

## **Poczucie obciążenia oraz poziom dystresu psychicznego wśród małżonków pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową – analiza porównawcza typu I i II**

### **Caregiving burden and psychological distress among spouses of bipolar patients – comparative analysis of subtype I and II**

Aleksandra Arciszewska, Marcin Siwek, Dominika Dudek

Zakład Zaburzeń Afektywnych Katedry Psychiatrii UJ CM

#### **Summary**

**Aim.** To assess the level of caregiving burden and psychological distress among spouses of bipolar disorder – BD (type I and II) patients.

**Methods.** 77 subjects (41 women and 36 men) were enrolled in the study – 44 spouses of bipolar I (BD I) patients and 33 spouses of bipolar II (BD II). The whole group was divided into 4 subgroups: (I) the wives of BD I patients: n=27, (II) the husbands of BD I patients: n=17, (III) the wives of BD II patients: n=14, (IV) the husbands of BD II patients: n=19. The research methods: Involvement Evaluation Questionnaire – IEQ and General Health Questionnaire – GHQ-12.

**Results.** Manic phase of BD I is more burdensome than episodes of depressed mood (BD I) and hypomania (BD II). Depression in BD II results in a significantly greater burden than hypomania. Spouses of BD I patients experience a higher level of burden. Women are generally more burdened with the patient care regardless of the episode. Partners of bipolar patients (type I and II) experience the same high level of psychological distress.

**Conclusions.** The specific types of bipolar disorder (I and II) have the different impact on partners, which affects their subjective and objective burden and relationship with patients, indicating a real need to offer them an adequate help, depending on subtype of patient's bipolar disorder, as well as the spouse sex.

**Słowa kluczowe:** choroba afektywna dwubiegunowa, brzemię, małżeństwo

**Key words:** bipolar disorder, burden, marriage

## Wstęp

W odróżnieniu od rodzin pacjentów leczonych z powodu na przykład schizofrenii, w której wczesny początek i rozwój choroby często uniemożliwia założenie rodziny, a także gdzie opieką nad pacjentem obciążeni są głównie rodzice i rodzeństwo, w rodzinach pacjentów z chorobami afektywnymi znaczącego brzemienia doświadczają przede wszystkim partnerzy życiowi, współmałżonkowie [1–3].

Życie bliskich krewnych (w tym współmałżonków) osób z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) związane jest z emocjonalnym dystresem, depresją i dużą częstotliwością korzystania z pomocy psychologicznej [4–10]. Większość bliskich pacjentów cierpiących na ChAD doświadcza poważnego zakłócenia w zakresie aktywności społecznej oraz spędzania czasu wolnego (przede wszystkim, kiedy stan chorego ulega pogorszeniu), co szczególnie odnosi się do partnerów/partnerek. Negatywny wpływ choroby dotyka również takich kwestii, jak relacje z przyjaciółmi, rodziną czy znajomymi, co skutkuje zawężaniem się sieci społecznej, a także ogólnie pojętą stygmatyzacją. Dodatkowo należy podkreślić, że członkowie rodzin (szczególnie małżonkowie) osób chorujących na chorobę afektywną dwubiegunową czują się wyizolowani i zmuszeni do poświęcania swojego własnego życia towarzyskiego dużo częściej niż w przypadku innego rodzaju zaburzeń psychicznych [11]. Rola opiekuna chorego, oprócz bycia wymagającą, jest także szkodliwa dla zdrowia i powoduje znaczne obniżenie jakości życia [12, 13].

Doniesienia naukowe pokazują, że pod wpływem różnych czynników przyjęcie roli opiekuna naraża na szwank wiele różnych funkcji pełnionych przez daną osobę, co obrazuje szczególnie rodzaj psychologiczno-społecznych kosztów choroby afektywnej dwubiegunowej ponoszonych przez bliskich pacjenta. Kilka z tych czynników związanych jest na przykład z płcią chorego (mężczyźni chorujący na ChAD mają większe prawdopodobieństwo nadużywania substancji psychoaktywnych, większe skłonności do hazardu oraz wykazują więcej problemów w zakresie zaburzeń behawioralnych [14]) czy czasem trwania choroby (im dłuższy, tym większe obciążenie [1, 15]). Na brzemie wpływa także stopień nasilenia choroby (definiowany jako procent czasu, w którym stan chorego jest wyraźnie pogorszony) oraz konkretne objawy towarzyszące poszczególnym fazom (agresja i impulsywne zachowania w manii czy wyraźnie obniżony nastrój, wycofanie oraz myśli i próby samobójcze w stanach depresji) [13, 16, 17].

Nie ulega wątpliwości, iż każdy epizod choroby jest stresującym wydarzeniem życiowym dla wszystkich członków rodziny i nawet jeśli stan chorego jest stabilny, najbliższemu otoczeniu pacjenta towarzyszy ciągły lęk przed nawrotem i zaostrzeniem choroby [17]. Według badań Reinares i wsp. [18] partnerzy doświadczali stresu również w czasie remisji, ponieważ nawet w tym stanie u sporej części pacjentów obecne są tak zwane objawy rezydualne, które wpływają na jakość życia tak chorego, jak i jego otoczenia. Również w polskim badaniu Borowieckiej-Karpiuk [19] wykazano, iż poziom brzemienia, szczególnie w zakresie brzemienia subiektywnego, odczuwanego przez małżonków pacjentów w czasie eutymin, jest znaczący.

