

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

**mgr Paulina Jaworska-Andryszewska**

Rozprawa doktorska na stopień doktora nauk medycznych

**Rola negatywnych doświadczeń dziecięcych  
w powstawaniu i przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej**



**Promotor**

**Prof. dr hab. Janusz Rybakowski**

Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu

**Poznań 2017**

**Serdecznie dziękuję**  
**Panu Prof. dr. hab. Januszowi Rybakowskiemu**  
**za możliwość rozwoju naukowego, poświęcony czas, ogromną życzliwość,**  
**motywację oraz nieocenione wsparcie i pomoc w przygotowaniu pracy.**

*Pracę tę dedykuję wszystkim, dzięki którym jestem tym, kim jestem,  
a zwłaszcza Mężowi, Synowi oraz Rodzicom, którzy towarzyszyli mi podczas  
przygotowywania niniejszej pracy i okazywali przy tym wiele troski i miłości.*

## Spis treści

1. Choroba afektywna dwubiegunowa .....	7
1.1. Rys historyczny choroby afektywnej dwubiegunowej .....	7
1.2. Etiologia i patogeneza choroby afektywnej dwubiegunowej .....	11
1.3. Przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej .....	13
2. Negatywne doświadczenia dziecięce .....	18
2.1. Wprowadzenie .....	18
2.2. Doświadczenie przemocy w dzieciństwie .....	19
2.2.1. Definicja przemocy .....	20
2.2.2. Przemoc fizyczna ( <i>physical abuse</i> ) .....	22
2.2.3. Przemoc psychiczna i emocjonalna ( <i>psychological and emotional abuse</i> ) .....	23
2.2.4. Przemoc seksualna ( <i>sexual abuse</i> ) .....	25
2.3. Doświadczenie zaniedbywania w dzieciństwie .....	26
2.3.1. Zaniedbanie fizyczne ( <i>physical neglect</i> ) oraz zaniedbanie emocjonalne ( <i>emotional neglect</i> ) .....	27
2.4. Doświadczenie długotrwałej rozłąki oraz innych negatywnych wydarzeń rodzinnych .....	28
2.5. Skutki negatywnych doświadczeń dziecięcych .....	29
2.5.1. Skutki psychologiczne .....	30
2.5.2. Skutki neurobiologiczne .....	33
3. Dotychczasowe badania nad rolą negatywnych doświadczeń dziecięcych w chorobie afektywnej dwubiegunowej .....	36
3.1. Negatywne doświadczenia dziecięce a powstawanie ChAD .....	36
3.2. Negatywne doświadczenie dziecięce a przebieg i obraz kliniczny ChAD .....	37
3.3. Negatywne doświadczenia dziecięce a terapia ChAD .....	45
4. Założenia pracy i cel pracy .....	47
4.1. Cele pracy .....	47
5. Metodyka badań .....	49
5.1. Opis badanych grup .....	49
5.2. Grupa eksperymentalna .....	50
5.2.1. Charakterystyka demograficzna .....	50

5.2.2. Ocena diagnostyczna.....	50
5.2.3. Ocena psychometryczna .....	50
5.2.4. Kwestionariusz obciążenia rodzinnego i przebiegu ChAD .....	51
5.2.5. Charakterystyka kliniczna badanych pacjentów .....	51
5.3. Grupa kontrolna .....	54
5.3.1. Charakterystyka demograficzna.....	54
5.3.2. Kwestionariusz dla osób bez zaburzeń psychicznych.....	55
5.4. Metody oceny negatywnych wydarzeń dziecięcych.....	55
5.4.1. Kwestionariusz Traumatyzacji Wczesnodziecięcej .....	55
5.4.2. Autorski Kwestionariusz Negatywnych Doświadczeń w Dzieciństwie .....	55
5.5. Metodyka obliczeń statystycznych .....	56
6. Wyniki .....	57
6.1. Częstość występowania negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w grupie eksperymentalnej i kontrolnej .....	57
6.2. Negatywne wydarzenia w dzieciństwie a aspekty kliniczne ChAD.....	69
6.2.1. Początek choroby .....	69
6.2.2. Objawy psychotyczne i zachowania samobójcze .....	71
6.2.3. Przebieg choroby .....	73
6.2.4. Zaburzenia lękowe i inne współwystępujące zaburzenia psychiczne.....	75
6.2.5. Choroby somatyczne.....	77
6.2.6. Różnice między kobietami i mężczyznami.....	79
6.2.7. Związek czynników związanych z traumą w dzieciństwie z występowaniem specyficznych negatywnych doświadczeń w dzieciństwie .....	86
7. Omówienie .....	88
7.1. Częstość występowania negatywnych wydarzeń dziecięcych .....	88
7.2. Negatywne wydarzenia a aspekty kliniczne ChAD.....	89
7.3. Ograniczenia badania .....	94
8. Podsumowanie .....	95
9. Wnioski .....	97

10. Streszczenie .....	98
10.1. Streszczenie w języku polskim .....	98
10.2. Streszczenie w języku angielskim .....	100
11. Piśmiennictwo .....	102
12. Załączniki .....	115
12.1. Skala depresji Hamiltona (HDRS, Hamilton Depression Rating Scale) .....	115
12.2. Skala manii Younga (YMRS, Young Mania Rating Scale) .....	119
12.3. Ankieta powstawania i przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej .....	122
12.4. Kwestionariusz dla osób bez zaburzeń psychicznych .....	126
12.5. Kwestionariusz Traumatyzacji Wczesnodziecięcej .....	129
12.6. Autorski Kwestionariusz Negatywnych Doświadczeń w Dzieciństwie .....	131
12.7. Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na badanie .....	134
12.8. Informacja dla osoby badanej oraz formularz świadomej zgody na badanie .....	135
12.9. Zgoda na przeprowadzenie badań – Uchwała nr 28/15 .....	136
12.10. Szczegółowe wyniki obliczeń statystycznych .....	137

## 1. Choroba afektywna dwubiegunowa

### 1.1. Rys historyczny choroby afektywnej dwubiegunowej

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD), nazywana również chorobą maniakalno-depresyjną należy do częstych i poważnych zaburzeń psychicznych. Choroba maniakalno-depresyjna polega na osobliwym sposobie organizacji czynności mózgu, przejawiającym się szczególnym zachowaniem i funkcjonowaniem. W ChAD najbardziej typowe są okresowe zmiany nastroju, przybierające niekiedy postać ekstremalnych emocji oraz aktywności ruchowej i psychicznej, przy czym stany takie mogą mieć biegunowo przeciwny charakter, który nazywa się manią i depresją. Choroba maniakalno-depresyjna stanowi fenomen daleko wykraczający poza jej istotę psychiatryczną czy problem medyczny. Objawy choroby są przejawem zarówno bardzo podstawowych, jak i niezwykle wysublimowanych aspektów egzystencji i przeżyć człowieka. Zaburzenia maniakalno-depresyjne dotyczą możliwości skrajnych sposobów postrzegania otaczającego świata, takich jak widzenie wszystkiego w barwach czarnych lub też w kolorach nadmiernie jaskrawych. Choroba afektywna dwubiegunowa jest zaburzeniem ekstremalnych emocji. Dla osób z chorobą afektywną dwubiegunową i ich rodzin życie jest serią nieprzewidywalnych oraz upośledzających okresów podwyższenia i obniżenia nastroju, co w znacznym stopniu dezorganizuje codzienne funkcjonowanie i przysparza cierpienia (Rybakowski, 2009).

Początków choroby afektywnej dwubiegunowej można upatrywać w historii ewolucyjnej *homo sapiens*, kiedy to w okresie między 100 a 10 tysiącami lat temu powstała większość psychicznych i fizycznych cech człowieka. Wiele cech psychicznych, między innymi skłonność do zachowań zarówno depresyjnych jak i maniakalnych mogło mieć charakter adaptacyjny i zwiększać szanse przeżycia i reprodukcji. Poprzez dobór naturalny, geny tych osobników przetrwały do teraz i u kilku procent populacji powodują występowanie zmian psychicznych o charakterze maniakalno-depresyjnym (Rybakowski, 2009).

Objawy manii i depresji znane były również w czasach Starożytności. Od V wieku p.n.e. aż do dziś niezwykle popularne zarówno w psychiatrii, jak i w kulturze jest pojęcie „melancholia”, obecnie utożsamiane z depresją. Geneza słowa „melancholia” wywodzi się z humoralnej teorii chorób wyznawanej przez szkołę Hipokratesa. Nazwa pochodzi od nadmiaru czarnej żółci (gr. *melanos*-czarny, *cholos*-żółć), jednej z czterech płynnych substancji (łac. (*h*)umor-płyn), których równowaga była gwarancją dobrego zdrowia.

Pierwsze wzmianki na temat manii sięgają czasów starożytnego lekarza Aretajosa z Kapadocji (30-90 r. n.e.), który jako pierwszy opisał stany maniakalne i zauważył, że melancholia i mania mogą występować u tej samej osoby. Przez wieki termin „mania” był stosowany do określenia pobudzenia psychoruchowego, niezależnie od jego przyczyny. W języku starogreckim słowo „mania” symbolizowało szaleństwo, tendencję do popadania w obłąd, ale także było określeniem boskiej inspiracji. Słowo *mania* we współczesnej terminologii psychiatrycznej określa epizod maniakalny w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (Rybakowski, 2009).

Zainteresowanie problemem melancholii pojawiło się na nowo w erze nowożytnej. W wieku XVI lekarz Paracelsus (1493-1541) określił melancholię jako chorobę, „która opanowuje człowieka tak, że jest on niewolnikiem smutku, staje się przygnębiony, zniechęcony, znudzony i opanowany przez dziwne myśli i spekulacje”. Z kolei Bright (1551-1615) wyodrębnił dwa rodzaje melancholii, wyprzedzając o trzy stulecia podział depresji na endogenną i egzogenną. Markeriusz (1530-1640) oraz Bellini (1643-1704) wskazywali na towarzyszące melancholii zaburzenia układu pokarmowego i zahamowanie procesów poznawczych. Burton (1577-1640), twórca pierwszego podręcznika psychopatologii, który prawdopodobnie sam cierpiał z powodu melancholii uważał tę chorobę za rodzaj ułomności, ze współlistniejącym lękiem i smutkiem. Jako pierwszy wskazał na rodzinne występowanie melancholii oraz podał, że przyczyną melancholii może być predyspozycja genetyczna, przykre wydarzenia życiowe oraz oddziaływania astrologiczne i demonologiczne. Koncepcja manii i melancholii jako integralnego składnika zaburzeń psychicznych występujących u tej samej osoby zauważona została przez lekarzy żyjących w XVII wieku. Anatomopatolog z Genewy – Bonet (1620-1689) po raz pierwszy zastosował nazwę „maniakalno-melancholiczny” dla określenia dwubiegunowych zaburzeń występujących u tej samej osoby. Podobne spostrzeżenia poczynił angielski lekarz Willis (1621-1675) wskazując, że u tego samego chorego mogą występować okresy biegunowo różnych stanów psychicznych (Rybakowski, 2009).

W wieku XVIII utworzono klasyfikację znanych ówczesznie chorób, w tym również schorzeń umysłu. Vogel (1724-1774) wyodrębnił sześć chorób: melancholię, manię, fatuidas, stupidas, anemię i oblivio. Dressing (1770-1809) dokonał podziału na: melancholię, manię i upośledzenie umysłowe. Herman Boerhaave, holenderski lekarz, autor mechanistycznych teorii uważał manię za cięższe zaburzenie, pojawiające się pod wpływem nadmiernego



wzbudzenia płynów mózgowych w wyniku melancholii. Od XVIII wieku na określenie złego samopoczucia psychicznego, zaczęto używać terminu „depresja”. Słowo „depresja” (łac. *deprimere*) oznacza „uciskać w dół, przygniatać”. Po raz pierwszy nazwy tej użył lekarz Robert Whytt (1714-1766) (Rybakowski, 2009).

Przez cały XIX i XX wiek następował wzrost popularności terminu „depresja”. Francuski psychiatra Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) na określenie melancholii zaproponował termin „lypemanía”, który jednak się nie przyjął. Podobnie zresztą jak termin „tristemania” użyty przez Benjamina Rusha (1745-1813). Do koncepcji choroby maniakalno-depresyjnej ważne znaczenie miała sytuacja we Francji w 1854 roku. W tym roku dwóch psychiatrów przedstawiło na posiedzeniu Francuskiej Akademii Medycyny uwagi dotyczące objawów i przebiegu choroby maniakalno-depresyjnej. Jules Baillarger (1809-1890) przedstawił, że choroba charakteryzuje się występowaniem okresów depresji i podniecenia, nazywając ją *folie a double forme*. Z kolei Jean-Pierre Falret (1794-1870), zaprezentował chorobę jako cyklicznie następowanie po sobie stanów manii i melancholii i nazwał ją *folie circulaire* (Rybakowski, 2009).

