

## Cechy osobowości osób chorujących na zaburzenia jedno- i dwubiegunowe

### Personality traits in patients with unipolar and bipolar disorder

Magdalena Sariusz-Skapska<sup>1</sup>, Czesław Czabała<sup>2</sup>, Dominika Dudek<sup>1</sup>, Andrzej  
Zięba<sup>1</sup>, Szymon Rduch<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba  
<sup>2</sup>Z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. S. Pużyński

#### Summary

**Aim:** To compare the personality traits as described by H. Eysenck in persons with unipolar and bipolar disorder and healthy persons.

**Method:** 60 patients with a diagnosis of uni- and bipolar disorder were studied with the Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-R).

**Results:** It was noted that there are significant differences amongst the groups in their neuroticism and extraversion but no differences were noted in the domain of psychoticism. Patients diagnosed as having unipolar disorder have a significantly higher level of neuroticism and a lower level of extraversion than those having bipolar disorder. These domains also differentiate the affective disorder patients from healthy individuals.

**Conclusions:** The knowledge about the individual characteristic personality traits of patients with affective uni- and bipolar disorder can be important for the diagnostic and therapeutic processes in these disorders, therefore further study on these characteristics is necessary.

*Słowa kluczowe:* cechy osobowości, zaburzenia jedno- i dwubiegunowe

*Key words:* personality traits, unipolar and bipolar disorder

#### Wstęp

W szerokim nurcie badań nad problematyką zaburzeń nastroju istotne miejsce zajmują te analizujące zależność między cechami osobowości a zaburzeniami afektywnymi [1–7]. Przedmiotem zainteresowania są głównie takie aspekty tej zależności, jak wpływ cech osobowości na występowanie oraz przebieg choroby jedno- i dwubiegunowej. Już w starożytności zauważono związek między depresją, manią a głów-

nymi rysami osobowości pacjentów cierpiących z powodu tych schorzeń. Aretajos z Kapadocji pisał, że depresja występuje u osób o ponurym i smutnym usposobieniu, natomiast mania u tych skłonnych do żartów, ale także drażliwych i wybuchowych [8]. We współczesnym piśmiennictwie szeroko opisywana jest problematyka tzw. osobowości przedchorobowej. Szczególnie podkreślane są różnice w zakresie cech osobowości między pacjentami z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową. Wielu autorów krytykuje samo pojęcie, wskazując, iż taka dychotomia – osobowość przed chorobą i osobowość w chorobie – ma charakter sztuczny. Jak podkreśla Jakubik [9], osobowość jest konstruktem hipotetycznym, przypisanym człowiekowi na stałe i dlatego nie można mówić o dwóch osobowościach u tej samej osoby. Równocześnie badacze starają się wyodrębnić cechy predysponujące jednostkę do zaburzeń nastroju. Podłoże teoretyczne badań stanowią koncepcje cech osobowości klasyfikujące ludzi z perspektywy ich stałych właściwości psychofizycznych. W nurcie tych koncepcji istotne miejsce zajmuje teoria osobowości Hansa Eysencka, podkreślająca związki między fizjologią układu nerwowego a zjawiskami psychologicznymi [10], i w założeniu autora mająca szerokie zastosowanie w diagnozie psychiatrycznej.