O ile oddziaływanie zaburzeń afektywnych (w tym o typie dwubiegunowym) na współmałżonków było przedmiotem wielu badań (niestety najczęściej o małych

liczebnościach próby), o tyle zagadnienie wpływu podtypów choroby afektywnej dwubiegunowej i ich szczególnej symptomatyki oraz jednocześnie uwzględnienie zmiennej, jaką jest płeć małżonka (a w konsekwencji płeć pacjenta), okazuje się obszarem znacznie mniej zbadanym. Wydaje się jednak, iż zróżnicowanie obrazu klinicznego typów (I i II) ChAD oraz fakt, czy osobą chorującą jest mąż, czy żona (odmienne role społeczne, różnice indywidualne, stereotyp płci), może wpływać na potencjalne różnice w poczuciu obciążenia.

W tym miejscu należy również podkreślić, że w znaczącej części badań dotyczących pomiaru brzemienia opiekunów osób z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym stosuje się narzędzia nieuwzględniające jego cyklicznej natury. Co więcej, w większości analiz epizody maniakalne i hipomaniakalne przynależą do tej samej grupy porównawczej, co skutkuje brakiem zróżnicowania pomiędzy poważnymi konsekwencjami manii a potencjalnie pozytywnymi aspektami hipomanii [20]. Niniejsze badanie stara się ten fakt uwzględnić poprzez dostosowanie narzędzia pomiarowego oraz kontrolę zmiennej „typ choroby”.

## Cel

Celem ogólnym badań była ocena wpływu choroby afektywnej dwubiegunowej (typ I i II) na zdrowego partnera (kobietę lub mężczyznę) osoby chorującej, w tym ocena poczucia brzemienia spowodowanego opieką nad chorym oraz poziomu dystresu psychicznego.

## Material i metoda

Do badania włączono 77 osób – 41 kobiet oraz 36 mężczyzn. Czterdziestu czterech badanych pozostawało w związku z pacjentami z ChAD I, a 33 – z pacjentami z ChAD II. Całość grupy podzielono na 4 podgrupy: (1) żony pacjentów z ChAD I:  $n = 27$ , (2) mężowie pacjentek z ChAD I:  $n = 17$ , (3) żony pacjentów z ChAD II:  $n = 14$ , (4) mężowie pacjentek z ChAD II:  $n = 19$ . Badane podgrupy nie różniły się pod względem podstawowych danych socjodemograficznych, z wyjątkiem wskaźników występowania z ChAD innych zaburzeń psychicznych. Wśród chorych małżonków z rozpoznaniem ChAD II odnotowano istotnie więcej (57,6%) osób z zaburzeniami współwystępującymi (takimi jak lęk napadowy, lęk uogólniony, zaburzenia osobowości i/lub nerwica natręctw) niż u małżonków z ChAD I (25%), co szczególnie uwidoczniło się w różnicach pomiędzy kobietami chorującymi na typ II (68,5% pacjentek, u których odnotowano inne zaburzenia) a mężczyznami z ChAD typu I (18,5% chorych, u których odnotowano inne zaburzenia) (por. tab. 1). Różnice te odpowiadają uznanej wiedzy epidemiologicznej dotyczącej współchorobowości w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej [21].

Tabela 1. Charakterystyka grup badanych (grupa I – żony mężczyzn z ChAD typu I, grupa II – mężowie kobiet z ChAD typu I, grupa III – żony mężczyzn z ChAD typu II, grupa IV – mężowie kobiet z ChAD typu II)

GRUPY	Grupa I (n = 27)	Grupa II (n = 17)	Grupa III (n = 14)	Grupa IV (n = 19)	I vs II vs III vs IV
					ANOVA (df = 73)
Wiek (zakres)	37,7 ± 11,9 20–62	43,8 ± 12,2 21–62	40,2 ± 14,6 23–63	34,0 ± 11,2 24–66	p = 0,13
Wiek małżonka (zakres)	40,0 ± 12,3 20–65	39,9 ± 12,8 21–59	42,1 ± 15,4 24–68	32,3 ± 11,0 21–63	p = 0,11
Czas trwania choroby małżonka – lata (zakres)	9,2 ± 9,0 1,5–35	9,8 ± 8,3 1,1–30	11,7 ± 9,4 1–36	6,3 ± 5,5 1–22	p = 0,40
Liczba lat po ślubie (zakres)	12,6 ± 10,3 0,5–40	16,1 ± 13,5 1–39	15,4 ± 15,0 2–44	10,0 ± 9,1 0,5–41	p = 0,52
					Test $\chi^2$
Wykształcenie					
Zawodowe	1 (3,7%)	3 (17,6%)	2 (14,3%)	2 (10,5%)	p = 0,31 <sup>#</sup>
Średnie	7 (25,9%)	8 (47,1%)	3 (21,4%)	6 (31,6%)	
Wyższe	19 (70,4%)	6 (35,3%)	9 (64,3%)	11 (57,9%)	
Sytuacja zawodowa					
Pracuje	17 (63,0%)	14 (82,4%)	10 (71,4%)	15 (78,9%)	p = 0,81 <sup>#</sup>
Nie pracuje	3 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10,5%)	
Renta/Emeryt.	4 (14,8%)	2 (11,7%)	2 (14,3%)	1 (5,3%)	
Studia	3 (11,1%)	1 (5,9%)	2 (14,3%)	1 (5,3%)	
Epizod choroby					
Depresja	4 (14,8%)	5 (29,4%)	8 (57,1%)	6 (31,6%)	p = 0,07 <sup>#</sup>
Mania/Hipomania	12 (44,5%)	6 (35,3%)	4 (28,6%)	2 (10,5%)	
Remisja	10 (37,0%)	5 (29,4%)	2 (14,3%)	10 (52,6%)	
Epizod mieszany	1 (3,7%)	1 (5,9%)	0 (0%)	1 (5,3%)	
Użytki <sup>1</sup> (pacjent)					
Brak	11 (40,7%)	9 (53,0%)	9 (64,3%)	12 (63,2%)	p = 0,41 <sup>#</sup>
Nadużywanie	13 (48,2%)	4 (23,5%)	4 (28,6%)	4 (21,0%)	
Uzależnienie	3 (11,1%)	4 (23,5%)	1 (7,1%)	3 (15,8%)	
Inne rozpoznania <sup>2</sup> (pacjent)					
Nie wiadomo	9 (33,3%)	3 (17,6%)	4 (28,6%)	2 (10,5%)	<b>p = 0,03<sup>##</sup></b>
Nie	13 (48,2%)	8 (47,1%)	4 (28,6%)	4 (21,0%)	
Tak	5 (18,5%)	6 (35,3%)	6 (42,8%)	13 (68,5%)	