Z perspektywy początku XXI wieku można wskazać, że spośród lekarzy przełomu XIX i XX wieku największy wpływ na kształt dzisiejszej psychiatrii wywarli Zygmunta Freud i Emil Kraepelin. Poglądy Zygmunta Freuda (1856-1939) przyczyniły się do powstania współczesnej psychoterapii i nowoczesnych poglądów na temat ludzkiej psychiki. Istotnym elementem koncepcji Freuda było założenie, że sytuacja we wczesnym okresie rozwoju dziecka wywiera istotny wpływ na funkcjonowanie danej osoby w okresie dorosłości. Natomiast prekursorem współczesnej klasyfikacji w psychiatrii jest niemiecki psychiatra Emil Kraepelin (1856-1926) – twórca fundamentalnego podziału zaburzeń psychicznych na grupę *dementia praecox* (otępienie wczesne) i *manisch-depressives Irresein* (zaburzenie maniakalno-depresyjne). Kraepelin do zaburzenia maniakalno-depresyjnego włączył stany maniakalne, depresyjne i mieszane, ponadto wskazał, że zaburzenie maniakalno-depresyjne ma przebieg okresowy, z dominacją zaburzeń nastroju. Koncepcja Kraepelina zyskała aprobatę większości psychiatrów XX wieku i miała istotne znaczenie dla prowadzenia badań patogenetycznych i terapeutycznych. Jednocześnie jednak sam Emil Kraepelin wskazywał, że spotykał pacjentów, których nie potrafił jednoznacznie zakwalifikować (Rybakowski, 2009).

W rozwoju klasyfikacji zaburzeń psychicznych znaczącym wydarzeniem było rozdzielanie zaburzeń afektywnych jednobiegunowych i dwubiegunowych. W 1966 roku opublikowano prace dwóch badaczy: Julesa Angsta ze Szwajcarii i Carla Perrisa ze Szwecji. Każdy z badaczy, wykazał różny sposób występowania zaburzeń psychicznych w rodzinach pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową. Badacze wykazali, że w rodzinach pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową występowały przypadki zaburzeń jednobiegunowych, z kolei w rodzinach pacjentów z chorobą dwubiegunową - dwubiegunowych. Według koncepcji tych badaczy, choroba afektywna dwubiegunowa odpowiadała pojęciu psychozy maniakalno-depresyjnej, a do rozpoznania choroby afektywnej dwubiegunowej konieczne było spełnienie kryterium występowania stanów maniakalnych (Angst, 1966; Perris, 1966).

Rozpoznawanie chorób afektywnych opiera się na kryteriach diagnostycznych opracowanych w ramach Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) oraz Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznyc Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM, ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). W ICD-10 zaburzenie afektywne dwubiegunowe jest kodowane numerem F31 w grupie zaburzeń afektywnych (ICD-10, 1992; Pużyński i Wciórka, 1998). W najnowszej klasyfikacji DSM-V wyróżniono osobną kategorię zaburzeń depresyjnych i zaburzeń (afektywnych) dwubiegunowych. Ponadto, w klasyfikacji DSM-V wyodrębniono trzy typy zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, takie jak: typ I, typ II i cyklotymia oraz określenie przebiegu ChAD, tj. przebieg z szybką zmianą faz (ang. *rapid-cycling*) i początek w okresie okołoporodowym (DSM-V, 2013; Świącicki i Gałęcki, 2015). Choroba afektywna dwubiegunowa typu I charakteryzuje się występowaniem co najmniej jednego epizodu maniakalnego oraz co najmniej jednego epizodu depresji. Przebieg kliniczny ChAD II cechuje się obecnością jednego lub więcej epizodów depresji i co najmniej jednego epizodu hipomanii. U większości pacjentów depresja stanowi główny czynnik upośledzający funkcjonowanie. Cyklotymia oznacza przewlekłe zaburzenie psychiczne z epizodami nastroju zarówno podwyższonego, jak i obniżonego, o nasileniu subklinicznym, niespełniające kryteriów żadnego z rodzajów choroby afektywnej dwubiegunowej. Kryterium dla rozpoznania postaci choroby z szybką zmianą faz (ang. *rapid-cycling*) stanowi występowanie czterech lub więcej epizodów depresyjnych, maniakalnych, hipomaniakalnych lub

mieszanych w ciągu roku. Natomiast w przebiegu ChAD o początku w okresie okołoporodowym, epizody zaburzenia nastroju mogą mieć swój początek zarówno w czasie trwania ciąży, jak i po porodzie (Rybakowski, 2011).

## **1.2 Etiologia i patogeneza choroby afektywnej dwubiegunowej**

Badania epidemiologiczne wykazują, że ryzyko zachorowania na chorobę afektywną dwubiegunową typu I dotyczy około 1-2% populacji, natomiast na chorobę afektywną dwubiegunową typu II i zaburzenie ze spektrum ChAD wynosi 3-5% (Rybakowski, 2011)

W patogenezie choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) istotną rolę odgrywiają predyspozycja genetyczna i czynniki neurobiologiczne. Wśród innych czynników patogenetycznych wskazuje się na rolę czynników stresowych. Zgodność zachorowania na ChAD wśród bliźniąt monozygotycznych może wynosić 60-80%. W predyspozycji do zachorowania na ChAD bierze udział kilkadziesiąt różnych genów, a w ostatnich latach wykazano, że niektóre z genów predysponujących do ChAD mogą wchodzić w skład genów predysponujących do rozwoju schizofrenii (Hauser i wsp., 2005; Rybakowski, 2011).

W latach 60 XX wieku powstały pierwsze biologiczne koncepcje patogenetyczne depresji, m.in. hipoteza katecholaminowa chorób afektywnych (Schildkraut, 1965) oraz hipoteza serotoninowa depresji (Lapin i Oxenkrug, 1969). W myśl tych koncepcji w depresji występują niedobory katecholamin – noradrenaliny (NA) i dopaminy (DA) oraz serotoniny (5 HT), a w manii - głównie nadczynność układu dopaminergicznego (Rybakowski, 2011).

Badania neurobiologiczne wykazały również zaburzenia w zakresie regulacji osi układ limbiczny-podwzgórze-przysadka-nadnercza (LPPN), nazywanej inaczej osią *stresu*. Badania wykazały, że u chorych na depresję występuje nadmierna aktywność osi LPPN, tj. nadmierne stężenie kortyzolu, zaburzenie okołodobowego rytmu wydzielania tego hormonu, zwiększone wydzielanie kortyliberyny (CRH) a także nieprawidłowa czynność receptorów glikokortykoidowych (GR) (Rybakowski, 2011).

Istotnie związane z patogenezą depresji są również inne osie neurohormonalne, tj. oś podwzgórze-przysadka-tarczyca oraz oś związana z hormonami płciowymi. U chorych na depresję stwierdza się również różnorodne zaburzenia aktywności układu odpornościowego - najczęściej wzmożenie odczynu zapalnego w postaci zwiększenia

aktywności białek ostrej fazy i cytokin działających prozapalnie. U chorych na depresję występują również zaburzenia rytmów dobowych, dotyczących procesów m.in. sen/czuwanie, temperatura ciała, profil kortyzolu, prolaktyny, melatoniny (Rybakowski, 2011).

Obok zaburzeń w zakresie neuroprzekaźników i neurohormonów, występują również określone zmiany strukturalne w ośrodkowym układzie nerwowym. Badania neuroobrazowe wykonane u pacjentów z ChAD wskazują na różnorodne zmiany czynnościowe i strukturalne w obszarach korowych (głównie kora przedczołowa, skroniowa), zakręcie obręczy i układzie limbicznym (hipokamp, ciało migdałowate). Z kolei w badaniach neurobiologicznych zwraca się uwagę na zaburzenia w zakresie sygnalizacji wewnątrzkomórkowej (układ fosfatydyloinozytolu i cyklicznego AMP) oraz procesów neurotrofowych. Najważniejszą substancją neurotrofową jest hormon neurotrofowy pochodzenia mózgowego (BDNF – brain-derived-neurotrophic factor) (Rybakowski, 2011). Obecnie, wciąż badane są nowe mechanizmy biologiczne, które prawdopodobnie mogą brać udział w etiologii choroby afektywnej dwubiegunowej. Obejmują one, między innymi: stres oksydacyjny, zaburzenia neuroprzekaźnictwa glutaminergicznego, zaburzenia na poziomie mitochondrialnym, komórkowym, zjawisko apoptozy oraz zaburzenia neurogenezy. Wiele wskazuje, że zwiększony stres oksydacyjny i związana z tym dysfunkcja mitochondriów mogą mieć istotne znaczenie w patogenezie choroby afektywnej dwubiegunowej (Data-Franco i wsp., 2017).

Wśród innych czynników patogenetycznych wskazuje się na znaczenie wydarzeń życiowych. Wiele badań w tym zakresie dotyczy depresji nawracającej, natomiast znacznie ich mniej wykonano w ChAD (Negele i wsp., 2015; Rybakowski, 2009). Do wystąpienia depresji mogą usposabiać wydarzenia stresowe działające zarówno we wczesnym okresie rozwoju, jak również w życiu dorosłym. Dotychczasowe badania wskazują, że różne typy wydarzeń, występujących w okresie dzieciństwa mają związek z chorobą afektywną występującą w okresie dorosłości. Wśród wydarzeń okresu dzieciństwa mogących mieć znaczenie dla późniejszego wystąpienia depresji należy wymienić wczesną utratę rodzica, długotrwałą rozłąkę z rodzicami. Istotne znaczenie może mieć również wystąpienie we wczesnym okresie życia traumatyzującego wydarzenia o charakterze nadużycia fizycznego lub seksualnego. Tego typu doświadczenia we wczesnej fazie rozwoju powodują zaburzenie regulacji osi stresowej i „uwrażliwienie” na wydarzenia stresowe w późniejszym okresie życia (Rybakowski, 2011). W "Psychiatrii Polskiej", ostatni przegląd badań nad rolą

wydarzeń życiowych w ChAD ukazał się w 2013 roku (Kasprzak i Kiejna 2013). Autorzy omawiają rolę wydarzeń życiowych wczesnodziecięcych i z okresu adolescencji (m.in. urazy psychiczne, utrata ważnych członków rodziny), sprzed kilku/kilkunastu lat przed pierwszym epizodem choroby oraz bezpośrednio poprzedzających pierwszy epizod choroby. Ponadto, oprócz wydarzeń stresujących wzięto pod uwagę wydarzenia pozytywne które, zdaniem autorów, mogą być związane z występowaniem epizodu maniakalnego. Opisano również związek między podatnością osobowościową a występowaniem stresujących wydarzeń. Natomiast ostatni tego typu przegląd badań w literaturze polskiej koncentrował się tylko na negatywnych wydarzeniach w okresie dzieciństwa (Jaworska-Andryszewska i Rybakowski, 2016).

W ostatnich latach dużo uwagi poświęca się interakcji czynników genetycznych i środowiskowych w patogenezie ChAD. Uher (2014) wskazuje, że ekspresja genetyczna choroby może być zależna od czynników środowiskowych, do których należą między innymi: nieodpowiednie odżywianie w okresie prenatalnym, stres w okresie prenatalnym, przedwczesne narodziny, maltretowanie w okresie dzieciństwa, jak również używanie konopi indyjskich w okresie dorastania, stresujące wydarzenia w dorosłości oraz toksoplazmoza. Przegląd badań wykonany przez Aldinger i Schulze (2017) wskazuje, że w chorobie afektywnej dwubiegunowej, oprócz traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie (nadużycia emocjonalne, fizyczne, seksualne, zaniedbanie emocjonalne i fizyczne), jak również późniejszych wydarzeń życiowych, ważne są także infekcje w okresie ciąży oraz dorastania, palenie papierosów przez matkę, powikłania podczas narodzin, a także czynniki związane z klimatem.

### **1.3. Przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej**

Choroba afektywna dwubiegunowa to zaburzenie, w przebiegu którego pojawiają się epizody depresji i manii bądź stany mieszane (typ I) lub epizody depresji i hipomanii (typ II). Wyróżnia się jeszcze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, w którym występują okresy subklinicznej depresji i hipomanii, nie spełniające pełnego kryterium czasowego dla tych epizodów (Akiskal i wsp., 2000).

Przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej jest niezwykle różnorodny. Kraepelin pisał: „można wymieni wiele przykładów przebiegu zaburzenia maniakalno-depresyjnego, ale nigdy nie jest się w stanie adekwatnie określić jego różnorodności; jest ona absolutnie

niewyczerpywalna". Objawy manii i depresji mogą występować odrębnie lub w tym samym czasie, a ich nasilenie może być lekkie, umiarkowane lub ciężkie, a nawet osiągać rozmiar ostrej psychozy. W części przypadków choroba rozpoczyna się od stanu manii lub hipomanii. Hipomanię można jednak przeoczyć, ponieważ może trwać krótko i nie powodować istotnych zaburzeń w zakresie funkcjonowania. Jeżeli choroba rozpoczyna się od manii lub hipomanii, to depresja pojawia się po krótszym lub dłuższym czasie, na przykład w wyniku intensywnego leczenia epizodu manii bądź po okresie remisji. W około połowie przypadków ChAD rozpoczyna się od epizodu depresji. U takich pacjentów epizod manii może wystąpić albo po niedługim czasie, albo dopiero po przebyciu kilku epizodów depresji, a czasem po wielu latach. Łatwość rozpoznania ChAD kwestionują niektóre badania, które pokazują, że u ponad 1/3 pacjentów prawidłowe rozpoznanie choroby afektywnej dwubiegunowej ustalono po okresie 10 lat trwania lub nawet dłuższym. Początek choroby afektywnej dwubiegunowej przypada najczęściej między 20 a 30 rokiem życia. Jednocześnie jednak należy pamiętać, że pierwszy epizod choroby nie zawsze posiada charakterystyczny obraz kliniczny (Rybakowski, 2009).