Na podstawie swoich badań Eysenck wskazał na istnienie trzech podstawowych wymiarów osobowości mających status czynników nadrzędnych, zawierających w sobie po kilka czynników (cech) pierwszego rzędu. Zakładał biologiczny charakter czynników nadrzędnych i twierdził, że decydują one o skłonnościach do chorób psychicznych. Pierwszy z opisywanych wymiarów osobowości to ekstrawersja-introwersja. Na ekstrawersję składają się takie cechy pierwszego rzędu, jak: towarzyskość, żywość, aktywność, asertywność i poszukiwanie doznań, introwersja natomiast zawiera elementy przeciwne [11]. Jak zaznacza Eysenck, biologicznym podłożem różnic między ekstrawertykami a introwertykami jest poziom aktywacji pętli korowo-siatkowej w OUN. W przełożeniu na psychologiczne funkcjonowanie jednostki w środowisku, jej usytuowanie na kontinuum ekstrawersji-introwersji decyduje o wrażliwości i odporności na wszelkie docierające bodźce, a więc o indywidualnym zapotrzebowaniu na stymulację. Kolejny wymiar to neurotyzm – zrównoważenie emocjonalne. W skład neurotyzmu wchodzi takie cechy, jak: lęk, przygnębienie, poczucie winy, niska samoocena i napięcie oraz podatność na wahania nastroju [11]. Neurotyzm zależy od indywidualnego poziomu reaktywności jednostki, a więc od tej właściwości OUN, która określa stosunek wrażliwości na bodźce do wydolności (odporności) tego układu [7]. Podkreślane są związki tego wymiaru z lękiem, a także integracją osobowości (tzw. siłą ego) [12]. Trzeci ze wskazanych przez Eysencka wymiarów to psychotyzm – kontrola impulsów. Na psychotyzm składają się takie cechy pierwotne, jak: agresja, chłód emocjonalny, egocentryzm, bezosobowy stosunek do ludzi, skłonność do izolacji społecznej oraz impulsywność. Jak podkreśla autor teorii, wymiar ten decyduje o skłonnościach jednostki do psychoz, w tym głównie do schizofrenii i dwubiegunowych zaburzeń afektywnych [10]. Eysenck zakłada również, że wysokie wyniki w skali psychotyzmu mogą sprzyjać zachowaniom antyspołecznym, co znajduje potwierdzenie nie tylko w jego badaniach własnych, ale także w wynikach innych autorów [13].

Rozważając problem zależności między wskazanymi przez siebie wymiarami osobowości a zdrowiem psychicznym, Eysenck zakładał istnienie kontinuum między normą a patologią. Jak twierdził, o podatności na zaburzenia psychiczne decyduje

istnienie swoistej psychologicznej skazy czy inaczej słabości, która w połączeniu z oddziaływaniem środowiska, jakim jest wystąpienie bodźca stresowego, może prowadzić do rozwoju psychozy [10]. Mamy tu więc do czynienia z modelem „diathesis-stres” [13]. Taką skazą stanowiącą o podatności na zachorowanie są według Eysencka podwyższony neurotyzm i psychotyzm.

Opisana zależność między cechami osobowości w ujęciu Eysencka a zaburzeniami afektywnymi znalazła odzwierciedlenie w licznych badaniach. W większości z nich potwierdzono szczególną rolę wymiaru neurotyzm – zrównoważenie emocjonalne dla powstawania i przebiegu depresji. Badania prowadzone przez Habrat [5, 6] dowiodły, że osoby zapadające na depresję charakteryzują się wysokim poziomem reaktywności, rozumianej jako stosunek wrażliwości do wydolności OUN, oraz niskim poziomem zapotrzebowania na stymulację, co w Kwestionariuszu Osobowości Eysencka przekłada się na podwyższony wynik w skali neurotyzmu. Również badania przeprowadzone przez Boyce’a i współpracowników [1] miały na celu identyfikację cech stanowiących o podatności jednostki na depresję. Wyniki tych badań wskazują, iż podwyższony poziom w skali neurotyzmu nie tylko trzykrotnie zwiększa ryzyko nawrotu choroby, ale także istotnie zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania po raz pierwszy. Boyce wysnuł więc wniosek, że cechy osobowości przyczyniają się do zachorowania na zaburzenia nastroju oraz modyfikują obraz choroby afektywnej. Podobne obserwacje przyniosły badania Surtees [7] oraz Duggana i wsp. [2] – obydwaj mające charakter katamnesticzny wykazały, że wysoki poziom neurotyzmu występuje u tych osób, u których w przebiegu choroby obserwuje się większą liczbę nawrotów depresji. Autorzy wspomnianych badań stawiają hipotezę, że dzieje się tak dlatego, iż osoby o wysokim wskaźniku neurotyzmu mają bardziej zniekształcone schematy poznawcze dotyczące własnego ja, a to z kolei przyczynia się do chroniczności ich choroby. Aby wytłumaczyć, dlaczego to właśnie neurotyzm odgrywa tak ważną rolę w przebiegu depresji, należy się odwołać do problematyki radzenia sobie ze stresem. Jak pisze Łosiak [14], powołując się na badania Parkes, osoby o niskim poziomie neurotyzmu i wysokim poziomie ekstrawersji stosują skuteczniejsze strategie radzenia sobie ze stresem. U osób o wysokim poziomie neurotyzmu stwierdzono sposoby mniej przystosowawcze – skoncentrowane raczej na opanowaniu emocji niż na rozwiązaniu problemu. Wyniki te są zgodne z regulacyjną teorią temperamentu autorstwa Strelaua, zakładającą, że cechy osobowości modyfikują reakcję jednostki na stres i że osoby o cechach neurotycznych mają mniejszą odporność na stres [5]. Można więc zakładać, że osoby neurotyczne, gorzej radzące sobie z sytuacjami trudnymi, mogą być bardziej podatne na zaburzenia nastroju, a gdy zachorują, gorzej radzą sobie z chorobą, co sprzyja jej nawrotom.