<sup>1</sup> Takie jak papierosy, alkohol, leki i/lub narkotyki; <sup>2</sup> Takie jak lęk napadowy, lęk uogólniony, zaburzenia osobowości i/lub nerwica natręctw; <sup>#</sup> Dokładny Test Fishera (modyfikacja Freeman-Haltona dla tabel kontyngencji 3x4 lub 4x4); <sup>##</sup> Wynik obliczony dla tablicy 2x4 (obecność innego rozpoznania vs brak innego rozpoznania); „p” pogrubione oznacza wynik istotny statystycznie

Wśród badanych przeprowadzono badanie kwestionariuszowe za pomocą:

- 1) Kwestionariusza Oceny Zaangażowania – IEQ (Involvement Evaluation Questionnaire), który został zaprojektowany w Holandii przez zespół kierowany przez Boba van Wijngaardena. Narzędzie składa się z 31 pozycji, z których 27 tworzy podskale opisujące: napięcie interpersonalne (9 pytań), zamartwianie się (6 pytań), nadzorowanie (6 pytań) i motywowanie do aktywności (8 pytań) – dwa pytania należą do dwóch podskal jednocześnie. Wyniki kwestionariusza obliczane są jako średnia wartość w poszczególnych wymiarach oraz wartość średnia całkowita ze wszystkich 27 pytań. Pozycje kwestionariusza są punktowane na 5-stopniowej skali Likerta, a odpowiedzi, jakich respondent może udzielić, są stopniowane zgodnie z intensywnością danego zdarzenia, poczynając od „nigdy”, a kończąc na „zawsze”. Wyniki kwestionariusza mogą być również dychotomizowane; wynik 0 lub 1 oznacza „brak konsekwencji”, zaś wynik 2 lub więcej oznacza „prawdziwe konsekwencje” [22–24]. W wersji pierwotnej narzędzia czas, do jakiego odnoszą się poszczególne pytania, obejmuje cztery ostatnie tygodnie przed wypełnianiem kwestionariusza. Na potrzeby niniejszego badania wersja ta została zmodyfikowana. Z uwagi na fazowość choroby afektywnej dwubiegunowej autorzy przekształcili ramy czasowe narzucone przez narzędzie tak, aby zamiast pytań o to, jak często w ostatnich czterech tygodniach miała miejsce określona sytuacja, pytania nawiązywały do konkretnych faz choroby, dzięki czemu pojawia się możliwość rozróżnienia poczucia brzemienia wynikającego z opieki nad chorym w: a) fazie depresji, b) w fazie hipomanii/manii, c) w fazie remisji, a także d) ogólnie dla wszystkich trzech faz choroby. Wewnętrzna spójność wersji zmodyfikowanej mierzona za pomocą alfy Cronbacha przedstawia się następująco: w wersji badającej obciążenie w fazie depresji, dla całości skali alfa Cronbacha wynosi 0,88, dla poszczególnych podskal 0,53–0,84; w wersji badającej obciążenie w fazie hipomanii/manii, dla całości skali alfa Cronbacha wynosi 0,90, dla poszczególnych podskal 0,68–0,91; w wersji badającej obciążenie w fazie remisji, dla całości skali alfa Cronbacha wynosi 0,91, dla poszczególnych podskal 0,61–0,90;
- 2) Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia – GHQ-12 opracowanego przez Davida Goldberga na początku lat 70. XX w. Wersja użyta w opisanej tu baterii testów mierzy ogólny wskaźnik zdrowia psychicznego respondenta i odnosi się do tzw. poziomu dystresu. Stosowana jest zwykle jako narzędzie przesiewowe. Do metody stosuje się jeden z dwóch podstawowych sposobów skalowania odpowiedzi. Pierwszy z nich, zaproponowany przez samego Goldberga, polega na przypisywaniu poszczególnym odpowiedziom wagi 0-0-1-1. Drugi sposób to skalowanie Likerta, w którym odpowiedziom nadano wagi 0-1-2-3. Pierwszy sposób odznacza się dużą siłą dyskryminacyjną i stosowany jest do badań przesiewowych. Został on również użyty w niniejszym badaniu. Punktacja zawierała się w przedziale od 0 do 12. Zgodnie z najczęstszą formułą stosowaną wobec najkrótszej wersji GHQ punkt odcięcia przyjęto na poziomie 2/3 (2 lub mniej punktów oznacza brak zaburzeń psychicznych, a 3 lub więcej sygnalizuje ryzyko ich wystąpienia) [25].