Klasyczny przebieg ChAD polega na występowaniu stanów manii, hipomanii oraz depresji, oddzielonych od siebie okresami remisji. Najczęściej w przebiegu choroby maniakalno – depresyjnej istotną przewagę mają epizody depresji. Przewaga epizodów depresji nad manią w chorobie afektywnej dwubiegunowej typu I jest zwykle kilkukrotna, natomiast w chorobie afektywnej dwubiegunowej typu II okres, kiedy chory jest w stanie depresji może być wielokrotnie dłuższy niż okres hipomanii. Atypowy przebieg ChAD może polegać na przykład na szybkim następowaniu po sobie epizodów chorobowych (przebieg z szybką zmianą faz) oraz na występowaniu w tym samym czasie objawów depresji, manii/lub hipomanii (stan mieszany) (Rybakowski, 2009).

Amerykańscy psychiatrzy David Dunner i Ronald Fieve ponad 40 lat temu wyodrębnili typ choroby afektywnej dwubiegunowej, w której występowały następujące po sobie szybkie zmiany faz chorobowych. Ta postać choroby po części odpowiadała opisanej przez Jean-Pierre'a Faltera *folie circulaire*. Jako kryterium dla rozpoznania postaci choroby z szybką zmianą faz (ang. *rapid cycling*) zaproponowali oni występowanie przynajmniej czterech epizodów chorobowych w ciągu roku (Dunner i Fieve, 1974). Naprzemienny, szybko nawracający przebieg dotyczy kilkunastu procent pacjentów z ChAD i może wystąpić już na początku choroby lub pojawić się po pewnym czasie trwania choroby. Warto zauważyć,

że jeżeli choroba rozpoczyna się od *rapid-cycling*, to sprawia znaczne trudności diagnostyczne i często bywa mylona z zaburzeniem osobowości typu borderline. Przebieg typu *rapid-cycling* częściej występuje u kobiet i częściej u osób z chorobą afektywną dwubiegunową typu II, ponadto do jego pojawienia się mogą predysponować zaburzenia hormonalne jak również długotrwałe przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych. Postać *rapid-cycling* stanowi jeden z typów przebiegu choroby, do najbardziej skrajnych należy typ *ultra-rapid-cycling*, w którym występują biegunowe zmiany afektywne w ciągu dnia oraz typ *ultra-ultra-rapid-cycling*, w którym zmiany następują w ciągu godzin (Kraszewska i wsp., 2013). Postać *rapid-cycling* uważana jest za ciężką postać ChAD i sprawiającą znaczne trudności terapeutyczne.

W przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej mogą występować również objawy psychotyczne. Tendencja do występowania objawów psychotycznych jest uwarunkowana odrębną predyspozycją genetyczną, prawdopodobnie wspólnymi genami dla ChAD i schizofrenii (Hauser i wsp., 2005). W przebiegu manii wzmożony nastrój powoduje wielkościowe nastawienie do otoczenia, obecne są również wielkościowe treści myślenia. Pacjenci mają często poczucie, że są osobami wybitnymi, a idee wielkościowe osiągają czasami nasilenie psychotyczne pod postacią urojeń. W stanie maniakalnym zwykle obecne są urojenia zgodne z nastrojem, ponieważ wzmożony nastrój powoduje występowanie urojeń wielkościowych, częściej mających charakter wyolbrzymiania realnych możliwości. Czasami występują urojenia posłannictwa, kiedy chory jest przekonany, że ma szczególną misję do spełnienia, natomiast jeżeli występują urojenia prześladowcze, to jako motywy prześladowania pacjent wskazuje na zainteresowanie jego osobą jako kimś wybitnym (Rybakowski, 2009). Jeżeli urojenia nie mają bezpośredniego związku z nastrojem, to wtedy konieczne jest różnicowanie z chorobą schizoafektywną lub schizofrenią. W depresji psychotycznej występują urojenia depresyjne, m.in. urojenia grzeszności, winy, nihilistyczne, katastroficzne, hipochondryczne, które również często są spójne z nastrojem (Rybakowski, 2009). Depresja psychotyczna częściej występuje w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej niż jednobiegunowej (Rybakowski i wsp., 2007).

W chorobie afektywnej dwubiegunowej często występują zachowania samobójcze, głównie w okresie epizodu depresji oraz epizodu mieszanego. Idee samobójcze są ważną cechą myślenia depresyjnego. Chory ma wówczas przekonanie, że życie nie ma sensu, a dalsza egzystencja będzie tylko cierpieniem. Myśli samobójcze występują przynajmniej

u połowy osób w stanie ciężkiej depresji. Badania wskazują, że przyczyną śmierci 15-20% osób cierpiących z powodu chorób afektywnych jest samobójstwo, najczęściej popełnione w epizodzie depresji. Stany uważane za ciężką postać ChAD - przebieg rapid-cycling oraz stany mieszane uchodzą za niekorzystny czynnik prognostyczny, charakteryzujący się zwiększonym ryzykiem zachowań samobójczych. Badania genetyczno-molekularne pokazują, że część genów predysponujących do wystąpienia zaburzeń afektywnych zwiększa ryzyko zachowań samobójczych (Rybakowski, 2009).

W obrazie klinicznym ChAD współwystępują niekiedy inne zaburzenia, między innymi: uzależnienie od substancji psychoaktywnych, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania. Objawy tych zaburzeń mogą u niektórych chorych stanowić „maski” choroby afektywnej dwubiegunowej. Niezwykle częste jest współistnienie choroby afektywnej dwubiegunowej z uzależnieniem od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Badania pokazują, że częstość występowania uzależnienia od substancji psychoaktywnych wśród pacjentów z ChAD ocenia się na 20-40% (Rybakowski, 2009). Współczesne badania epidemiologiczne i kliniczne wskazują, że duża liczba chorych z powodu ChAD doznaje objawów lękowych, spełniających kryteria diagnostyczne zaburzeń lękowych (Grabski, 2012). Ponadto liczne badania zwracają uwagę, że współchorobowość z zaburzeniami lękowymi ma związek z niekorzystnym obrazem klinicznym choroby afektywnej dwubiegunowej, np. zwiększona częstość zachowań samobójczych, gorsza odpowiedź na leczenie, częstszy przebieg rapid-cycling, większa liczba epizodów depresyjnych i mieszanych, częstsze nadużywanie substancji psychoaktywnych, wcześniejszy początek choroby, gorsza jakość życia, zwiększona chorobowość ogólnomedyczna (Grabski i Dudek, 2007; McElroy i wsp., 2001).

Zwraca się również uwagę, że z chorobą afektywną dwubiegunową mogą współwystępować choroby somatyczne. Wskazuje się między innymi na związek między ChAD a otyłością (Siwek i wsp., 2015). Zespołem klinicznym, który częściej występuje w ChAD jest np. fibromialgia. Osoby cierpiące na fibromialgię obciążone są większym ryzykiem występowania innych zaburzeń psychicznych, w tym ChAD, niż osoby bez tego zaburzenia (Grabski, 2012).

Na przebieg ChAD wpływa wiele czynników, jak m.in. predyspozycja genetyczna, specyfika obrazu klinicznego, stosowane leczenie czy sytuacja rodzinna i społeczna. Wiele badań wykazało jednak, że na obraz kliniczny choroby afektywnej dwubiegunowej może



również wpływać doświadczenie traumy w okresie dzieciństwa (Etain i wsp., 2013). Negatywne doświadczenia wieku dziecięcego mogą mieć znaczenie w rozwoju i obrazie klinicznym ChAD w wieku dorosłym (Etain i wsp., 2008; Etain i wsp., 2010).

## **2. Negatywne doświadczenia dziecięce**

### **2.1. Wprowadzenie**

Definicje negatywnych wydarzeń w dzieciństwie różnią się w zależności od koncepcji teoretycznych. W myśl teorii stresu, której twórcą jest Hans Selye, stres jest wspólną wszystkim organizmom określoną reakcją biologiczną, występującą w interakcji z różnego typu bodźcami środowiskowymi (Landowski, 2002). Traumatyzujące przeżycia, jak również inne negatywne doświadczenia w dzieciństwie według tej koncepcji pojmowane są jako stresory, powodujące neurobiologiczne zmiany ośrodkowego układu nerwowego. We współczesnej psychiatrii negatywne doświadczenia dziecięce to wydarzenia opisywane jako krytyczne, stresujące, traumatyczne lub znaczące (Kasprzak i Kiejna, 2013). Wśród tych negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa wymienia się: doświadczenia przemocy seksualnej, doświadczenia przemocy fizycznej, doświadczenia przemocy emocjonalnej, osierocenie, a także inne doświadczenia spełniające kryteria do rozpoznania zespołu stresu pourazowego. Jednocześnie, wskazuje się, że nie tylko sytuacje opisywane jako trauma, ale również, np. doświadczenie zaniedbania czy nadmierna dyscyplina w rodzinie pochodzenia mogą być stresorami mającymi związek z powstawaniem chorób psychicznych (Read i wsp., 2005).

W tym miejscu warto wspomnieć, że badania Bowlby'ego, które przyczyniły się do powstania teorii przywiązania, dotyczyły deprivacji kontaktu z matką i separacji oraz wpływu tych doświadczeń na dzieci. Niektórzy uważają, że teoria przywiązania jest w zasadzie teorią traumy. Przyczyną traumy relacyjnej może być brak więzi, występujący przy częstych zmianach opiekunów lub w przypadku krańcowego zaniedbania dziecka. Trauma relacyjna może być też spowodowana specyfiką więzi dziecka z opiekunem, gdy zamiast troskliwej opieki doświadcza ono zaniedbywania czy nadużyć (Iniewicz, 2008). Wczesna utrata rodzica (rodziców) lub długotrwała rozłąka (separacja) z rodzicami może zwiększać ryzyko wystąpienia depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej (Agid i wsp., 1999). Długotrwała rozłąka z rodzicami, a w konsekwencji pozostawienie na dłuższy czas dziecka bez opieki najbliższych może skutkować wystąpieniem reaktywnego zaburzenia więzi.

Obowiązujące klasyfikacje zaburzeń psychicznych w nieco inny sposób definiują traumę. W klasyfikacji DSM-V można znaleźć opis wydarzenia traumatycznego oraz

towarzyszące mu emocje, natomiast wg klasyfikacji ICD-10 stresor pojmowany jest jako wyjątkowy stres fizyczny lub psychiczny, np. poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa lub fizycznej nienaruszalności danej osoby. Dopiero klasyfikacja DC (ang. *Diagnostic Classification of Mental Health And Development Disorders Of Infancy and Early Childhood*) podkreśla znaczenie wystąpienia zagrożenia fizycznej lub psychicznej integralności dziecka. W klasyfikacji DC pierwotne relacje – takie jak relacje między małym dzieckiem, a kilkoma znanymi mu dorosłymi, którzy są odpowiedzialni za sprawowanie nad nim opieki i dbanie o jego dobry stan – dają małym dzieciom zindywidualizowane wsparcie, potrzebne im dla zdrowego rozwoju. W kontekście relacji z opiekunem, dziecko buduje wyobrażenie tego, czego można się spodziewać i co jest możliwe w relacji z innym ludźmi. Dzięki powtarzającym się interakcjom z emocjonalnie dostępnymi opiekunami małe dziecko zaczyna rozwijać zdolność samokontroli oraz autonomicznego regulowania emocji. W tej klasyfikacji znaleźć można również odniesienie do tzw. traumy kumulacyjnej, która powstaje wówczas, kiedy dziecko gromadzi doświadczenia, które nie spełniają kryterium wydarzenia traumatycznego, ale których konsekwencją może być zaburzenie w zakresie regulacji własnych emocji. Klasyfikacja DC opisuje przyczyny powstawania owej traumy kumulacyjnej, należą do nich, m.in.: nadmierne zaangażowanie rodziców, zbyt małe zaangażowanie rodziców, silne emocje lęku, gniewu, wrogości, przemoc emocjonalna, fizyczna i seksualna (Senator, 2007).

## **2.2. Doświadczenie przemocy w dzieciństwie**

Przemoc wobec dziecka ma swój wyraz w bardzo szerokim wachlarzu zachowań i kar, jakie stosują dorośli wobec dzieci (Grabowiec, 2011). Niemniej jednak przejawy złego traktowania dzieci zawsze niosą cierpienie, a ich konsekwencje mogą rzucić piętno na całe późniejsze życie jednostki. Przemoc może występować pod różnymi postaciami, może być również niezauważalna dla otoczenia (Kubacka-Jasiecka, 2010).

„Przestępstwa popełniane przeciwko rodzinie są najczęstsze, trudno wykrywane i rzadko ujawniane” (Kubacka-Jasiecka, 2010). Przemoc w rodzinie (ang. *domestic violence*) jest definiowana jako „każdy akt agresji fizycznej, w tym przymusu psychicznego, zastraszania lub nadmiernej kontroli stosowanej w systemie jaką tworzy rodzina” (Miller, 2007). Ponadto jak twierdzi Olivero (2010), wielu badaczy uważa, że przemocą w rodzinie są również zaniedbania oraz nadużycia seksualne. Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” proponuje następującą definicję: „przemoc

w rodzinie to zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie przeciw członkowi rodziny, naruszające prawa i dobra osobiste, powodujące cierpienie i szkody”. Ponadto Pogotowie dla Ofiar Przemocy przyjmuje, że przemoc w rodzinie jest przede wszystkim intencjonalna, istnieje nierówność sił, narusza prawa i dobra osobiste, a także powoduje cierpienie i ból.