Dotychczasowe badania związków między cechami osobowości wyszczególnionymi przez Hansa Eysencka a depresją często pomijają ewentualne różnice w zakresie tych cech między pacjentami z chorobą jedno- i dwubiegunową [1, 2, 7]. Tymczasem analiza różnic w zakresie ekstrawersji, neurotyzmu i psychotyzmu w ramach tych dwóch schorzeń może nieść za sobą istotne implikacje diagnostyczne i terapeutyczne oraz poprawiać rozumienie zaburzeń afektywnych. Przedstawione poniżej badania koncentrują się więc na wyodrębnieniu odmiennych charakterystyk osobowościowych

u pacjentów z rozpoznaniem choroby afektywnej jedno- i dwubiegunowej.

### Material i metoda

Celem pracy było porównanie cech osobowości opisanych przez Hansa Eysencka u osób z chorobą afektywną jednobiegunową (grupa CHAJ), dwubiegunową (grupa CHAD) oraz u zdrowych (grupa K). Każda z trzech grup objętych badaniem liczyła po 30 osób. W grupie osób z chorobą afektywną jednobiegunową średni okres od wystąpienia pierwszego epizodu choroby wynosił 7,9 roku, a w grupie z chorobą afektywną dwubiegunową 11,4 roku. Grupę kontrolną stanowiły osoby zdrowe, które nigdy wcześniej nie korzystały z pomocy psychiatry lub psychologa.

Badani wypełniali kwestionariusz osobowości Eysencka (EPQ-R) w polskiej adaptacji Drwala i Brzozowskiego [3], obejmujący 100 pytań tworzących cztery skale: neurotyzmu (N), ekstrawersji (E), psychotyzmu (P) oraz kłamstwa (K) (skala kontrolna).

Badanie przeprowadzono na terenie Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum UJ. Osoby z rozpoznaniem choroby afektywnej były pacjentami oddziału oraz Ambulatorium Chorób Afektywnych tejże kliniki. W momencie badania pacjenci ci byli w okresie zdecydowanej poprawy objawowej, a więc bez wyraźnych symptomów depresji czy manii. Występowanie objawów zaburzeń nastroju kontrolowano za pomocą Inwentarza Depresji Becka. Średni wynik uzyskiwany przez badanych wynosił 9 pkt.

W całej badanej grupie znalazło się 60 kobiet i 30 mężczyzn. W tabeli 1 przedstawiona jest

Średni wiek badanych i odchylenia standardowe

Tabela 1

Grupa	Wiek - średnia	Odchylenie standardowe
CHAJ	45,0	3,4
CHAD	43,7	0,8
K	41	7,7

widny jest średni wiek badanych w poszczególnych grupach.

Wykształcenie w poszczególnych grupach z uwzględnieniem płci

Tabela 2

Wykształcenie	zawodowe		średnie		wyższe	
	K	M	K	M	K	M
CHAJ	1	-	14	2	10	3
CHAD	1	1	10	3	9	6
K	1	1	6	5	9	8

Tabela 2 przedstawia dane dotyczące wykształcenia badanych osób

### Wyniki

Tabela 3

Średnie i wyniki analizy wariancji (zm. niezależna: grupa, zm. zależne: wymiary osobowości według Eysencka)

Zmienna	CHAJ średnia	CHAD średnia	K średnia	F (df2,87)	p
NEU	7,8	5,8	4,6	21,9	<0,01
EXT	3,4	4,8	5,9	10,8	<0,01
PSY	4,9	5,3	6,0	0,5	>0,5
KLA	6,3	6,0	4,6	5,25	<0,01

W badaniu uczestniczyło 90 osób, w tym 60 kobiet i 30 mężczyzn. Tabela 3 przedstawia średnie wyniki dla poszczególnych skal EPQ-R oraz wyniki analizy wariancji.