Statystycznego opracowania wyników dokonano na podstawie analizy średnich wyników pomiarów lub analizy danych jakościowych. Porównanie zmiennych ilościowych przeprowadzono przy użyciu testów t-Studenta oraz dwuczynnikowej analizy wariancji (ANOVA) – także dla układów z powtarzającymi pomiarami, a następnie za pomocą odpowiednich testów post-hoc. Porównania pomiędzy zmiennymi o charakterze jakościowym wykonywane były za pomocą testu  $\chi^2$  [26, 27].

## Wyniki

### Kwestionariusz Oceny Zaangażowania (IEQ)

#### *Depresja*

W fazie depresyjnej choroby afektywnej dwubiegunowej poczucie obciążenia opieką nad chorym w swoim wymiarze ogólnym okazało się istotnie wyższe wśród kobiet (kobiety: 2,04 vs mężczyźni: 1,68;  $p \leq 0,01$ ), podobnie jak doświadczane z tego powodu napięcie (kobiety: 1,77 vs mężczyźni: 1,32;  $p \leq 0,01$ ). Wykazano również, że na poziom nadzoru w depresji może wpływać typ choroby pacjenta (1,31 – małżonkowie pacjentów z ChAD I vs 0,95 – małżonkowie pacjentów z ChAD II;  $p \leq 0,05$ ).

#### *Hipomania/mania*

Kobiety były na ogół bardziej obciążone od mężczyzn również w fazie hipomanii/manii (dotyczy takich aspektów poczucia obciążenia jak brzemię ogólne, napięcie oraz nadzór;  $p \leq 0,01$  –  $\leq 0,001$ ). Ponadto na wszystkie aspekty brzemienia (oprócz skali „motywowanie”) w fazie manii/hipomanii istotnie wpływał typ choroby (wyższe obciążenie wśród małżonków osób z ChAD I;  $p \leq 0,001$  w każdym przypadku).

#### *Remisja*

W fazie remisji, niezależnie od typu ChAD pacjenta, kobiety uzyskiwały wyższe wyniki od mężczyzn na każdej z podskal brzemienia ( $p \leq 0,05$  –  $p \leq 0,001$ ) oprócz „zamartwiania”, gdzie wynik okazał się nieistotny.

#### *Brzemię ogólne (depresja, hipomania/mania, remisja) oraz porównanie faz choroby*

Dwuczynnikowa analiza wariancji (ANOVA) dla układów z powtarzającymi pomiarami wykazała, że w zakresie wszystkich wyników na płaszczyźnie brzemienia ogólnego istotnie wyższe wyniki uzyskują kobiety (kobiety: 1,82 vs mężczyźni: 1,33,  $p \leq 0,001$ ) oraz że ogólnie większego poczucia obciążenia chorobą afektywną dwubiegunową doświadczają małżonkowie pacjentów z ChAD I (ChAD I: 1,73 vs ChAD II: 1,38,  $p \leq 0,01$ ).

Wyniki wskazują także na istotne różnice w ogólnym poziomie brzemienia w zależności od fazy choroby – depresja oraz hipomania/mania wywołują istotnie

większe obciążenie niż remisja ( $p \leq 0,001$ ). Ponadto istotny okazał się również efekt interakcyjny fazy oraz typu choroby:

- 1) depresja w przebiegu ChAD I okazała się:
  - a) istotnie mniej obciążająca dla małżonków niż mania ( $p \leq 0,05$ ),
  - b) bardziej obciążająca niż remisja (zarówno w typie I, jak i II;  $p \leq 0,001$ ),
  - c) bardziej obciążająca niż hipomania w typie II ChAD ( $p \leq 0,01$ );
- 2) mania w przebiegu ChAD I jest:
  - a) bardziej obciążająca niż wymieniana już depresja w ChAD I ( $p \leq 0,001$ ),
  - b) bardziej obciążająca niż remisja (w ChAD I i ChAD II;  $p \leq 0,001$ ),
  - c) bardziej obciążająca niż hipomania – ChAD II ( $p \leq 0,001$ );
- 3) depresja w przebiegu ChAD II jest bardziej obciążająca niż hipomania oraz remisja (typ II) –  $p \leq 0,01$  –  $p \leq 0,001$ , przy czym te dwie ostatnie fazy także różnią się między sobą (wyższe obciążenie w czasie hipomanii –  $p \leq 0,01$ );
- 4) depresje w przebiegu ChAD I i ChAD II nie różnią się od siebie ogólnym obciążeniem dla partnera;
- 5) nie ma różnicy między poczuciem obciążenia w fazie remisji wśród małżonków osób z ChAD I a obciążeniem doświadczanym w czasie hipomanii przez małżonków pacjentów z ChAD II.