Ofiarami przemocy wewnątrzrodzinnej są przede wszystkim dzieci, a w polskiej literaturze problematyka maltretowanego dziecka pojawia się rzadko. Może to mieć związek z powszechnością tego zjawiska w naszym społeczeństwie (Pospiszyl, 1999) i jak wskazują badania Sajkowskiej (2001), przemoc wobec dzieci wciąż jest traktowana jako najskuteczniejsza metoda wychowawcza. Przemoc wobec dziecka ma wiele różnych form. Literatura przedmiotu najczęściej opisuje cztery formy złego traktowania dzieci. Należą do nich: przemoc fizyczna (ang. *physical abuse*), przemoc psychiczna i emocjonalna (ang. *emotional abuse*), przemoc seksualna (ang. *sexual abuse*) oraz zaniedbywanie (ang. *neglect*) (Pospiszyl, 1994; Sajkowska, 1994; Brągiel, 1996; Butchart i wsp., 2006; Norman i wsp., 2012).

Pospiszyl (1994) sugeruje, że różne formy krzywdzenia często występują łącznie: przemoc fizyczna występuje z przemocą psychiczną, a aktom seksualnego nadużycia zazwyczaj towarzyszą dwie powyższe formy złego traktowania. Browne i Herbert (1999) zaproponowali dwuczynnikową klasyfikację przemocy w rodzinie, która zawiera wiele podstawowych przejawów złego traktowania. Autorzy uznali, że każdy rodzaj przemocy może przybierać formę aktywną lub bierną. Przemoc aktywna to wszelkie akty przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej, które bezpośrednio są kierowane na ofiarę. Natomiast przemoc bierna to wszelkiego rodzaju zaniedbania, zarówno fizyczne, psychiczne jak i seksualne, gdzie złość okazywana jest poprzez brak zainteresowania oraz unikanie wchodzenia w relacje. Tak więc ewidentne działania skierowane przeciwko dziecku to formy aktywne, natomiast brak zainteresowania i zapobiegania im to formy pasywne.

### **2.2.1. Definicja przemocy**

W tym rozdziale doświadczenia wszelkiego rodzaju przemocy zamiennie używane będą z traumą dziecięcą, a przemoc będzie ujmowana w kontekście całego okresu dzieciństwa. W literaturze psychologicznej i socjologicznej znane są liczne definicje opisujące przemoc w rodzinie. W większości odnoszą się do opisu zachowania sprawcy, jego intencji oraz skutków urazu u ofiary (Izdebski i wsp., 2004). Kubacka-Jasiecka (2010) zwraca

uwagę, że przemoc bywa często utożsamiana z agresją, choć te pojęcia mają odmienne znaczenie i zakres oraz podaje, że agresja jest terminem czysto psychologicznym, natomiast przemoc ma charakter społeczno-kulturowy i odwołuje się do sfery wartości i moralności. Nieco inne spostrzeżenie czyni Mellibruda (1993) pisząc, iż „przemoc jest intencjonalnym naruszeniem mocy oraz wszelkich praw i dóbr osobistych jednostki w sposób uniemożliwiający jej obronę i powodującą szkody psychiczne, fizyczne, symboliczne, materialne”. Najczęściej jednak uważa się, iż „przemoc służy do realizacji celów stosującej jej jednostki oraz jest możliwa wówczas, kiedy istnieje nierównowaga sił, jest także nadużyciem własnej przewagi fizycznej bądź społecznej, aby wymusić na drugiej osobie określone zachowanie” (Pospiszyl, 1999). Większość definicji przemocy bierze pod uwagę trzy podstawowe kryteria, są to: rodzaj zachowania sprawcy, intencje działania sprawcy i skutki przemocy (Mazur, 2002). Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Polsce (PARPA) wskazuje, że „przemoc domowa, zwana też przemocą w rodzinie, to zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie skierowane przeciw członkowi rodziny, które narusza prawa i dobra osobiste, powodując cierpienie i szkody” (Michalska i Jaszczak-Kuźmińska, 2007). Pospiszyl (1999) uwzględniając wszystkie trzy kryteria definicyjne przemocy określa ją jako: „wszystkie nieprzypadkowe akty naruszające osobistą wolność jednostki, które przyczyniają się do fizycznej albo psychicznej szkody drugiego człowieka i które wykraczają poza społeczne normy wzajemnych kontaktów międzyludzkich”. Zdaniem Mellibrudy (1993), pomijając kwestię tego czy przemoc jest opisywana z punktu widzenia psychologicznego, prawnego, moralnego czy społecznego to posiada jednak wspólne cechy: przede wszystkim jest intencjonalna, dotyczy naruszenia praw osobistych, powoduje szkody, jest powtarzalna, odpowiedzialny jest za nią sprawca i nie zawsze jest usankcjonowana karą. Stratton (1986), który jako pierwszy użył terminu *abuse* (nadużycie), ujmuje negatywne formy traktowania z perspektywy relacji, jasno określając, że „przemoc ma miejsce wtedy, kiedy jakaś osoba zachowuje się wobec drugiej w sposób sprzeczny z wymaganiami relacji, która występuje pomiędzy nimi”. Natomiast z punktu widzenia prawa przemoc to przestępstwo, które najczęściej określa art. 207 kodeksu karnego i dotyczy znęcania się fizycznego lub psychicznego nad członkiem rodziny (Kubačka-Jasiecka i Lipowska-Teutsch, 1997).

Jak można powyżej zauważyć, istnieje wiele podejść i definicji przemocy. Świadczy to bowiem o złożoności tego zjawiska. Trudno znaleźć definicję przemocy, która obejmuje jej

wszelkie znaczenia. Nie ulega jednak wątpliwości, że przemoc jest zjawiskiem negatywnym i moralnie złym. W klasyfikacji DSM-V bycie ofiarą molestowania, znęcania się lub zaniedbywania przez członka rodziny może stać się obszarem zainteresowania klinicznego lub może stać się ważnym czynnikiem uwzględnianym w ocenie i leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi. W przypadku wielu zaburzeń psychicznych, może mieć wpływ na proces ustalenia rozpoznania i planowania leczenia (DSM-V, 2013; Świącicki i Gałęcki, 2015).

### **2.2.2. Przemoc fizyczna (*physical abuse*)**

Przemoc fizyczna jest najbardziej znaną formą złego traktowania dzieci. Pospiszyl (1994) określa przemoc fizyczną jako wszelkie nieprzypadkowe akty zachowań z użyciem siły, w konsekwencji których dziecko odczuwa ból i cierpienie. Podobnie fizyczne nadużycie definiują Butchart i wsp. (2006) uznając, że jest to celowe wykorzystywanie siły fizycznej wobec dziecka, powodujące narażenie życia i zdrowia dziecka oraz utratę jego godności i najczęściej dotyczące środowiska rodzinnego. Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy (2000) uznają, że „przemoc fizyczna jest zachowaniem intencjonalnym, niosącym ryzyko uszkodzenia ciała, niezależnie czy do tego dochodzi”. Soriano (2002) uważa, że przemoc fizyczna jest najbardziej znaną formą złego traktowania i określa ją za pomocą następującej definicji: „wszelkie działania nieakcydentalne, prowadzone przez jakąkolwiek osobę, które wywołuje u dziecka uszczerbek fizyczny lub chorobę, lub też stawia je w poważnym niebezpieczeństwie odniesienia szkody fizycznej lub choroby”.

Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy (2000) wskazują na następujące przejawy przemocy fizycznej: popychanie, policzkowanie, szarpanie za włosy, uderzanie pięścią, paskiem lub przy użyciu innych przedmiotów, kopanie, przypalanie, duszenie, rzucanie przedmiotami, drapanie, plucie, krępowanie lub uwięzienie i świadome stwarzanie niebezpiecznych sytuacji, stanowiących zagrożenie. Pospiszyl (1994) zwraca także uwagę na fakt, iż przemoc fizyczna wobec dziecka obejmuje swoim zasięgiem wiele form zachowania, które mogą występować w postaci: czynnej (która obejmuje wszelkie formy bicia: klapsy, kopanie, szarpanie, duszenie, oparzenia, popychanie, a także usiłowanie bądź dokonanie zabójstwa); biernej (która przejawia się w postaci zakazów ograniczających drugą osobę, a także ograniczenia pożywienia, snu).

Według klasyfikacji DSM-V fizycznym znęcaniem się nad dzieckiem nazywamy celowe (zamierzone) powodowanie urazów u dziecka, w zakresie od niewielkich zasinień po ciężkie złamania lub zgon, poprzez uderzanie pięścią, bicie, kopanie, gryzienie, potrząsanie, rzucanie, ranienie, duszenie, uderzanie, przypalanie i każdą inną metodę stosowaną przez rodzica (DSM-V, 2013; Świącicki i Gałęcki, 2015). Według klasyfikacji DC, relacja w której dochodzi do przemocy fizycznej, charakteryzuje się poważną fizyczną przemocą, niejasnymi granicami oraz nadmierną kontrolą ze strony rodzica (Senator, 2007).

### **2.2.3. Przemoc psychiczna i emocjonalna (*psychological and emotional abuse*)**

Pojęcie przemocy psychicznej pojawiło się dość późno, bo dopiero na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku (Grabowiec, 2011). Soriano (2002) podkreśla, że „dziecko, aby poczuć się bezpiecznie na płaszczyźnie emocjonalnej potrzebuje bliskości i kontaktu ze swoimi rodzicami”. Pozbawienie dziecka tej relacji może spowodować poważne zakłócenia zdrowia na poziomie psychicznym, emocjonalnym lub fizycznym. Mazur (2002) twierdzi, że „szkody jakie wyrządza przemoc psychiczna są niewymierzalne i uznaje, iż znęcanie psychiczne jest morderstwem duszy”. Zwraca uwagę, że przemoc emocjonalna nie pozostawia śladów, dlatego też trudno jest określić jakie są rozmiary psychicznego znęcania. Browne i Herbert (1999) natomiast zdefiniowali „przemoc psychiczną jako obrażenia psychiczne, które powodują istotne szkody w zakresie obniżenia możliwości psychicznych jednostki”. Mellibruda (2001) uznaje, że istnieją dwie formy przemocy psychicznej, pierwsza ma miejsce w sytuacji, kiedy to dziecko jest ofiarą przemocy psychicznej, druga natomiast w momencie kiedy dziecko jest obserwatorem stosowania przemocy psychicznej wobec innych członków rodziny. Badura-Madej i Dobrzyńska-Metserhazy (2000) uznają, że „przemoc psychiczna zawiera przymus i groźby, zastraszanie i emocjonalne wykorzystywanie”. Soriano (2002) przyjmuje natomiast, że „maltretowanie emocjonalne to chroniczna wrogość, wyrażana słownie w formie obelg, drwin, lekceważenia, krytyki, gróźb porzucenia oraz nieustanne blokowanie dziecięcych inicjatyw przez dorosłych”. Butchart i wsp. (2006) twierdzą, że przemoc psychiczna czy też emocjonalna może obejmować pojedyncze incydenty jak i chroniczny przejaw złego zachowania rodziców wobec dzieci, który występuje w sytuacji kiedy dzieci nie otrzymują odpowiedniego dla swojego poziomu rozwojowego wsparcia w środowisku rodzinnym. Ponadto uznają oni, że przemoc psychiczna skutkuje zaburzeniem na poziomie fizycznym, psychicznym, duchowym, moralnym oraz społecznym. Amerykańskie Stowarzyszenie Profesjonalistów

Przeciwdziałających Krzywdzeniu Dzieci (ang. *The American Professional Society on the Abuse of Children*) przyjmuje, że „maltretowanie psychiczne oznacza powtarzający się wzorzec zachowań opiekuna lub skrajnie drastyczne wydarzenie, które powodują u dziecka poczucie, że jest nic nie warte, złe, niekochane, niechciane, zagrożone i że jego osoba ma wartość jedynie wtedy, gdy zaspokaja potrzeby innych” (Grabowiec, 2011).

Krzywdzenie emocjonalne czy też psychiczne występuje i zaznacza się w postaci szeregu zachowań. Butchart i wsp. (2006) wymieniają następujące zachowania: ograniczenie ruchu, poniżanie, obwinianie, groźby, ośmieszanie, wszelkie formy odrzucenia oraz wrogiego nastawienia. Organizacja zajmująca się ochroną praw człowieka *Amnesty International* wskazuje natomiast, że znęcanie psychiczne przejawia się w następujących formach zachowania: izolacja, ograniczenie snu i pożywienia, narzucanie własnych przekonań, degradacja werbalna (wyzywanie, poniżanie, upokarzanie), hipnoza, narkotyzowanie, a także groźby pozbawienia życia (Pospiszyl, 1994). Amerykańskie Stowarzyszenie Profesjonalistów Przeciwdziałających Krzywdzeniu Dzieci (ang. *The American Professional Society on the Abuse of Children*) z kolei wyróżnia następujące formy przemocy emocjonalnej: odtrącanie, zastraszanie, wyzyskiwanie, odmowa reakcji emocjonalnych, izolowanie, zaniechanie rozwoju umysłowego oraz opieki medycznej (Grabowiec, 2011). Glaser (2003) wymienia pięć form przemocy emocjonalnej: uczuciowa niedostępność, brak reakcji emocjonalnych i zaniechanie; przypisywanie dziecku negatywnych cech; niekonsekwentne i niewłaściwe dla rozwoju dziecka interakcje (stawianie dziecku wygórowanych oczekiwań, nadmierna opiekuńczość, narażanie na traumatyczne wydarzenia); nieuznawanie lub lekceważenie indywidualności i odrębności dziecka; uniemożliwienie dziecku adaptacji społecznej.