Z wyjątkiem skali psychotyzmu, wszystkie efekty okazały się istotne statystycznie, co oznacza, że w skalach neurotyzmu, ekstrawersji i kłamstwa wyniki osób z chorobą

Tabela 4

### Zestawienie efektów prostych

Zmienna	Kontrasty							
	CHAJ:CHAD		CHAJ:K		CHAD:K		CHAJ:CHAD:K	
	F	p	F	p	F	p	F	p
NEU	16,7	<0,01	42,9	<0,01	6,0	<0,01	27,0	<0,01
EXT	6,6	<0,01	21,6	<0,01	4,2	<0,05	15,0	<0,01
KLA	0,4	0,5	9,4	<0,01	5,8	<0,05	10,0	<0,01

jedno- i dwubiegunową istotnie różnią się od wyników osób zdrowych. Kolejny krok to statystyczna analiza kontrastów, służąca porównaniu wyników poszczególnych grup. Wyniki tej analizy przedstawia tabela 4.

Skalami najbardziej różnicującymi osoby z chorobą jednobiegunową (CHAJ), chorobą dwubiegunową (CHAD) i osoby zdrowe (K) okazały się skale neurotyzmu i ekstrawersji. W przypadku neurotyzmu zależność jest liniowa – osoby z grupy CHAJ mają wyniki istotnie wyższe niż osoby z grupy CHAD i K. W grupie CHAD wyniki w tej skali są istotnie wyższe niż w grupie K. Podobne zależności występują w skali ekstrawersji. Osoby z grupy CHAJ mają wyniki istotnie niższe niż osoby z grupy CHAD i K. W skali kłamstwa nie zaobserwowano istotnych różnic między grupami CHAJ i CHAD, natomiast wyniki w obu tych grupach okazały się istotnie wyższe

Średnie i wyniki analizy wariancji (zm. niezależna: płeć, zmienne zależne: wymiary osobowości według Eysencka)

Zmienna	Kobiety -średnia	Mężczyźni -średnia	F(df1,df2)	p
NEU	6,3	5,3	2,4	0,1
ECT	4,5	5,0	0,9	0,3
PSY	5,1	4,6	1,1	0,2
KLA	5,7	5,4	0,3	0,5

niż w grupie K.

Przeprowadzono także analizę wpływu płci na poszczególne zmienne w całej grupie badanych. Tabela 5 ilustruje uzyskane wyniki.

Nie zaobserwowano różnicującego wpływu płci na żadną z badanych zmiennych.

### Omówienie wyników

Przeprowadzone badania pozwoliły wykazać istnienie różnic w zakresie cech osobowości opisywanych przez Hansa Eysencka między chorymi z rozpoznaniem choroby afektywnej jedno- i dwubiegunowej. Dokonano także porównania wyników pacjentów z wynikami osób zdrowych, na podstawie którego stwierdzono istotne różnice między tymi grupami.

W zakresie neurotyzmu chorzy z zaburzeniami jednobiegunowymi znacząco różnią się od osób z chorobą dwubiegunową, a także od osób zdrowych. W odniesieniu do norm podawanych przez Brzozowskiego i Drwala [10] wyniki osób z chorobą jednobiegunową mieszczą się w przedziale najwyższym. Są one spójne z dotychczasowymi badaniami dotyczącymi związków neurotyzmu z zaburzeniami nastroju [1, 2, 7]. Z kolei wyniki pacjentów z chorobą dwubiegunową są istotnie wyższe niż osób zdrowych, jednak porównane z normami mieszczą się w przedziale wskazującym na umiarkowane zrównoważenie emocjonalne.

W zakresie ekstrawersji również zaobserwowano istotne różnice. Pacjenci z chorobą jednobiegunową uzyskali wyniki istotnie niższe w porównaniu z osobami z chorobą dwubiegunową i grupą osób zdrowych. Koresponduje to z opisami podawanymi przez Parnowskiego [15], który podkreśla, że osoby z chorobą maniakalno-depresyjną są bardziej ekstrawertywne niż osoby z chorobą jednobiegunową.