### *Napięcie*

W kontekście doświadczanego ogólnego napięcia istotnie wyższe wyniki osiągają:

- a) kobiety w porównaniu z mężczyznami (kobiety: 1,99 vs mężczyźni: 1,26;  $p \leq 0,001$ ),
- b) małżonkowie/małżonki osób z ChAD I w porównaniu z małżonkami pacjentów z ChAD II (ChAD I: 1,81 vs ChAD II: 1,39;  $p \leq 0,01$ ).

Wykazano również, iż na ogół epizody podwyższonego nastroju (bez względu na podtyp choroby oraz płeć małżonka) powodują większe napięcie niż epizody depresyjne oraz faza remisji ( $p \leq 0,001$ ), przy czym te dwa ostatnie także różnią się między sobą (wyższe napięcie w czasie depresji –  $p \leq 0,001$ ).

Grupą osób doświadczających największego napięcia są małżonkowie pacjentów z ChAD I znajdujących się w epizodzie manii ( $p \leq 0,001$ ). Analiza wskazuje również na istotnie wyższe napięcie:

- a) w czasie depresji w przebiegu ChAD I w porównaniu z remisją (typ I –  $p \leq 0,001$  i typ II –  $p \leq 0,01$ ),
- b) w czasie depresji i hipomanii (typ II) w porównaniu z remisją (typ I –  $p \leq 0,01$  i typ II –  $p \leq 0,001$ ).

### *Zamartwianie się*

W badaniu odnotowano istotnie wyższą średnią punktację na skali ogólnego zamartwiania się wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami (kobiety: 2,52 vs mężczyźni: 2,13;  $p \leq 0,05$ ).



Znaczący wpływ na ten aspekt brzemienia (bez względu na podtyp choroby oraz płeć partnera) miała także faza choroby (wyższy poziom zamartwiania się w czasie depresji i manii/hipomanii niż w czasie remisji;  $p \leq 0,001$ ).

Po raz kolejny, najwyższym poziomem zamartwiania się odznaczali się partnerzy i partnerki osób z ChAD I, u których rozpoznano epizod manii, przy czym wynik ten nie różnił się od oceny małżonków (kobiet i mężczyzn) pacjentów z ChAD II znajdujących się w depresji.

Podobnie jak w przypadku napięcia, w czasie depresji u chorych z rozpoznaniem ChAD I lub ChAD II małżonkowie/małżonki zamartwiają się częściej niż w czasie remisji chorego (zarówno w ocenie dotyczącej choroby typu I, jak i typu II) –  $p \leq 0,001$ .

Poziom zamartwiania się spada u małżonków (obojga płci) pacjentów z ChAD II w czasie hipomanii i remisji (w porównaniu z depresją:  $p \leq 0,01$  –  $p \leq 0,001$ ), przy czym ocena poziomu zamartwiania się w czasie remisji (typ II) jest również istotnie niższa niż w czasie epizodu podwyższenia nastroju (typ II) –  $p \leq 0,01$ .

Faza hipomanii w przebiegu ChAD II nie różni się w tym zakresie od fazy remisji w przebiegu ChAD I.

### *Nadzór*

Poziom nadzoru chorego jest istotnie wyższy:

- a) wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami (kobiety: 1,26 vs mężczyźni: 0,81;  $p \leq 0,001$ ),
- b) wśród osób pozostających w związku z pacjentami z ChAD I w porównaniu z partnerami/partnerkami pacjentów z ChAD II (ChAD I: 1,21 vs ChAD II: 0,78;  $p \leq 0,01$ ).

Grupą o największym nasileniu nadzoru są małżonkowie osób z ChAD I znajdujących się w fazie manii. Także epizody obniżonego nastroju (typ I) w porównaniu z remisją (typ I i II) wymagają od małżonka więcej uwagi poświęcanej choremu ( $p \leq 0,001$ ). Nadzór zwiększa się również w czasie depresji i hipomanii w przebiegu ChAD II w porównaniu z remisją (typ II) –  $p \leq 0,01$ , ale bez różnicy z remisją w typie I. Ponadto należy zaznaczyć, że poziom nadzoru jest najwyższy w czasie, kiedy nastrój pacjenta jest wyraźnie podwyższony (bez względu na typ choroby czy płeć małżonka).

### *Motywowanie*

W przypadku skali „motywowanie” badanie wykazało, iż kobiety odznaczają się istotnie wyższą średnią punktacją, a co za tym idzie – koniecznością mobilizowania swoich chorych do podjęcia różnego rodzaju aktywności (kobiety: 1,62 vs mężczyźni: 1,28;  $p \leq 0,05$ ).

Nie bez znaczenia okazała się również faza choroby – średnia punktacja na skali „motywowanie” była istotnie wyższa ( $p \leq 0,001$ ) w ocenie fazy depresyjnej w porównaniu z oceną fazy hipomanii/manii czy remisji.

Analiza danych jakościowych wykazała, iż postawa akceptowania zaburzeń psychicznych u współmałżonka była istotnie częstsza wśród mężczyzn niż wśród kobiet.