Według klasyfikacji DSM-V za psychiczne znęcanie się nad dzieckiem uznaje się wszelkie nieprzypadkowe czyny werbalne lub symboliczne dokonywane przez rodzica lub opiekuna dziecka, które skutkują lub z dużym prawdopodobieństwem spowodują znaczne szkody u dziecka. Przykładami psychicznego znęcania się nad dzieckiem jest krzyk na dziecko, uwłaczanie mu lub upokarzanie go, groźenie, krzywdzenie/porzucanie lub groźenie, że sprawca skrzywdzi/porzuci ludzi albo przedmioty, na których zależy dziecku, więzienie dziecka, nieuzasadnione robienie z dziecka „kozła ofiarnego”, zmuszanie do zadawania bólu sobie lub innym, nadmierne karanie dziecka (DSM-V, 2013; Święcicki i Gałęcki, 2015). Zgodnie z klasyfikacją DC, relacja w której dochodzi do przemocy



psychicznej, charakteryzuje się dotkliwymi, emocjonalnie krzywdzącymi treściami, niejasnymi granicami oraz nadmierną kontrolą ze strony rodzica (Senator, 2007).

#### **2.2.4. Przemoc seksualna (*sexual abuse*)**

Popiszyl (1999) uważa, że nadużycia seksualne są formą przemocy, która wymaga specjalnego potraktowania. Autorka wychodzi bowiem z założenia, że sfera życia seksualnego jest inaczej regulowana w różnych kulturach i uznaje przy tym, że w krajach europejskich oraz amerykańskich istnieją nienaruszalne zjawiska seksualne, które są potępiane i prawnie regulowane w kręgu tych społeczności.

W Polsce należą do nich: obcowanie płciowe z małoletnim, kazirodztwo, gwałt. Istnieje wiele definicji przemocy seksualnej wobec dzieci (*child sexual abuse*), które jak się okazuje niekoniecznie bywają ze sobą zgodne. W literaturze obok przemocy seksualnej wobec dzieci można spotkać wiele innych terminów na określenie tego samego zjawiska, są to: wykorzystywanie seksualne, nadużycia seksualne, molestowanie czy też krzywdzenie seksualne (Sąjkowska, 2002). W pracy będę zamiennie używane wymienione powyżej określenia.

Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy (2000) przyjmują, że „przemoc seksualna polega na zmuszaniu osoby do aktywności seksualnej wbrew jej woli, kontynuowaniu aktywności seksualnej, gdy osoba nie jest w pełni świadoma, bez pytania o jej zgodę lub gdy obawia się odmówić”. Ponadto autorki uznają, że wywieranie przymusu może polegać na użyciu siły fizycznej, bądź groźbach jej użycia. Podkreślają również, że nadużycia seksualne współwystępują z przemocą fizyczną i psychiczną. Butchart i wsp. (2006) przyjmują, że wykorzystywanie seksualne ma miejsce wtedy, kiedy dziecko bierze udział w aktywności seksualnej, której nie jest w stanie w pełni zrozumieć i nie może wyrazić świadomej zgody. Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*) podobnie określa wykorzystywanie seksualne i przyjmuje, że „aktywność seksualna może dotyczyć: namawiania lub zmuszania dziecka do angażowania się w prawnie zabronione czynności seksualne, wykorzystywania dziecka do prostytucji lub innych działań seksualnych, wykorzystywania dziecka w celu produkcji materiałów pornograficznych” (Krug i wsp., 2002). Soriano (2002) natomiast definiuje wykorzystywanie seksualne jako takie kontakty i interakcje między dzieckiem a dorosłym, w których dorosły (agresor) używa dziecka do

podniecenia seksualnego samego siebie, dziecka lub osoby trzeciej. Autor wyróżnia przy tym istnienie kilku typów wykorzystywania seksualnego: kazirodztwo, gwałt, dręczenie seksualne oraz wykorzystywanie seksualne bez kontaktu fizycznego.

Według klasyfikacji DSM-V seksualne znęcanie się nad dzieckiem oznacza każda czynność seksualną dotyczącą dziecka, która ma zapewnić zaspokojenie potrzeb seksualnych rodzica. Seksualne znęcanie się dotyczy takich czynności, jak dotykanie genitaliów dziecka, penetrację, kazirodztwo, gwałt, czyny homoseksualne i nieobyczajne eksponowanie się. Seksualne znęcanie się dotyczy także wykorzystywania dziecka przez rodzica bez kontaktu i udziału fizycznego, np. wymuszanie, oszukiwanie, kuszenie, grożenie lub wywieranie nacisku na dziecko, by brało udział w czynnościach dających zaspokojenie seksualne innym osobom, bez bezpośredniego kontaktu między dzieckiem a osobą znęcającą się (DSM-V, 2013; Święcicki i Gałęcki, 2015). Klasyfikacja DC opisuje taką relację jako taką, która charakteryzuje się brakiem szacunku dla granic fizycznych oraz silnie zerotyżowaną intruzywnością (Senator, 2007).

### **2.3. Doświadczenie zaniedbywania w dzieciństwie**

Pomimo wysokiej częstości występowania, zaniedbywanie dzieci jest niedostatecznie uznawane, bowiem istnieje niewiele prac poświęconych tej tematyce (Gajowy i Simon, 2002). Istnieje szereg wątpliwości co do kategorii w jakiej powinno znaleźć się zaniedbanie. Istnienie wątpliwości jest związane z tym, że badacze nie są zgodni, czy zaniedbanie powinno być oddzielną kategorią, czy też podkategorią, ponieważ dzieci doznające zaniedbania, doświadczają przy tym często innych form przemocy (Lewin i Herron, 2007). Kontrowersje wokół zjawiska zaniedbania dotyczą również samej definicji tego zjawiska. Cawson i wsp. (2000) twierdzą, że zaniedbanie ma miejsce w sytuacji braku opieki rodzicielskiej. Stevenson (1998) natomiast uważa, że zaniedbanie przejawia się w szerokim zakresie zachowania, od braku opieki rodzicielskiej do braku nadzoru i kontroli. Nieco inne spostrzeżenie czyni Dubowitz (1993) przyjmując założenie, że zaniedbanie występuje w momencie, gdy niezależnie od przyczyny, potrzeby dzieci są niezaspokojone. Pospiszyl (1994), rozumie zaniedbania, jako niezapewnienie lub uniemożliwienie zaspokojenia potrzeb jednostce. Glaser (2002) natomiast przyjmuje, że zaniedbanie ma miejsce w sytuacji kiedy brakuje interakcji w relacji rodzic-dziecko, a ponadto wtedy, kiedy rodzice są niedostępni dla

swoich dzieci i nie wyrażają wobec nich emocjonalnych reakcji. Mazur (2002) proponuje klasyfikację dwóch form zaniedbania: zaniedbanie fizyczne i zaniedbanie psychiczne.

### **2.3.1. Zaniedbanie fizyczne (*physical neglect*) oraz zaniedbanie emocjonalne (*emotional neglect*)**

Zaniedbanie fizyczne jest związane z brakiem należytej opieki, natomiast zaniedbanie psychiczne dotyczy obojętności, nieokazywania uczuć, lekceważenia emocjonalnego i lekceważenia psychicznych potrzeb dziecka (Mazur, 2002). Brągiel (1998) również sugeruje, że zaniedbanie obejmuje sferę psychiczną jak i fizyczną. Soriano (2002) zwraca uwagę, że zaniedbywanie dzieci to sytuacje, w których najbardziej podstawowe potrzeby dziecka nie są zaspokajane przez osoby za to odpowiedzialne. Podkreśla przy tym, że zaniedbanie może być zamierzone lub powstać na skutek nieuświadomienia, z braku wiedzy bądź z niezdolności do odpowiedniego zajmowania się dziećmi. Browne i Herbert (1999) uznają, że zaniedbanie jest przejawem złego traktowania, ale często nie jest postrzegane przez sprawców, jak i ofiary jako przemoc, nie angażuje bowiem siły fizycznej, choć może powodować skutki tak fizyczne jak i psychiczne. Butchart i wsp. (2006) uważają, że zaniedbanie ma miejsce w momencie, kiedy rodzice nie są w stanie zapewnić swoim dzieciom ochrony zdrowia, edukacji, rozwoju emocjonalnego, żywności, schronienia, bezpiecznych warunków życia. Soriano (2002) jako najbardziej powszechne formy zaniedbania dzieci wymienia: brak kontroli, porzucenie, zaniedbany ubiór, zaniedbany stan zdrowia, zaniedbanie wychowawcze.

Klasyfikacja DSM-V opisuje zaniedbywanie dziecka jako potwierdzony lub podejrzewany skandaliczny czyn lub pominięcie dokonane przez rodzica lub opiekuna, które pozbawiają dziecko możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb dla osoby w określonym wieku potrzeb i przez to skutkują lub stanowią o ryzyku wyrządzenia dziecku szkody fizycznej lub psychologicznej. Definicja zaniedbywanego dziecka obejmuje porzucenie, brak właściwego nadzoru, niezdolność do zaspokajania niezbędnych potrzeb emocjonalnych lub psychologicznych, niepowodzenie w zapewnieniu właściwej edukacji, opieki medycznej, zapewnienia pożywienia, schronienia i/lub ubrań (DSM-V, 2013; Świącicki i Gałęcki, 2015). Klasyfikacja DC określa zaniedbanie jako zbyt małe zaangażowanie rodzica, które

charakteryzuje się brakiem poczucia łączności z dzieckiem, przejawiającym się w niskiej jakości opieki sprawowanej bezpośrednio przez rodzica (Senator, 2007).

#### **2.4. Doświadczenie długotrwałej rozłąki oraz innych negatywnych wydarzeń rodzinnych**

Do wydarzeń traumatycznych, związanych szczególnie z traumą relacyjną należą również doświadczenie długotrwałej rozłąki z rodzicem (rodzicami), wczesna utrata rodzica (rodziców), problem alkoholowy w rodzinie, choroby psychiczne w rodzinie, rozwód rodziców i inne, które wpływają na jakość relacji między dzieckiem a rodzicem.

W tym miejscu należy podkreślić znaczenie teorii przywiązania Bowlby'ego, która dotyczy deprivacji kontaktu z matką i separacji oraz wpływu tych doświadczeń na dzieci. Teoria przywiązania, to sposób ujęcia w koncepcję, ludzkiej skłonności do tworzenia silnych afektywnych więzi z ważnymi, bliskimi osobami oraz sposób wyjaśniania różnych form dystresu emocjonalnego i zaburzeń osobowości, włączając tu lęk, złość, depresję, emocjonalne odizolowanie, których przyczyną jest niechciana separacja bądź utrata (Bowlby, 1969). Obecna wiedza na temat rozwoju człowieka wskazuje na związek pomiędzy jakością przywiązania, a późniejszym rozwojem dziecka i jego funkcjonowaniem w dorosłości (Sroufe, 1995). Na podstawie wczesnych doświadczeń w dzieciństwie dziecko zaczyna interpretować świat i budować przekonania dotyczące siebie, świata i innych ludzi. Wyróżnia się cztery typy relacji przywiązaniowej: typ bezpieczny, typ ambiwalentny, typ unikający i typ zdeorganizowany (Sroufe, 1995). Do nieprawidłowych wzorców przywiązania należy przywiązanie ambiwalentne, w którym rodzica cechuje brak spójności, dostępności psychologicznej i ignorowanie potrzeb dziecka; przywiązanie unikające, charakteryzujące się zahamowaniem ekspresji emocji, ignorowaniem i odtrącaniem dziecka oraz dezorganizacja przywiązania, w której wrogość wobec dziecka jest wyrażana w sposób otwarty, celowo wywołuje się w dziecku poczucie krzywdy i cierpienia, niepokój i dezorganizację (Czub, 2005). Na podstawie wielu badań dotyczących czynników ryzyka pojawienia się dezorganizacji przywiązania ustalone zostały ich związki z takimi czynnikami, jak: niski status ekonomiczny rodziny, maltretowanie dzieci, depresja i zaburzenie afektywne dwubiegunowe u rodziców, alkoholizm rodziców, relacje małżeńskie i rozwód rodziców (Carlson i wsp., 1989).

Rzeczywistość człowieka od początku jest kształtowana przez relacje z innymi ludźmi. Dziecko, pozostaje w rodzinie pod wpływem wzajemnych kontaktów matki i ojca, które

modelują jego przyszłe relacje. Doświadczenie przez dziecko przemocy w postaci obserwowania agresywnych zachowań rodziców bądź przemocy jednego z nich wobec drugiego skutkuje poważnym konfliktem lojalności (Izdebski i wsp., 2004).

## **2.5. Skutki negatywnych doświadczeń dziecięcych**

Doświadczenia wszelkich form przemocy, w szczególności kiedy dotyczą dzieci, nie mogą być obojętne dla ich zdrowia psychicznego i fizycznego. Przemoc psychiczna, fizyczna, seksualna czy też zaniedbanie, a zatem doświadczenia wszelkiej krzywdy i cierpienia, którą niejednokrotnie sprawiają najbliżsi, tudzież rodzice, niosą ze sobą szereg konsekwencji. Do najpoważniejszych długotrwałych następstw doznawania przemocy należy zaliczyć utratę poczucia bezpieczeństwa, które jest niezbędne do prawidłowego rozwoju emocjonalnego i poznawczego człowieka (Izdebski i wsp., 2004). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie związane z doświadczeniem stresu, takie jak wykorzystywanie seksualne, przemoc fizyczna, przemoc psychiczna i zaniedbania mają swoje późniejsze skutki w rozwoju wielu problemów somatycznych i psychicznych (Christoffersen i DePanfilis, 2009).