W analizie wyników uzyskanych przez osoby badane w skali psychotyzyzmu nie stwierdzono istotnych różnic między badanymi grupami, nie potwierdzono więc założeń Eysencka, że podwyższony psychotyzm może stanowić o podatności na zaburzenia afektywne [10]. Można to interpretować jako potwierdzenie licznych kontrowersji dotyczących rozumienia wymiaru psychotyzyzmu, współcześnie jest on bowiem coraz częściej rozumiany jako stanowiący o skłonności do zachowań psychopatycznych niż jako decydujący o niespecyficznej podatności na psychozy. Z kolei wynik w skali kłamstwa nie różnicuje grup z chorobą dwubiegunową i jednobiegunową, jednakże

obie grupy pacjentów uzyskały z zakresie tej skali wyniki istotnie wyższe niż grupa kontrolna. W odniesieniu do norm wyniki grupy kontrolnej mieściły się w przedziale najniższym, co wskazuje na dużą szczerłość badanych. Równocześnie wyniki pacjentów mieściły się na granicy przeciętnych i wysokich, co wskazuje na większe zapotrzebowanie badanych na aprobatę społeczną. Może to korespondować z tendencjami osób chorujących na depresję do uzależniania własnej samooceny od opinii innych, z czego może wynikać chęć przedstawienia się w lepszym świetle.

Analiza zależności poszczególnych wymiarów EPQ-R od płci badanych nie wykazała istotnych różnic między kobietami i mężczyznami w ramach żadnej z badanych grup.

Na podstawie wyników uzyskanych w kwestionariuszu EPQ-R Eysencka można wyciągnąć wniosek, że w zakresie cech osobowości pacjenci z chorobą afektywną jednobiegunową istotnie różnią się od osób z chorobą afektywną dwubiegunową. Równocześnie można stwierdzić, że pacjenci z chorobą dwubieguną mniej różnią się od osób zdrowych niż pacjenci z chorobą jednobiegunową. Trudno znaleźć jednoznaczne wyjaśnienie tych różnic. Z jednej strony, wyniki takie mogłyby stanowić potwierdzenie koncepcji różnic w osobowości przedchorobowej u osób z chorobą jedno- i dwubiegunową. Z drugiej strony, można spekulować, czy różnice te nie są następstwem choroby, w wyniku której dochodzi do przejściowej lub trwałej zmiany w osobowości. Kolejne epizody depresji w przebiegu choroby jednobiegunowej upośledzają normalne funkcjonowanie jednostki i stopniowo pogłębiają jej wycofanie się ze środowiska, co może objawiać się obniżeniem wyników w skali ekstrawersji. Ponadto zgodnie z teorią rozniecania (*kindling*) [16], wraz z kolejnymi epizodami depresji, może dochodzić do zwiększania wrażliwości OUN na bodźce stresowe, co w kwestionariuszu Eysencka przekładałoby się na stopniowe podwyższanie się wyników w skali neurotyzmu. Równocześnie zdarza się, że osoby z chorobą afektywną dwubiegunową postrzegają przeżywane w trakcie choroby epizody hipomaniakalne jako coś pozytywnego. Choć choroba sama w sobie jest ogromnym brzemieniem, okresy nieznaczного podwyższenia nastroju i napędu przynoszą dobrostan i sprzyjają dobremu funkcjonowaniu, pozwalają zapomnieć o momentach depresji. Takie ujęcie koresponduje także z psychodynamiczną interpretacją zjawiska manii rozumianej jako obrona przed depresją. Być może właśnie wyraźna odmiennność przebiegu choroby jedno- i dwubiegunowej znajduje swoje odzwierciedlenie w rozbieżności w wynikach testu EPQ-R. Równocześnie nie można wykluczyć, czy zależność ta nie ma kierunku przeciwnego i, jak to zakłada Akiskal [5, 6], czy cechy osobowości nie wpływają na obraz choroby afektywnej. Ostateczne rozstrzygnięcie tej kwestii wymaga jeszcze dalszych badań. Z kolei coraz szersza eksploracja różnic w charakterystykach psychologicznych między osobami z chorobą jedno- i dwubiegunową może mieć wiele istotnych implikacji dla rozumienia, prewencji oraz terapii tych zaburzeń.

