanej osoby subiektywnie ważne, a które nie. Wydaje się, że stan hipomaniakalny może się wiązać ze skłonnością do beztroski, niezależności i większej moralnej swobody, tym większą, im bardziej nasilone są objawy [10].

Wnioski

Przeprowadzone badania sugerują, że sumienie emocjonalne osób z zaburzeniami nastroju może mieć pewne specyficzne cechy, które nie są wyraźnie zarysowane w grupie zdrowych badanych. Zaobserwowano, że:

1. Istnieje zależność między skłonnością do przeżywania negatywnych uczuć związanych z przestrzeganiem zasad a chorowaniem na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Pacjenci z rozpoznaniem ChAD istotnie częściej niż zdrowi badani doświadczali w sytuacji naruszania norm takich stanów emocjonalnych, jak: niezadowolenie, smutek i żal, złość i irytacja, poczucie bycia uległym czy poczucie wewnętrznego rozbicia i konfliktu.
2. Osoby chorujące na ChAD doświadczające objawów hipomanii mają większą skłonność niż osoby depresyjne do przeżywania pozytywnych stanów emocjonal-

nych (takich jak np. radość, ciekawość i podekscytowanie) w reakcji na sytuację, w której przekraczają zasady.

3. Większe nasilenie objawów depresyjnych u pacjentów z ChAJ łączy się z większą skłonnością do odczuwania strachu przed karą za przekroczenie reguł.
4. Wzrost nasilenia symptomów depresyjnych u osób z ChAD jest związany ze spadkiem skłonności do doświadczania pozytywnych uczuć w reakcji na przekraczanie norm. Podobny wynik widoczny jest wówczas, gdy patrzymy na całość badanej grupy pacjentów z diagnozą choroby afektywnej (uwzględniając osoby z ChAD i ChAJ).

Piśmiennictwo

1. Byrne P. *Psychiatric stigma*. B.J. Psych. 2001; 178(3): 281–284.
2. Haidt J. *The moral emotions*. W: Davidson RJ, Scherer KR, Goldsmith HH. red. *Handbook of affective sciences*. Oxford: Oxford University Press; 2003. S. 852–870.
3. Baryła W. *Potoczne rozumienie moralności: reakcje emocjonalne na zachowania łamiące lub podtrzymujące pięć kodów etycznych*. W: Wojciszke B, Płopa M. red. *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2003. S. 289–313.
4. Strus W. *Dojrzałość emocjonalna a funkcjonowanie moralne*. Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri; 2012.
5. Gołąb A. *Problemy psychologii moralności*. W: Jankowski H. red. *Etyka*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1973. S. 121–177.
6. Fessler DMT. *Toward an understanding of the universality of second order emotions*. W: Hinton AL. *Biocultural approaches to the emotions*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999. S. 75–116.
7. Moll J, De Oliveira-Souza R, Zahn R. *The neural basis of moral cognition: Sentiments, concepts, and values*. Ann. N. Y. Acad. Sci. 2008; 1124: 161–180.
8. Bhugra D, Mastrogianni A. *Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression*. Br. J. Psychiatry 2004; 184: 10–20.
9. Strus W. *Skala Uczuć Moralnych (SUM) – konstrukcja i właściwości psychometryczne*. Studia Psychologica: Theoria et praxis 2010; 10(1): 273–313.
10. Fletcher K, Parker G, Paterson A, Synnott H. *High-risk behaviour in hypomanic states*. J. Affect. Disord. 2013; 150(1): 50–56.
11. Highfield J, Markham D, Skinner M, Neal A. *An investigation into the experience of self-conscious emotions in individuals with bipolar disorder, unipolar depression and non-psychiatric controls*. Clin. Psychol. Psychother. 2010; 17(5): 395–405.
12. Johnson SL, Carver CS. *The dominance behavioral system and manic temperament: Motivation for dominance, self-perceptions of power, and socially dominant behaviors*. J. Affect. Disord. 2012; 142(1–3): 275–282.
13. Tang-Smith E, Johnson SL, Chen S. *The dominance behavioural system: A multidimensional transdiagnostic approach*. Psychol. Psychother. 2015; 88(4): 394–411.
14. Bartholomew ME, Smith B, Johnson SL. *Explaining interpersonal difficulty via implicit and explicit personality correlates of mania risk*. J. Affect. Disord. 2019; 246: 248–251.