Przemoc fizyczna jest uważana za najbardziej niebezpieczną formę złego traktowania, ponieważ jej skutki mogą w bezpośredni sposób zagrażać życiu i zdrowiu dziecka (Tuscic i wsp., 2013). Ponadto doświadczanie przemocy fizycznej niesie ze sobą zwiększone ryzyko późniejszych przestępstw z użyciem przemocy, zaburzeń zachowania, zachowań antyspołecznych, samobójstw, depresji i uzależnień. Doświadczenia przemocy emocjonalnej (przemocy psychicznej) często łączą się z innymi formami nadużyć i zaniedbań. Dzieci doświadczające maltretowania psychicznego odczuwają niepokój, mają zaburzony obraz siebie, niskie poczucie własnej wartości. Doświadczanie tej formy przemocy może powodować późniejsze zaburzenia depresyjne, skłonności samobójcze, uzależnienia, zaburzenia odżywiania, problemy w zakresie społecznych kompetencji i zachowania antyspołeczne (Christoffersen i DePanfilis, 2009).

Specyfiką doświadczenia maltretowania seksualnego w dzieciństwie jest to, że jego skutki utrzymują się przez całe życie (Tuscic i wsp., 2013). Mazur (2002) podaje, że do długotrwałych skutków wykorzystywania seksualnego należą: stany lękowe, depresja, agresja, zachowania uwodzicielskie, zaburzenia snu. Osoba doświadczająca nadużyć seksualnych ma obniżone poczucie własnej wartości, przejawia brak zaufania do innych ludzi oraz podejrzliwość. Ożarowska (2011) uważa, że doświadczenie przemocy seksualnej należy

do szczególnie urazowych doświadczeń. Soriano (2002) twierdzi, że skutkiem wykorzystywania seksualnego jest późniejsza depresja, nadużywanie alkoholu i narkotyków, patologie czy zachowania seksualne oraz przyjmowanie postawy ofiary w późniejszych relacjach seksualnych. Do krótkoterminowych skutków przemocy seksualnej należą: niepokój, strach, problemy ze snem, strach przed dorosłymi, poczucie winy, niska samoocena, objawy somatyczne (moczenie nocne, bóle, problemy ze snem i odżywianiem się), agresja, nadmierne pobudzenie, zachowania destrukcyjne oraz przejawy dyskomfortu seksualnego. Natomiast do skutków długoterminowych zalicza się: ataki lęku, koszmary senne, negatywny obraz własnej osoby, depresja, myśli samobójcze, trudności w relacjach społecznych, problemy z adaptacją do społeczeństwa, dewiacje i dysfunkcje seksualne. Wykorzystywanie seksualne może mieć związek z występowaniem zaburzenia osobowości typu borderline (Elzy, 2011), a także występowaniem skłonności do samouszkodzeń i tendencji samobójczych (Spokas i wsp., 2009).

Stała obecność przemocy może mieć destrukcyjny wpływ na rozwój dzieci i prowadzić do rozwoju zachowań antyspołecznych (McWhirter i wsp., 2008). Dzieci doświadczające wszelkich nadużyć w okresie dzieciństwa w porównaniu z dziećmi niekrzywdzonymi mają liczne problemy w zakresie nauki, regulacji emocji, są bardziej agresywne, bardziej podatne na stres, wykazują mniej umiejętności społecznych i prowadzą ryzykowny styl życia (Tuscic i wsp., 2013). Dzieci krzywdzone, zaniedbywane, maltretowane i wykorzystywane seksualnie mają obniżone poczucie własnej wartości, są pełne lęku, strachu i agresji. Nie potrafią bronić się przed atakami, wykorzystywaniem ze strony innych, są zagubione, wycofane, a wielokrotne doświadczanie urazu niszczy, kształtuje i zniekształca osobowość (Herman, 2004).

Negatywne doświadczenia dziecięce mają również związek z powstawaniem i przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej, co zostanie szczegółowo omówione w dalszych rozdziałach. Przedstawione zostaną również teorie wyjaśniające rolę traumatycznych wydarzeń okresu dzieciństwa w powstawaniu zaburzeń psychicznych oraz skutki psychologiczne i neurobiologiczne negatywnych wydarzeń dziecięcych.

### **2.5.1. Skutki psychologiczne**

Do wystąpienia depresji mogą usposabiać wydarzenia stresowe działające zarówno we wczesnym okresie rozwoju, jak również w życiu dorosłym. W myśl współczesnych teorii,

wystąpienie depresji może być uważane za przejaw długotrwałej patologicznej reakcji stresowej. Zwiększenie ryzyka wystąpienia depresji pod wpływem traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie nawiązuje do koncepcji psychoanalitycznej. Koncepcja ta podkreśla znaczenie wczesnych doświadczeń dla późniejszego życia i występowania zaburzeń psychicznych (Rybakowski, 2009). Podejście psychoanalityczne zapoczątkowane przez Zygmunta Freuda zakładało urazową etiologię zaburzeń psychicznych, a na wystąpienie objawów wpływał stresor w połączeniu z zaktywizowaną treścią, która wcześniej została wyparta, czyli z urazem. Ponadto Freud zwracał uwagę, że gdy dziecko doznaje urazów, to zatrzymuje się na pewnym etapie i przenosi dalej nierozwiązane problemy emocjonalne (Freud, 1917).

Od lat 80. ubiegłego wieku obserwujemy dynamiczny rozwój koncepcji poznawczo-behavioralnych. Wg poznawczej koncepcji depresji Aarona Becka przyczyną depresji są dysfunkcjonalne przekonania zwane triadą depresyjną dotyczącą siebie, świata i przyszłości. Triadę tę aktywizują różne codzienne wydarzenia, znajdując odzwierciedlenie w tzw. negatywnych myślach automatycznych. U osób z depresją triada ta stanowi treść przekonań wpływających na utrwalony sposób postrzegania siebie i innych. Specyficzny sposób myślenia jednostki w połączeniu np. z doświadczeniem utraty, jest czynnikiem uwrażliwiającym powodującym powstawanie depresji (Beck i wsp., 1979). Taki sposób rozumienia wyprzedzał o kilka lat dominujące później w psychopatologii modele etiologiczne zaburzeń afektywnych czy schizofrenii, określane jako model podatność-stres (ang. *diathesis-stress*) (Landowski, 2002). Wydarzenia krytyczne uaktywniają dysfunkcjonalne schematy poznawcze, powstałe wskutek przykrych doświadczeń w dzieciństwie. W myśl tej koncepcji, to czy dane stresujące wydarzenie wpłynie na wystąpienie depresji, zależy od stopnia w jakim odpowiada ono schematom pacjenta (Beck i wsp., 1979).

W modelu Becka istotną rolę przypisano depresjogennym schematom poznawczym, które mogą powstawać na wczesnym etapie życia jednostki jako rezultat nadania znaczenia doświadczeniu mającemu najczęściej charakter utraty osoby znaczącej (śmierć, rozwód) (Popiel i Pragłowska, 2008). Wykazano, że doświadczenie utraty osoby znaczącej przed 12 rokiem życia jest jednym z czynników istotnie różnicujących grupy osób chorujących na depresję od pozostałych (Bidzińska, 1984). Założeniem modelu Becka jest to, że depresjogenne schematy pozostają latentne w okresie, gdy jednostka nie doświadcza depresji, aktywizują je negatywne wydarzenia życiowe, najczęściej również o charakterze utraty (Popiel i Pragłowska, 2008).

Alternatywne rozumienie kluczowych struktur poznawczych w zaburzeniach psychicznych sugerowali Young i wsp. (2003), używając określenia wczesne schematy dezadaptacyjne (ang. *early maladaptive schemata*). Wczesny schemat dezadaptacyjny to „obszerny, ogólny temat dotyczący Ja, jej relacji z otoczeniem, sformułowany w dzieciństwie, rozwijany w ciągu całego życia i w znacznym stopniu dysfunkcyjny dla jednostki”. Do powstania destrukcyjnych schematów prowadzą przemoc, zaniedbanie, alkoholizm w rodzinie. Geneza schematu porzucenia tkwi we właściwościach wczesnego otoczenia dziecka. Porzucone dziecko wykazuje „lękowe przywiązane”, które charakteryzuje się sekwencją lęk, desperacja, izolacja. Są to reakcje, które przejawiają wszystkie dzieci w odpowiedzi na rozłąkę z matką. Natomiast doświadczenia bycia krzywdzonym, zaniedbywanym, zdominowanym, poniżanym tworzą potężne poczucie bezwartościowości, przekraczają granice odporności dziecka, a jedyną obroną, jaką dysponuje dziecko jest mechanizm psychologiczny dysocjacji, jako reakcja adaptacyjna. W innym schemacie deprivacji emocjonalnej rodzic fizycznie jest obecny, ale jakość emocjonalnej relacji jest niewiele warta, gdzie relacja jest stabilna, ale niewystarczająco bliska (Young i Klosko, 2012).

Doświadczenie przemocy i pokrzywdzenia w dzieciństwie może również zwiększać podatność na wystąpienie w przyszłości depresji w mechanizmie tzw. wyuczonej bezradności. Autorem teorii wyuczonej bezradności jest amerykański psycholog Martin Seligman (Seligman i wsp., 2003). Model ten zakłada, że podstawową przyczyną depresji jest oczekiwanie: jednostka oczekuje, że spotkają ją nieprzyjemne doświadczenia i że nie będzie mogła nic zrobić, aby temu zapobiec. Osoby ze stanami depresyjnymi cechuje bezradność w wyborze najwłaściwszej odpowiedzi i niezdolność do unikania sytuacji, które pociągają za sobą karę. W myśl tej teorii u człowieka powstaje przeświadczenie, że w sytuacji trudnej i nieprzyjemnej nie będzie mógł nic zrobić, a oczekiwanie braku kontroli oraz przekonanie, że nastąpi coś złego lub nie nastąpi nic dobrego, jest tym, co prowadzi do depresji. Negatywne doświadczenia okresu dzieciństwa powodują u tych osób przekonanie, że kara i nagroda są niezależne od dokonywanych przez nie wyborów, czyli osoby te są niezdolne do uczenia się następstw swoich i innych zachowań. Ponadto uważają, że są wszystkiemu winne, że nie zasługują na miłość i że zawsze już tak musi być. W przyszłości, nawiązanie prawidłowych relacji partnerskich i rodzicielskich przez takie osoby bywa niezwykle trudne, jak również



często dochodzi do powtórzenia patologicznych relacji znanych z rodziny pochodzenia (Izdebski i wsp., 2004).

### 2.5.2. Skutki neurobiologiczne

Interakcja predyspozycji genetycznych i czynników środowiskowych odgrywa istotną rolę we wpływie wczesnych negatywnych doświadczeń w dzieciństwie na kliniczny przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej (Oliveira i wsp., 2015). Zależności te może wyjaśniać model predyspozycja-stres. Koncepcja interakcji między predyspozycją do choroby i czynnikami stresowymi zakłada, że inicjacja, jak również późniejsze nawroty i zaostrzenia choroby powstają w wyniku działania czynników powodujących stres psychiczny na ukształtowaną predyspozycję do choroby. Predyspozycja ma najczęściej podłoże genetyczne, które pod wpływem różnych czynników (również stresorów) przekształca się w predyspozycję biologiczną. Podkreśla się ważność interakcji predyspozycji genetycznej i stresu przeżytego we wczesnej fazie rozwoju, który powoduje zaburzenie regulacji osi stresowej i uwrażliwienie na wydarzenia stresowe w późniejszym okresie życia (Rybakowski, 2009). Model predyspozycja-stres zakłada swoistość czynnika genetycznego, który uaktywnia się pod wpływem biologicznych mechanizmów stresu, a czynniki psychospołeczne pełnią w nim rolę stresorów. Hipotezy opisujące patogenezę zaburzeń psychicznych, według modelu predyspozycja-stres są popularne w odniesieniu do schizofrenii i chorób afektywnych, choć niektórzy badacze uważają, że mogą znaleźć zastosowanie w wyjaśnieniu patogenezy wszystkich zaburzeń psychicznych (Landowski, 2002).

Zaburzenia afektywne są grupą zaburzeń, które charakteryzuje nawrotowość, u części chorych, głównie z przebiegiem dwubiegunowym nawroty występują bardzo często, a niekiedy przybierają postać *rapid-cycling*. W wyjaśnieniu nawrotowości pomocna jest koncepcja kindlingu. Zgodnie z modelem, którego twórcą jest Robert Post, wydarzenia stresowe stanowią pierwotne czynniki uwrażliwiające. Uwrażliwienie neurobiologiczne, może być wynikiem wczesnego doświadczania przemocy czy zaniedbania, a do wystąpienia kolejnych nawrotów wystarczające są coraz słabsze zewnętrzne czynniki wyzwalające. Z czasem trwania choroby kolejne epizody pojawiają się samoistnie, bez występowania czynników stresowych. Zjawisko kindlingu może w pewien sposób tłumaczyć zależność pomiędzy negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie a występowaniem depresji oraz choroby afektywnej dwubiegunowej w dorosłym życiu (Post, 1992). Koncepcja kindlingu

(rozniecania) była pierwszym modelem przebiegu ChAD, który bierze pod uwagę czynniki zarówno psychospołeczne (stresowe), jak i neurobiologiczne w wyzwalaniu epizodów choroby (Ferenstajn i Rybakowski, 2012).

Podatność na zaburzenia psychiczne może więc wynikać z interakcji między genami a środowiskiem, zwłaszcza podczas okresów rozwojowych. Negatywne doświadczenia we wczesnych etapach życia wywołują modyfikację uwalniania ekspresji mediatorów stresu i neuroprzekazników w różnych obszarach mózgu. Wzajemne oddziaływanie tych mediatorów z rozwojem neuronów i sieci neuronowych może prowadzić do długotrwałych zmian strukturalnych i funkcjonalnych mózgu (Chen i Baram, 2016).