### Wnioski

Dokonana w prezentowanych badaniach analiza profilu cech osobowości według Hansa Eysencka u pacjentów z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową pozwoliła

wykazać istnienie różnic w zakresie tych cech pomiędzy badanymi grupami. Stwierdzono, iż pacjenci z chorobą afektywną jednobiegunową charakteryzują się wyższym niż pacjenci z chorobą dwubiegunową poziomem neurotyzmu i niższym poziomem ekstrawersji. Równocześnie zaobserwowano, że w zakresie neurotyzmu i ekstrawersji pacjenci z zaburzeniami afektywnymi znacząco różnią się od osób zdrowych. Znajomość indywidualnych charakterystyk osobowości pacjentów z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową może mieć istotne znaczenie dla procesu diagnostyczno-terapeutycznego tych zaburzeń, stąd konieczność dalszego rozszerzenia opisu tych charakterystyk.

## ×īđñŭ ēč-īññē ó đ'róčlīñā n īāñ- č āāóđ'īētnīē rōōlēñčāīē āīēļčūť

### Ńāīđérīēļ

**Čřārīēļ:** Ńđrāīēļ īñčēļīč' nāīēñā ēč-īññē īđčñrīūō Ārīñē Yēčļēē ó ēčō n īāñ- č āāó-đ'īētnīēēč īrdōrīēč' ēč, í nřēčļ ó čāīđāūō ēťālē.

**Ēļñā:** 60 đ'róčlīñā n āčřāīēčē īāñ- č āāóđ'īētnīē rōōlēñčāīē āīēļčūť n čñđ'īēučīārīēlē āēīñrđēč' ēč-īññē Yēčļēř (EPQ-R).

**Đīčōēññrñŭ:** Ōñēļ-ļī, =ñī ēlēāō čñēļāōlēūēēč āđóđ'řēč nōūļññāōťñ čř-čñlēūīūļ đřčēč-č' īāēřñēč īlāđīñčēř č yēñđřāłđñčē, nīāār ēřē īļ īāīrdōčļī nōūļññāļīūō đřčēč-čē ā īāēřñēč đ'ñčōīñčēř. Āīēūēļ n īāñđ'īētnīē āīēļčūť īñēč-řēčñŭ nōūļññāļīū āūñřēč óđīāīlē īlāđīñčēř č īčñřēč óđīāīlē yēñđřāłđñčēāīññēč, =lē āīēūēļ n āāóđ'īētnīē āīēļčūť. Nī ēļ đ'đīđ'īđōčēč īñēč-řťñ ēťālē n āčřāīēčē rōōlēñčāīē āīēļčē īñ čāīđāūō.

**Āūāīāū:** Čřīēļ čīāčāčāōřēūīūō óđřēñļđčñēč đ'róčlīñā n īāñ- č āāóđ'īētnīē rōōlēñčāīē āīēļčūť ēīčñ čēļñŭ nōūļññāļīū čř-ļīčļ āē' āčřāīēñč-ļñē-ñļđřđ'ļāñč-ļñēīāī đ'đīōļññr yñčō īrdōrīēčē, īññār īñāōīāčēīññŭ āřēūīlēřāī đřāñđīēč' čñēļāīārīēčē īřā yñčēč óđřēñļđčñēčēč.

## Persönlichkeitseigenschaften der Personen, die an ein- und zweipolige Störungen leiden

### Zusammenfassung

**Ziel der Arbeit:** Vergleich der Intensität der von H. Eysenck beschriebenen Persönlichkeitseigenschaften bei Personen, die an ein- und zweipolige Störungen leiden, und bei den gesunden Personen.

**Methode:** 60 Patienten mit der Diagnose der ein- und zweipoligen Krankheit wurden mit Hilfe von dem Fragebogen der Persönlichkeit von Eysenck (EPQ-R) untersucht.

**Ergebnisse:** Es wurde bewiesen, dass zwischen den untersuchten Gruppen wichtige Unterschiede im Neurotizismus und in der Extraversion auftreten. Es wurden keine Unterschiede im Psychotizismus festgestellt. Die Patienten mit der einpoligen Krankheit haben einen höheren Psychotizismuslevel und niedrigeren Extraversionlevel als die Patienten mit der zweipoligen Krankheit. Diese Ausmaße unterscheiden auch die Personen mit der Diagnose der affektiven Krankheit von den gesunden Personen.