Dotyczyło to partnerów kobiet z rozpoznaniem ChAD I i ChAD II w porównaniu z partnerkami pacjentów z typem I choroby (por. tab. 2).

Fakt bycia żoną osoby chorej oraz typ I choroby afektywnej dwubiegunowej wiązały się również z negatywną zmianą zachodzącą w relacji na skutek obecności zaburzeń. Jednocześnie kobiety istotnie częściej niż mężczyźni deklarują, iż w czasie, kiedy ich partner znajduje się w hipomanii/manii lub w remisji, są w stanie, oprócz podejmowania roli „opiekuna”, realizować własne zainteresowania. Zależność ta szczególnie odnosi się do partnerek mężczyzn z ChAD II (por. tab. 2).

W kontekście poczucia radzenia sobie z problemami pacjentów w poszczególnych fazach choroby okazało się, iż istotna różnica dotyczy okresu hipomanii/manii, w czasie którego istotnie większa część badanych partnerów/partnerek osób z rozpoznaniem ChAD II twierdzi, że radzi sobie częściej niż nigdy lub rzadko (por. tab. 2).

Tabela 2. Wyniki analizy danych jakościowych (test  $\chi^2$ ) dla kwestionariusza IEQ (MI – partnerzy kobiet z ChAD I; MII – partnerzy kobiet z ChAD II; KI – partnerki mężczyzn z ChAD I; KII – partnerki mężczyzn z ChAD II)

IEQ	Test $\chi^2$	p	RÓŻNICE	
Akceptacja zaburzeń	Płeć: 6,28	<b>0,01</b>	M (72%) > K (44%)	
	Typ: 0,70	0,40	---	
	Płeć x Typ: 8,04	<b>0,05</b>	MI (77%) > KI (37%)*; MII (68%) > KII (37%)*	
Negatywna zmiana w związku	Płeć: 5,43	<b>0,02</b>	K (76%) > M (50%)	
	Typ: 3,67	<b>0,05</b>	I (73%) > II (52%)	
	Płeć x Typ: 8,60	<b>0,04</b>	KI (78%) > MII (37%)*; MI (65%) > MII (37%)*; KII (71%) > MII (37%)*	
Możliwość realizowania własnych zainteresowań	Płeć	Depresja: 2,78	0,10	---
		Hipomania/mania: 4,38	<b>0,04</b>	K (73%) > M (50%)
		Remisja: 5,29	<b>0,02</b>	K (90%) > M (69%)
	Typ	Depresja: 3,37	0,07	---
		Hipomania/mania: 0,04	0,84	---
		Remisja: 2,97	0,08	---
	Płeć x Typ	Depresja: 4,84	0,18	---
		Hipomania/mania: 8,01	<b>0,05</b>	KII (93%) > MI (53%), MII (47%)*
		Remisja: ---	0,15 <sup>1</sup>	---

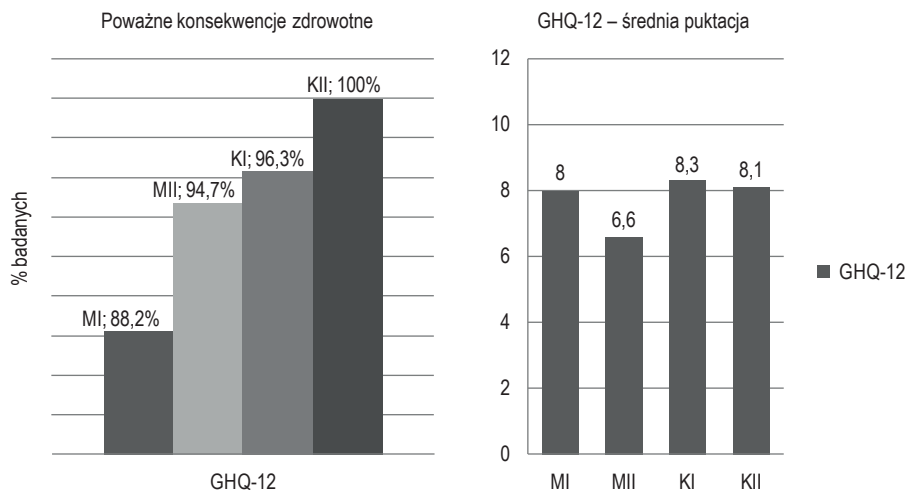
dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Poczucie radzenia sobie z problemami chorego	Płeć	Depresja: 0,06	0,80	---
		Hipomania/mania: 0,09	0,76	---
		Remisja: 0,74	0,39	---
	Typ	Depresja: 0,65	0,42	---
		Hipomania/mania: 13,69	<b>&lt;0,001</b>	II (70%) > I (27%)
		Remisja: 0,02	0,88	---
	Płeć x Typ	Depresja: 3,35	0,34	---
		Hipomania/mania: 17,92	<b>&lt;0,001</b>	MII (79%) > KI (37%)**, MI (12%)***; KII (57%) > MI (12%)*
		Remisja: ---	0,18 <sup>1</sup>	---

\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ ; <sup>1</sup> Dokładny Test Fishera (odpowiednio dla tabel 2x2 lub 2x4 – modyfikacja Freemana-Haltona); Czcionka pogrubiona oznacza wynik istotny statystycznie.

### Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-12)

Ani płeć, ani typ choroby, a co za tym idzie – żadna z podgrup badanych nie różniły punktacji w Kwestionariuszu Ogólnego Poczucia Zdrowia oraz nie wpływały istotnie na częstość występowania poważnych konsekwencji zdrowotnych, gdyż były one obecne w każdym przypadku (bez względu na badany czynnik) u minimum 88% ankietowanych (por. ryc. 1).



Rycina 1. Wyniki kwestionariusza GHQ-12 (MI – partnerzy kobiet z ChAD I; MII – partnerzy kobiet z ChAD II; KI – partnerki mężczyzn z ChAD I; KII – partnerki mężczyzn z ChAD II)

## Wnioski i dyskusja

Wyniki uzyskane w toku badania doprowadziły do wyprowadzenia następujących, uogólnionych wniosków: 1) epizod podwyższenia nastroju powoduje istotnie większe poczucie obciążenia opieką wśród partnerów/partnerek osób z ChAD I (w porównaniu z partnerami/partnerkami osób z ChAD II) oraz stanowi istotnie większy ciężar niż opieka nad pacjentem w czasie depresji (w przebiegu ChAD I); 2) wśród partnerów/partnerek osób z ChAD II opieka nad pacjentem w czasie epizodu depresyjnego stanowi istotnie większe brzemienie niż w okresie hipomanii; 3) depresja w przebiegu ChAD I powoduje wzrost poziomu nadzoru wśród partnerów/partnerek; 4) kobiety czują się bardziej niż mężczyźni obciążone opieką nad chorym bez względu na epizod; 5) partnerzy/partnerki osób z ChAD I odczuwają wyższy poziom brzemienia ogólnego; 6) poszczególne fazy choroby afektywnej dwubiegunowej wpływają na poszczególne aspekty brzemienia; 7) mężczyźni częściej akceptują fakt istnienia choroby u współmałżonki; 8) typ I choroby afektywnej dwubiegunowej wpływa negatywnie na związek; 9) kobiety odczuwają więcej negatywnych zmian w związku z chorobą małżonka; 10) kobiety częściej są w stanie pogodzić rolę opiekunki z innymi zadaniami codziennymi; 11) mężczyźni i kobiety pozostający w związku z osobą z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej (typ I i II) odczuwają ten sam poziom dystresu (poważne konsekwencje zdrowotne).

Jak wskazują powyższe wnioski, zróżnicowany przebieg kliniczny choroby afektywnej dwubiegunowej (typ I oraz II), a także płeć (pacjenta oraz współmałżonka) zasadniczo wpływają na doświadczenia związane z opieką nad chorym. W opisanym tutaj badaniu (podobnie jak w innych [1, 2, 17]) odnotowuje się wysoki poziom obciążenia wśród partnerów, u którego źródła leżą przede wszystkim specyfika poszczególnych epizodów, nasilenie objawów, a także dominująca patologia (uzależnione od typu choroby).

Wyniki badania dowodzą, iż w przypadku współmałżonków pacjentów z ChAD I głównym źródłem obciążenia jest mania, co pokrywa się z doniesieniami z badań Dore i Romans [17], które wykazały, że dla 30% badanych opiekunów (w tym również partnerów/partnerek) pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową typu I mania była bardziej obciążająca (w porównaniu z 19% osób, dla których źródłem stresu były epizody drugiego bieguny). Co do partnerów/partnerek osób z ChAD II, to w tym przypadku brzemienie związane jest przede wszystkim z depresją.

Ponadto epizody podwyższonego nastroju, tak odmienne w przebiegu poszczególnych typów ChAD, prowadzą do zasadniczych różnic w doświadczaniu choroby małżonka, na podstawie których możemy dokonać pewnego rozgraniczenia skutków poważnej i ciężkiej manii od łagodniejszej, niepowodującej znacznego upośledzenia funkcjonowania hipomanii [20].

W analizie powyższych zmiennych na uwagę zasługują również czynniki płci. Jak wykazano w innych badaniach [28], podobnie tutaj, bycie kobietą związane było z wyższym poziomem obciążenia w każdym z epizodów choroby (również w czasie remisji, co pozostaje spójne z doniesieniami Dore i Romans oraz Borowieckiej-Karpiuk [17, 19]). Należy także podkreślić, iż kobiety istotnie rzadziej akceptowały fakt istnie-

nia choroby psychicznej męża, co wydaje się szczególnie ważnym obszarem w pracy z parami małżeńskimi, w których choroba dotyka mężczyzn.

Co istotne, zarówno kobiety, jak i mężczyźni biorący udział w badaniu odczuwali wysoki poziom dystresu (powyżej punktu odcięcia), kwalifikujący ich do otrzymania pomocy psychologicznej oraz powodujący konsekwencje zdrowotne, co świadczy o tym, iż brzemię jest odczuwalne dla obojga płci, ale różne są jego źródła. Wniosek ten porównywalny jest z wynikami badań Lama i wsp. [13] dotyczących obciążenia subiektywnego i kosztów poniesionych z tytułu opieki nad chorym, gdzie 46% partnerów osób z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej na skali ogólnego poczucia zdrowia (GHQ-28) uzyskiwało wyniki powyżej punktu odcięcia, świadczące o złym samopoczuciu psychicznym.