Interakcja między predyspozycją genetyczną a czynnikami stresowymi znalazła odzwierciedlenie w badaniach genetyczno-molekularnych. Przegląd badań, jaki dokonali Karg i wsp. (2011) skupiał się na interakcji polimorfizmu genu transportera serotoniny (5-HTTLPR) i stresu w rozwoju depresji. Wyniki tych badań wskazują, że istnieje związek między polimorfizmem tego genu ze zwiększonym ryzykiem depresji pod wpływem stresu w postaci maltretowania w dzieciństwie. Wcześniej wykazano, że interakcje między genem transportera serotoniny i negatywnych wydarzeń życiowych wpływają na powstawanie depresji i występowanie prób samobójczych (Caspi i wsp., 2003).

W ChAD wykazano związek genu czynnika neurotrofowego pochodzenia mózgowego (BDNF) ze sprawnością funkcji poznawczych oraz występowaniem depresji pod wpływem czynników stresowych (Rybakowski, 2009). Badania potwierdzają również związek genotypu BDNF (polimorfizm Val66Met) z reakcją na stresujące wydarzenia życiowe w chorobie afektywnej dwubiegunowej i pokazują, że BDNF może mieć duży wpływ na wrażliwość na stres (Hosang i wsp., 2014; Aas i wsp., 2014).

Wykazano również, że dysfunkcja systemu immunologicznego może być ważnym mechanizmem łączącym traumę dziecięcą z wczesnym początkiem choroby afektywnej dwubiegunowej. Stwierdzono, że wpływ nadużyć seksualnych na wcześniejszy wiek wystąpienia ChAD może być większy u nosicieli polimorfizmu genu Toll-like receptor (TLR-2 rs3804099) związanego z czynnością układu odpornościowego (Oliveira i wsp., 2015). Zaburzenie układu odpornościowego w patogenezie choroby afektywnej dwubiegunowej charakteryzuje się między innymi zwiększonymi stężeniami w osoczu cytokin prozapalnych, takich jak: interleukina-6 (IL-6), czynnik martwicy nowotworów- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) oraz białek

ostrej fazy (CRP) (Brietzke i wsp., 2009). Wykazano, że trauma w dzieciństwie jest najbardziej powiązana ze zwiększonym poziomem CRP (Baumeister i wsp., 2016).

Roberts i wsp. (2015) wykazali, że negatywne doświadczenia dziecięce u matek mają wpływ na zdrowie psychiczne ich potomstwa i, że u potomstwa matek, które doświadczyły w dzieciństwie traumatycznych wydarzeń występuje większe ryzyko zaburzeń depresyjnych. Wyniki ich badań sugerują, że ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych u dzieci kobiet, które doświadczyły przemocy może dochodzić do 50%. Wynika z tego, że genetyczna trauma skutków negatywnych doświadczeń dziecięcych może mieć charakter wielopokoleniowy.

Badacze kanadyjscy opisali neurobiologiczne konsekwencje negatywnych doświadczeń w dzieciństwie związane z nieprawidłową metylacją DNA, stanowiącą rodzaj pamięci molekularnej (Lutz i wsp., 2015). Wskazali, że epigenetyczne mechanizmy, w szczególności metylacja DNA, odzwierciedlają formę pamięci molekularnej, która może modyfikować funkcje mózgu przez jakiś czas. Metylacja DNA może także służyć jako biomarker fenotypów behawioralnych związanych z maltretowaniem w dzieciństwie. Metylacja DNA jest głównym procesem związanym z konsekwencjami neurobiologicznymi złych doświadczeń z dzieciństwa przez całe życie, w ten sposób nasilając niekorzystne wzory zachowań i zwiększając ryzyko zaburzeń psychicznych.

### **3. Dotychczasowe badania nad rolą negatywnych doświadczeń dziecięcych w chorobie afektywnej dwubiegunowej**

#### **3.1. Negatywne doświadczenia dziecięce a powstawanie ChAD**

Większość badań nad rolą negatywnych doświadczeń dziecięcych w chorobie afektywnej dwubiegunowej sięga do okresu dzieciństwa w sposób retrospektywy. Badania te wskazują, że różne typy wydarzeń, występujących w okresie dzieciństwa mają związek z chorobą afektywną dwubiegunową w dorosłości. Jednocześnie jednak wskazać należy, że uzyskane związki między traumą wczesnodziecięcą a chorobą afektywną dwubiegunową nie mają charakteru specyficznego. W badaniu własnym uzyskano istotne zależności między negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie, a innymi zaburzeniami psychicznymi, w szczególności zaburzeniem osobowości typu borderline (Błaszczyk-Schiep i Jaworska-Andryszewska, 2014).

Pacjenci z ChAD częściej niż osoby z zdrowe doświadczały w dzieciństwie negatywnych wydarzeń. Stwierdzono to zarówno w pracach eksperymentalnych oraz w podsumowaniach o charakterze metaanaliz (Aas i wsp., 2016; Agid i wsp., 1999; Aldinger i Schulze, 2017; Daruy-Filho i wsp., 2011; Etain i wsp., 2008; Etain i wsp., 2010; Etain i wsp., 2013; Fisher i Hosang 2010; , Garno i wsp., 2005; Jaworska-Andryszewska i Rybakowski 2016; Kasprzak i Kiejna 2013; Kessing i wsp., 2004; Manniglio, 2013; Watson i wsp., 2013). Badanie przeprowadzone na grupie 206 pacjentów z ChAD i 94 osób z grupy kontrolnej pokazało, że pacjenci istotnie częściej doświadczali złożonych traum w okresie dzieciństwa (63%), niż osoby z grupy kontrolnej (33%) (Etain i wsp., 2010).

Wśród wydarzeń z okresu dzieciństwa mogących mieć wpływ na występowanie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego jest doświadczenie wczesnej utraty rodzica lub długotrwała rozłąka. Stwierdzono, że wydarzenie takie zwiększa niemal czterokrotnie ryzyko wystąpienia w przyszłości depresji, a 2,6 krotnie ryzyko rozwinięcia się zaburzenia dwubiegunowego. Powyższa zależność została zauważona w przypadku śmierci lub rozłąki z jednym z rodziców przed 17 rokiem życia badanych (Agid i wsp., 1999). Podobne badanie zostało przeprowadzone przez Paksarian i wsp. (2015). Rezultaty tego badania pokazują, że separacja z rodzicem ma związek zarówno z chorobą afektywną dwubiegunową jak i schizofrenią (Paksarian i wsp., 2015).

Przegląd badań wykonany przez Codt i wsp. (2016) podkreśla znaczenie traumatycznych wydarzeń w rozwoju i niekorzystnym przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Przegląd 53 artykułów wykazał, że pacjenci z ChAD częściej od osób zdrowych doświadczali w dzieciństwie traumatycznych przeżyć, a negatywne doświadczenia wiązały się z wcześniejszym wiekiem zachorowania, gorszym rokowaniem, występowaniem objawów psychiatrycznych i zaburzeń lękowych.

Badania pokazują również, że trauma w dzieciństwie ma związek z objawami prodromalnymi choroby afektywnej dwubiegunowej. Noto i wsp. (2015) wykazali, że negatywne doświadczenie w dzieciństwie, w szczególności doświadczenie przemocy i zaniedbania mają związek z występowaniem objawów prodromalnych ChAD.

### **3.2. Negatywne doświadczenie dziecięce a przebieg i obraz kliniczny ChAD**

Istnieją przesłanki wskazujące, że w chorobie afektywnej dwubiegunowej traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie są powiązane z różnorodnymi cechami klinicznymi tego zaburzenia. Potwierdzają to zarówno dotychczasowe eksperymentalne badania jak i metaanalizy. Do tych cech klinicznych należą: wcześniejszy początek wystąpienia choroby i szybka zmiana faz (ang. *rapid cycling*) (Aldinger i Schulze, 2017; Etain i wsp., 2013; Garo i wsp., 2005), znaczna liczba epizodów afektywnych w ciągu życia (Aldinger i Schulze, 2017; Brown i wsp., 2005), zachowania samobójcze (Aldinger i Schulze 2017; Etain i wsp., 2013; Garo i wsp., 2005; Brown i wsp., 2005; Leverich i wsp., 2003; McIntyre i wsp. 2008; Hoertel i wsp., 2015) i objawy psychiatryczne (Aldinger i Schulze 2017; Hammersley i wsp., 2003; Uptegrove i wsp., 2015). Systematyczny przegląd przeprowadzony przez Daryou-Filho i wsp. (2011) wykazał, iż nadużycia i zaniedbanie w dzieciństwie u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową są związane z wcześniejszym początkiem choroby, występowaniem zachowań samobójczych oraz nadużywaniem substancji psychoaktywnych. U pacjentów z ChAD, którzy w dzieciństwie doświadczali tego rodzaju negatywnych wydarzeń zauważyć można w przebiegu choroby większą liczbę epizodów afektywnych, objawy były u nich bardziej nasilone, większa była też liczba zaburzeń współwystępujących (Daruy-Filho i wsp., 2011). Badacze sugerują również, że osoby, które miały w dzieciństwie negatywne doświadczenia, częściej chorują również z powodu współwystępujących zaburzeń psychicznych (Cakir i wsp., 2016).

Wiele doniesień świadczy o powiązaniu negatywnych doświadczeń w dzieciństwie z występowaniem prób samobójczych. Jedno z badań przeprowadzonych przez Hoertel i wsp. (2015) wykazało, że wszystkie typy negatywnych doświadczeń w dzieciństwie (przemoc seksualna, przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna, zaniedbania) są powiązane z większym ryzykiem samobójstwa oraz z wczesnym wiekiem wystąpienia pierwszej próby samobójczej. W ich badaniu wykorzystywanie seksualne było najsilniej powiązane z ryzykiem samobójstwa.

Wiedza o tym jak specyficzne typy negatywnych doświadczeń w dzieciństwie są powiązane z obrazem klinicznym choroby jest nadal uboga i istnieje mało badań na temat roli określonych nadużyć emocjonalnych oraz zaniedbania emocjonalnego i fizycznego w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Niektórzy uważają, że nadużycia fizyczne i seksualne wydają się być najsilniejszymi predyktorami niekorzystnego obrazu klinicznego tej choroby (Daruy-Filho i wsp., 2011; Etain i wsp., 2013; Fisher i Hosang, 2010).

Doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie jest istotnie związane z niekorzystnym przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej skutkującym m.in. wcześniejszym początkiem choroby, opóźnieniem w postawieniu rozpoznania i rozpoczęciem leczenia oraz występowaniem ChAD z szybką zmianą faz (ang. *rapid-cycling*) (Daruy-Filho i wsp., 2011; Garno i wsp., 2005; Brown i wsp., 2005; Maguire i wsp., 2008; Leverich i wsp., 2002; Marchand i wsp., 2005). Zaobserwowano też związek pomiędzy przemocą fizyczną, a występowaniem objawów psychotycznych (Etain i wsp., 2013; Hammersley i wsp., 2003; Upthegrove i wsp., 2015) oraz prób samobójczych (Leverich i wsp., 2003; McIntyre i wsp., 2008; Hoertel i wsp., 2015; Leverich i wsp., 2002). Niektórzy badacze wskazują, że tego typu negatywne doświadczenia są powiązane z występowaniem bardziej nasilonych epizodów maniакаlnych i większą liczbą hospitalizacji (Leverich i wsp., 2002). Pacjenci doświadczający przemocy fizycznej częściej cierpieli również z powodu zespołu stresu pourazowego (post-traumatic stress disorder – PTSD) (Goldstein i wsp., 2008) i częściej nadużywali substancji psychoaktywnych (Garno i wsp., 2005; Brown i wsp., 2005; Goldstein i wsp., 2008).

Obok nadużyć fizycznych, nadużycia seksualne wydają się być również ważnym predyktorem niekorzystnego obrazu klinicznego choroby afektywnej dwubiegunowej. Wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie związane było z wczesnym początkiem choroby (Etain i wsp., 2013; Leverich i wsp., 2002) oraz występowaniem ChAD z szybką zmianą faz

(Etain i wsp., 2013; Garno i wsp., 2005; Leverich i wsp., 2002). Osoby, które doświadczały w dzieciństwie nadużyć seksualnych częściej zgłaszały występowanie prób samobójczych (Etain i wsp., 2013; Garno i wsp., 2005; Leverich i wsp., 2003; Mcintyre i wsp., 2008; Hoertel i wsp., 2015; Leverich i wsp., 2002), a epizody charakteryzowały się częstszym występowaniem objawów psychotycznych (Hammersley i wsp., 2003; Upthegrove i wsp., 2015; Maniglio, 2013) i większym nasileniem epizodów maniakalnych (Leverich i wsp., 2002). Podobnie jak przemoc fizyczna, nadużycia seksualne powiązane były z współwystępowaniem zespołu stresu pourazowego i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (Etain i wsp., 2013; Garno i wsp., 2005; Brown i wsp., 2005; Leverich i wsp., 2002; Goldstein i wsp., 2008; Goldberg i Garno, 2005).