**Schlussfolgerungen:** Das Kennenlernen der individuellen Persönlichkeitscharakteristik der Patienten mit der affektiven ein- und zweipoligen Krankheit kann von großer Bedeutung für den diagnostisch - therapeutischen Prozess dieser Störungen haben. Deshalb ist es notwendig, die weiteren Forschungen an diesen Charakteristiken durchzuführen.

## Les traits de personnalité des patients souffrant des troubles unipolaires et bipolaires

### Résumé

**Objectif:** Comparaison des traits de personnalité décrits par H. Eysenck des patients souffrant des troubles unipolaires et bipolaires et des personnes saines.



**Méthode:** On examine 60 malades souffrant des troubles uni- et bipolaires à l'aide du Questionnaire d'Eysenck (EPQ-R).

**Résultats:** On démontre que dans ces groupes examinés on note les différences importantes concernant le niveau de névrose, d'extraversion, tandis que l'on ne voit pas de différence dans le niveau de psychose. Chez les patients souffrant des troubles unipolaires le niveau de névrose est plus élevé et le niveau d'extraversion plus bas que chez les patients souffrant des troubles bipolaires. Ces coefficients distinguent aussi les personnes malades et les personnes saines.

**Conclusion:** Connaissance des traits individuels de personnalité des malades souffrant des troubles uni- et bipolaires peut jouer le rôle important pour le diagnostic et la thérapie de ces troubles et il en résulte la nécessité d'élargir les recherches en question.

### Piśmiennictwo

1. Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith M *Personality as a vulnerability to depression*. Brit. J. Psychiatry 1991; 159: 106–114.
2. Duggan CF, Lee AS, Murray RM. *Does personality predict long-term outcome in depression?* Brit. J. Psychiatry 1990; 157: 19–24.
3. Habrat E. *Cechy osobowości jako czynnik predykcyjny przy stosowaniu leków przeciwdepresyjnych w depresjach endogennych*. Psychiatr. Pol. 1991; 3-4: 105–110.
4. Habrat E, Walecka W, Kalinowski A. *Znaczenie osobowości osób z depresją endogenną w procesie oddziaływań terapeutycznych*. Psychiatr. Pol. 1993; 5: 473–482.
5. Habrat E, Wójcik M. *Reaktywność i zapotrzebowanie na stymulację w zespołach depresyjnych*. Psychiatr. Pol. 1995; 1: 111–120.
6. Habrat E. *Reaktywność i zapotrzebowanie na stymulację w depresjach w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej*. Warszawa. Niepublikowana praca doktorska; 1997.
7. Surtees PG, Wainwright NWJ. *Fragile states of mind: Neuroticism, vulnerability and the long-term outcome of depression*. Brit. J. Psychiatry 1996; 169: 338–347.
8. Pużyński S. *Depresje*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1979.
9. Jakubik A. *Zaburzenia osobowości*. Warszawa. Wydawnictwo Literackie PZWL; 1999.
10. Brzozowski P, Drwal RŁ. *Kwestionariusz osobowości Eysencka. Polska adaptacja EPQ-R*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1995.
11. Strelau J. *Osobowość jako zespół cech*. W: Strelau J, red. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Tom, 2 Gdańsk. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
12. Beauviale A. *Czynnikowe ujęcie osobowości (osobowość w świetle psychologii różnic indywidualnych)*. W: Gałdowa A red. *Klasyczne i współczesne teorie osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
13. Gierowski K. *Dymensja psychotyzmu w koncepcji osobowości H.J Eysencka oraz jej związek z zachowaniem przestępczym*. Zdrowie Psychiczne 1980; 1: 25–34.
14. Łosiak W. *Dynamika emocji i radzenia sobie w stresie psychologicznym. Badania pacjentów chirurgicznych*. Kraków. Rozprawa habilitacyjna. Uniwersytet Jagielloński; 1996.
15. Parnowski T. *Charakterystyka kliniczna zespołu depresyjnego w chorobie afektywnej jednobiegunowej i dwubiegunowej*. Psychiatr. Pol. 1984; 1: 1–7.
16. Rybakowski J. *Leki psychotropowe w profilaktyce chorób afektywnych*. Warszawa: IPN; 1995.

Otrzymano: 9.11.2001  
Zrecenzowano: 7.04.2002

Adres: Klinika Psychiatrii CM UJ  
Kraków, ul. Kopernika