15. Zahn R, Lythe KE, Gethin JA, Green S, Deakin JFW, Workman C i wsp. *Negative emotions towards others are diminished in remitted major depression*. *European Psychiatry* 2015; 30(4): 448–453.
16. Zahn R, Lythe KE, Gethin JA, Green S, Deakin JF, Young AH i wsp. *The role of self-blame and worthlessness in the psychopathology of major depressive disorder*. *J. Affect. Disord.* 2015; 186: 337–341.
17. Sartorius N, Jablensky A, Gulbinat W, Ernberg G. *WHO collaborative study: Assessment of depressive disorders*. *Psychol. Med.* 1980; 10(4): 743–749.
18. Gada MT. *A cross cultural study of symptomatology of depression-eastern versus western patients*. *Int. J. Soc. Psychiatry* 1982; 28(3): 195–202.
19. Bertschy G, Viel JF, Ahyi RG. *Depression in Benin: An assessment using the Comprehensive Psychopathological Rating Scale and the principal component analysis*. *J. Affect. Disord.* 1992; 25(3): 173–180.
20. Buchwald AM, Rudick-Davis D. *The symptoms of major depression*. *J. Abnorm. Psychol.* 1993; 102(2): 197–205.
21. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Chaudhry HR, Friedmann A, Wenzel T, Schanda H. *Guilt and depression: A cross-cultural comparative study*. *Psychopathology* 2001; 34(6): 289–298.
22. Saito M, Iwata N, Kawakami N, Matsuyama Y; World Mental Health Japan 2002–2003 Collaborators; Ono Y, Nakane Y i wsp. *Evaluation of the DSM-IV and ICD-10 criteria for depressive disorders in a community population in Japan using item response theory*. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2010; 19(4): 211–222.
23. Corruble E, Chouinard VA, Letierce A, Gorwood PA, Chouinard G. *Is DSM-IV bereavement exclusion for major depressive episode relevant to severity and pattern of symptoms? A case-control, cross-sectional study*. *J. Clin. Psychiatry* 2009; 70(8): 1091–1097.
24. Carragher N, Mewton L, Slade T, Teesson M. *An item response analysis of the DSM-IV criteria for major depression: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing*. *J. Affect. Disord.* 2011; 130(1–2): 92–98.
25. Jeon HJ, Walker RS, Inamori A, Hong JP, Cho MJ, Baer L. *Differences in depressive symptoms between Korean and American outpatients with major depressive disorder*. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2014; 29(3): 150–156.
26. Hamilton M. *A rating scale for depression*. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960; 23(1): 56–62.
27. Siwek M, Grabski B, Dudek D. *Psychiatryczne skale oceny w zaburzeniach depresyjnych*. W: Kiejna A, Rybakowski J, Dudek D. red. *Psychiatryczne skale oceny w zaburzeniach afektywnych*, wyd. 1. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2012. S. 56–90.
28. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. *A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity*. *Br. J. Psychiatry* 1978; 133: 429–435.
29. Jain U, Blais MA, Otto MW, Hirshfeld DR, Sachs GS. *Five-factor personality traits in patients with seasonal depression: Treatment effects and comparisons with bipolar patients*. *J. Affect. Disord.* 1999; 55(1): 51–54.
30. Furukawa T, Hori S, Yoshida SI, Tsuji M, Nakanishi M, Hamanaka T. *Premorbid personality traits of patients with organic (ICD-10 F0), schizophrenic (F2), mood (F3), and neurotic (F4) disorders according to the five-factor model of personality*. *Psychiatry Res.* 1998; 78(3): 179–187.
31. Nowakowska C, Strong CM, Santosa CM, Wang PW, Ketter TA. *Temperamental commonalities and differences in euthymic mood disorder patients, creative controls, and healthy controls*. *J. Affect. Disord.* 2005; 85(1–2): 207–215.

32. Siuta J. *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae: adaptacja polska: podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2009.
33. Savitz J, Merwe van der L, Ramesar R. *Hypomanic, cyclothymic and hostile personality traits in bipolar spectrum illness: A family-based study*. J. Psychiatr. Res. 2008; 42(11): 920–929.
34. Reimer M. *Moral aspects of psychiatric diagnosis: The cluster B personality disorders*. Neuroethics 2010; 3(2): 173–184.
35. Azimpour A, Derakhshan Z, Ghanbari S. *Morality and psychopathology: Tendencies to personality disorders and some other mental disorders among individuals with high and low moral identity*. Iran. J. Psychiatry Behav. Sci. 2018; 13(1): e14966.
36. Fijałkowska A, Gruszczyński W. *Organizacja wspomnień emocjonalnych w pamięci autobiograficznej*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(3): 341–351.
37. Ladegaard N, Lysaker PH, Larsen ER, Videbech P. *A comparison of capacities for social cognition and metacognition in first episode and prolonged depression*. Psychiatry Res. 2014; 220(3): 883–889.
38. Turner AJ. *Are disorders sufficient for reduced responsibility?* Neuroethics 2010; 3(2): 151–160.
39. Colom F, Vieta E. *Sudden glory revisited: Cognitive contents of hypomania*. Psychother. Psychosom. 2007; 76(5): 278–288.
40. Vázquez GH, Kahn C, Schiavo CE, Goldchuk A, Herbst L, Piccione M i wsp. *Bipolar disorders and affective temperaments: A national family study testing the “endophenotype” and “subaffective” theses using the TEMPS-A Buenos Aires*. J. Affect. Disord. 2008; 108(1–2): 25–32.
41. Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, Manning JS, Connor PD. *TEMPS-A: Progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire*. J. Affect. Disord. 2005; 85(1–2): 3–16.
42. McKenzie K. *Poradnik medyczny. Depresja*. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza i Życie; 2001.
43. Wolpert L. *Depresja – złośliwy smutek*. Warszawa: Wydawnictwo MUZA SA; 2001.
44. Clark LA, Watson D, Mineka S. *Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders*. J. Abnorm. Psychol. 1994; 103(1): 103–116.
45. O'Connor LE, Berry JW, Lewis T, Mulherin K, Crisostomo PS. *Empathy and depression: The moral system on overdrive*. W: Farrow WT, Woodruff P. red. *Empathy in mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. S. 49–75.
46. Klein M. *Miłość, poczucie winy i reparacja oraz inne prace z lat 1921–1945*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
47. Rude SS, Valdez CR, Odom S, Ebrahimi A. *Negative cognitive biases predict subsequent depression*. Cognit. Ther. Res. 2003; 27(4): 415–429.
48. Berna C, Lang TJ, Goodwin GM, Holmes EA. *Developing a measure of interpretation bias for depressed mood: An ambiguous scenarios test*. Pers. Individ. Differ. 2011; 51(3): 349–354.

Adres: Roksana Epa
e-mail: roksana.epa@uj.edu.pl

Otrzymano: 4.12.2023

Zrecenzowano: 24.02.2024

Otrzymano po poprawie: 25.03.2024

Przyjęto do druku: 30.03.2024