Podsumowując, powyższa praca podkreśla odmienny wpływ choroby afektywnej dwubiegunowej typu I i II na partnerów/partnerki osób chorujących, który oddziałuje na ich subiektywne (zdrowie, stres) i obiektywne (m.in. relacje, czas wolny) poczucie brzemienia [29] oraz relacje z chorym, wskazując na realną potrzebę zaoferowania im adekwatnej (w zależności od typu choroby pacjenta, a także dostosowanej ze względu na płeć) pomocy.

## Piśmiennictwo

1. Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, Raue P, Greenfield S, Struening E. i wsp. *Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder*. Br. J. Psychiatry 1999; 175: 56–62.
2. Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. *Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders*. Acta Psychiatr. Scand. 1992; 86(3): 247–252.
3. Borowiecka-Kluza J, Miernik-Jaeschke M, Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. *Brzemię rodziny chorych z zaburzeniami afektywnymi: zarys problemu*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(4): 635–646.
4. Baker JA. *Bipolar disorders: An overview of current literature*. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2001; 8: 437–441.
5. Elgie R, Morselli PL. *Social functioning in bipolar patients: The perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations – a review*. Bipolar Disord. 2007; 9: 144–157.
6. Goossens PJJ, Van Wijngaarden B, Knoppert-Van Der Klein EAM, Van Achterberg T. *Family caregiving in bipolar disorder: Caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress*. Int. J. Soc. Psychiatry 2008; 54: 303–316.
7. Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. *The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder*. Bipolar Disord. 2005; 7: 25–32.
8. Perlick DA, Hohenstein JM, Clarkin JF, Kaczynski R, Rosenheck RA. *Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: A preliminary study*. Bipolar Disord. 2005; 7: 126–135.
9. Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Chessick C, Wolff N, Kaczynski R. i wsp. *Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder*. Bipolar Disord. 2007; 9: 262–273.

10. Steele A, Maruyama N, Galynker I. *Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review*. J. Affect. Disord. 2010; 121: 10–21.
11. Ostman M, Wallsten T, Kjellin L. *Family burden and relatives' participation in psychiatric care: are the patient's diagnosis and the relation to the patient of importance?* Int. J. Soc. Psychiatry 2005; 51(4): 291–301.
12. Struening EL, Perlick DA, Link BG, Hellman F, Herman D, Sirey JA. *Stigma as a barrier to recovery. The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families*. Psychiatr. Serv. 2001; 52: 1633–1638.
13. Lam D, Donaldson C, Brown Y, Malliaris Y. *Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients*. Bipolar Disord. 2005; 7(5): 431–440.
14. Kawa I, Carter JD, Joyce PR, Doughty CJ, Frampton CM, Wells JE. i wsp. *Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation*. Bipolar Disord. 2005; 7(2): 119–125
15. Hadryś T, Adamowski T, Kiejna A. *Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregiver's burden?* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2011; 46: 362–372.
16. Targum S, Dibble E, Davenport Y, Gershon E. *The family attitudes questionnaire: patients' and spouses views of bipolar illness*. Arch. Gen. Psychiatry 1981; 38: 1.
17. Dore G, Romans SE. *Impact of bipolar affective disorder on family and partners*. J. Affect. Disord. 2001; 67: 147–158.
18. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M. i wsp. *What really matters to bipolar patients' caregivers: Sources of family burden*. J. Affect. Disord. 2006; 94: 157–163.
19. Borowiecka-Karpiuk J, Dudek D, Siwek M, Jaeschke R. *Brzemie małżonków osób chorujących na depresję nawracającą lub chorobę afektywną dwubiegunową*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 739–758.
20. Beentjes TAA, Goossens PJJ, Poslawsky IE. *Caregiver burden in bipolar hypomania and mania: A systematic review*. Perspect. Psychiatr. Care 2012; 48: 187–197.
21. Rybakowski J. *Oblicza choroby maniakalno–depresyjnej*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2008.
22. van Wijngaarden B, Schene AH. *Cross-national research: caregiver consequences*. Psychiatr. Times 2004; 21(5): 23–26.
23. van Wijngaarden B, Schene AH, Koeter M, Vazquez-Barquero JL, Knudsen HC, Lasalvia A. i wsp. *Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the European version of the Involvement Evaluation Questionnaire–EU version (IEQ–EU)*. Br. J. Psychiatry 2000; 177(supl. 39): 21–27.
24. Ciałkowska M, Hadryś T, Kiejna A. *Kwestionariusz Oceny Zaangażowania (Involvement Evaluation Questionnaire) – charakterystyka i zastosowanie*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(4): 435–444.
25. Jackson C. *The General Health Questionnaire*. Occup. Med. 2007; 57: 79.
26. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1996.
27. Stanisław A. *Przystępny kurs statystyki*. Kraków: Statsoft Polska; 2000.
28. Yee JL, Schulz R. *Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis*. Gerontologist 2000; 40: 147–164.

29. Shene AH. *Objective and subjective dimensions of family burden*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1990; 25: 289–297.

Adres: Aleksandra Arciszewska  
Zakład Zaburzeń Afektywnych Katedry Psychiatrii UJ CM  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 21.09.2014  
Zrecenzowano: 27.09.2014  
Przyjęto do druku: 2.02.2015