W innym badaniu wykazano, że pacjenci, którzy doświadczyli stresujących wydarzeń w dzieciństwie w postaci przemocy seksualnej i fizycznej charakteryzowali się gorszym funkcjonowaniem przed wystąpieniem choroby (Conus i wsp., 2010). Również badanie Etain i wsp. (2013), przeprowadzone na grupie 587 pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową wykazało, że występowanie w dzieciństwie nadużyć seksualnych było związane z wcześniejszym wystąpieniem choroby, próbami samobójczymi, występowaniem ChAD z szybką zmianą faz oraz z nadużywaniem marihuany. Natomiast badanie wykonane na grupie 2019 pacjentów, przeprowadzone przez Upthegrove i wsp. (2015) ujawniło, że doświadczenia związane z występowaniem nadużycia seksualnego w dzieciństwie były powiązane z częstszym występowaniem objawów psychotycznych (zgodnych z nastrojem). Ostatnie badanie Begemann'a i wsp. (2015) również wykazało, że traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie są czynnikiem ryzyka wystąpienia psychozy. Ponadto badacze zwracają uwagę na to, że negatywne doświadczenia w dzieciństwie powodują zaburzenia w zakresie funkcjonowania poznawczego, które poprzedzają wystąpienie objawów psychotycznych. Z kolei badania przeprowadzone przez Van Dam'a i wsp. (2015) wykazały, że traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie, w szczególności zaniedbanie jest powiązane z wystąpieniem psychozy. Wyniki tego badania sugerują ponadto, że trauma wczesnodziecięca może być czynnikiem podatności zarówno w zakresie rozwoju objawów psychotycznych, jak i depresyjnych. Kolejne badanie miało na celu zbadanie zależności pomiędzy doświadczeniem przemocy fizycznej i seksualnej w dzieciństwie u dorosłych z psychozą i różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami. Wyniki tego badania podkreślają znaczenie potencjalnych korzyści wsparcia społecznego jako czynnika chroniącego przed rozwojem

psychozy, zwłaszcza u kobiet z historią nadużyć fizycznych i seksualnych w okresie dzieciństwa (Gayer-Anderson i wsp., 2015). Badanie wykonane przez Morgan i Gayer-Anderson (2016) sugeruje, że nadużycia w dzieciństwie, szczególnie związane z wrogością i zagrożeniem, przyczyniają się do rozwoju zaburzeń psychiatrycznych. Badacze ci podkreślają znaczenie traumatycznych wydarzeń i sugerują podejmowanie działań minimalizujących stres (Morgan i Gayer-Anderson, 2016).

Przegląd wykonany przez Daruy-Filho i wsp. (2011) oraz przez Aldinger i Schulze (2017) wskazują na badania, które poszukują związku pomiędzy przemocą emocjonalną oraz zaniedbaniem emocjonalnym i fizycznym a przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej. Etain i wsp. (2010) wykazali istotny związek pomiędzy doświadczeniem nadużyć emocjonalnych a chorobą afektywną dwubiegunową. Wynik tego badania sugeruje, iż tego typu doświadczenia, w szczególności nadużycia emocjonalne mogą stanowić czynnik ryzyka dla ChAD, mimo, że nie można jednoznacznie wykazać związku przyczynowego (Etain i wsp., 2010). Również wyniki badania na grupie 60 pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową oraz 55 osób zdrowych ujawniły, że pacjenci uzyskiwali wyższe wyniki na podskalach Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (CTQ), oprócz skali dotyczącej przemocy seksualnej (Watson i wsp., 2013). Ponadto opisane już wcześniej badanie wykazało, że występowanie w dzieciństwie nadużyć emocjonalnych było związane z wcześniejszym wystąpieniem choroby, próbami samobójczymi, występowaniem ChAD z szybką zmianą faz (ang. *rapid-cycling*), większą liczbą epizodów depresyjnych, większą liczbą epizodów maniакаlnych i hipomaniакаlnych oraz z nadużywaniem marihuany (Etain i wsp., 2013). Z kolei zaniedbywanie w dzieciństwie było związane z wczesnym początkiem choroby afektywnej dwubiegunowej (Dienes i wsp., 2006). Martins i wsp. (2014) po przebadaniu 81 dorosłych pacjentów wykazali, że nadużycia emocjonalne były najsilniej powiązane z zaburzeniami nastroju i ich nasileniem w zakresie przeżywanego lęku i występowaniem myśli samobójczych.

Przegląd osiemnastu badań wykonany przez Maniglio (2013) wskazuje, że pacjenci z ChAD częściej od osób zdrowych doświadczały w dzieciństwie wykorzystywania seksualnego i, że wykorzystywanie seksualne jest silnie powiązane z cięższym przebiegiem ChAD. Garino i wsp. (2005) zauważyli, że doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie związane było z nadużywaniem leków w wieku dorosłym i ChAD z szybką zmianą faz. Badania na grupie 100 pacjentów z ChAD wykazało ponadto, że 51% pacjentów



z ChAD zgłaszało występowanie nadużyć w dzieciństwie i zaniedbania, wśród nich 37% doświadczało nadużyć emocjonalnych, 24% nadużyć fizycznych, 24% zaniedbania emocjonalnego, 21% nadużyć seksualnych i 12% zaniedbania fizycznego. Ostatnie badanie, jakie wykonali Aas i wsp. (2016) pokazuje, że wszystkie elementy składowe traumy (przemoc fizyczna, seksualna, emocjonalna, zaniedbanie emocjonalne i fizyczne) wydają się być silnie powiązane z występowaniem choroby afektywnej dwubiegunowej, chociaż specyficzna rola każdego podtypu traumy wciąż pozostaje przedmiotem dyskusji.

Badania przeprowadzone przez Kessinga i wsp. (2004) na grupie 1565 osób, u których rozpoznano epizod maniackalny lub mieszany, wykazało, że samobójstwo matki (przynajmniej 20 lat przed pierwszą hospitalizacją) zwiększało ponad pięciokrotnie prawdopodobieństwo hospitalizacji z powodu epizodu maniackalnego lub mieszanego.

Wielu autorów wskazuje, że negatywne doświadczenia w dzieciństwie związane są z wczesnym początkiem choroby, większą ilością epizodów depresyjnych podczas życia i z większym nasileniem objawów maniackalnych, jak również depresyjnych (Garno i wsp., 2005). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie (doświadczenie zarówno nadużyć fizycznych i seksualnych) wiążą się również z większą częstością występowania współistniejących zaburzeń psychicznych, takich jak nadużywanie alkoholu, PTSD czy napady paniki (Brown i wsp., 2008). Doświadczenie przemocy fizycznej i seksualnej jest związane z większą ilością prób samobójczych (Mcintyre i wsp., 2008), gorszą reakcją na leczenie (Conus i wsp., 2010; Marchand i wsp., 2005) oraz występowaniem objawów psychotycznych (Hammersley i wsp., 2003). Badanie przeprowadzone przez Etain i wsp. (2013) ujawniło, że wcześniejszy początek choroby, próby samobójcze, *rapid-cycling* i większa ilość epizodów depresji w przebiegu choroby są związane z doświadczeniem przynajmniej jednego typu traumy (przemoc emocjonalna, przemoc seksualna, zaniedbanie emocjonalne). Przeprowadzona przez nich analiza wieloczynnikowa pokazała, że zarówno emocjonalne jak i seksualne nadużycia są predyktorami wcześniejszego wystąpienia choroby, prób samobójczych, nadużywania marihuany, podczas gdy nadużycia seksualne są najsilniejszym predyktorem *rapid-cycling*, natomiast nadużycia emocjonalne były związane z większą ilością epizodów depresyjnych, hipomaniackalnych i maniackalnych.

W chorobie afektywnej dwubiegunowej mogą współwystępować inne choroby somatyczne. Badanie przeprowadzone przez Jerrel i wsp. (2010) wykazało, że osoby z ChAD znacznie częściej chorowali również z powodu otyłości, cukrzycy, zaburzeń

endokrynologicznych, migrenowego bólu głowy, zaburzeń OUN, astmy. Post i wsp. (2013) badali wpływ negatywnych wydarzeń w dzieciństwie na rozwój współwystępujących chorób u pacjentów z ChAD. Wyniki badań pokazały, że historia przemocy i zaniedbania w dzieciństwie wiąże się ze znacznym wzrostem wystąpienia różnorodnych chorób somatycznych. Po przebadaniu 900 pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową okazało się, że negatywne doświadczenia w dzieciństwie, w szczególności przemoc fizyczna, emocjonalna, seksualna oraz obciążenia rodziców zaburzeniami nastroju, nadużywaniem substancji i skłonnościami samobójczymi mają związek z występowaniem chorób somatycznych. Pacjenci z historią nadużyć fizycznych częściej chorowali z powodu alergii, zespołu przewlekłego zmęczenia, nadciśnienia i niedociśnienia, częściej też doznawali urazów głowy. Wykorzystywanie seksualne było związane z występowaniem zespołu jelita drażliwego. Przemoc emocjonalna związana była z zapaleniem stawów i migrenowym bólem głowy. Wykazano również związek pomiędzy ogólnym wynikiem negatywnych doświadczeń z ogólną liczbą chorób somatycznych pacjenta, wśród nich były: alergia, zapalenie stawów, astma, zespół przewlekłego zmęczenia, zaburzenia cyklu miesięczkowego, fibromalgia, urazy głowy, nadciśnienie, niedociśnienie, migrenowe bóle głowy.

Badania pokazują, że negatywne doświadczenia dziecięce są również powiązane z występowaniem nadciśnienia tętniczego. Badanie przeprowadzone przez Parrish i wsp. (2013) wykazało, że doświadczenie przemocy w rodzinie zwiększa ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego w dorosłym życiu. Podobne wyniki uzyskał Stein i wsp. (2010), co może sugerować, że traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie mogą się wiązać z występowaniem nadciśnienia tętniczego. Natomiast ostatnie badanie przeprowadzone przez Iniguez i Stankowski (2016) wykazało odwrotną korelację pomiędzy traumatycznymi wydarzeniami a nadciśnieniem tętniczym.

Wychodząc z założenia o interakcji czynników genetycznych i środowiskowych Sun Kim i Lee (2016) wskazują, że trauma w dzieciństwie jest istotnym czynnikiem środowiskowym i odgrywa ważną rolę w przebiegu i w rokowaniu dotyczącym efektów leczenia chorób psychicznych. Autorzy podkreślają, że doświadczenie traumy w dzieciństwie determinuje wczesny początek choroby, bardziej nasilone objawy, gorszą jakość życia, większe ryzyko prób samobójczych oraz gorszą reakcję na leczenie u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową, ale również u chorych z zaburzeniami psychotycznymi, z depresją oraz zespołem stresu pourazowego (PTSD).

Zestawienie wpływu negatywnych doświadczeń dziecięcych na obraz kliniczny ChAD w świetle dotychczasowych badań przedstawiono w tabeli 1.

**Tabela 1.** Wpływ negatywnych doświadczeń dziecięcych na obraz kliniczny choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD).

Efekt kliniczny	Negatywne doświadczenia ogółem	Rozłąka z rodzicami	Przemoc fizyczna	Przemoc seksualna	Przemoc emocjonalna	Zaniedbanie emocjonalne
Ryzyko wystąpienia ChAD	[1,35,46,47]	[3,118]			[47]	
Wczesny początek ChAD	[4,37,45,55]		[35,89]	[45,89]	[45]	[39,45]
Opóźnienie rozpoznania i leczenia	[94,126]		[35,89,94,96,126]	[89,126]		
Większa liczba hospitalizacji	[19,94]		[89,96]			
Częste epizody choroby	[19,35,55]				[45]	
Ciężki przebieg choroby	[35]		[35,50]	[35,50]		
Większe nasilenie epizodów depresji	[35,45,55,94]			[45]	[45]	[45]
Większe nasilenie epizodów manii	[35,55]		[89]	[89]	[45]	[45]
Przebieg rapid cycling	[4,45,55]		[19,35,55,89]	[45,55,89]	[45,55]	[45]
Objawy psychotyczne	[4,9,37,65,155]		[45,56,65,155]	[56,65,95,155]		[160]
Zachowania samobójcze	[4,19,45,55,68,88,100]		[68,88,89,100]	[45,55,68,88,89,100]	[45,68]	[45,68]
Nadużywanie substancji psychoaktywnych	[45,55]		[19,55,60]	[19,45,55,59,60,89]	[45,55]	
Częstsze występowanie zespołu stresu pourazowego	[19,59]		[19,60]	[19,59]		
Częstsze występowanie chorób somatycznych	[126]		[126]	[126]	[126]	
Gorsza odpowiedź na leczenie	[31,35,96,151]		[35,96]	[35,96]		[96]

### 3.3. Negatywne doświadczenia dziecięce a terapia ChAD

Okres pomiędzy pierwszym epizodem ChAD, a podjęciem leczenia jest niezależnym czynnikiem wpływającym na niekorzystny obraz choroby. Stwierdzono, że czas pomiędzy pierwszym epizodem, a podjęciem leczenia był znacząco dłuższy u osób z historią fizycznych i seksualnych nadużyć w porównaniu z osobami bez takiej historii. U pacjentów z ChAD, którzy w dzieciństwie doświadczali tego rodzaju negatywnych wydarzeń zauważyć można gorszą reakcję na leczenie (Daruy-Filho i wsp., 2011). Badania wskazują, że wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie związane było z opóźnieniem leczenia (Leverich i wsp., 2002; Post i wsp., 2013). Wykazano, że pacjenci, którzy doświadczali stresujących wydarzeń w dzieciństwie w postaci przemocy seksualnej i fizycznej charakteryzowali się większym prawdopodobieństwem nie kontynuowania leczenia (Conus i wsp., 2010). Lepsze rozpoznanie problemów medycznych i psychiatrycznych w powiązaniu z niekorzystnymi wydarzeniami w dzieciństwie może, według tych badaczy, znacząco ułatwić wcześniejsze psychospołeczne i psychofarmakologiczne interwencje u dzieci i młodzieży zagrożonych wystąpieniem ChAD oraz innych schorzeń somatycznych. Podkreślają oni, że wsparcie społeczne, wczesna interwencja i inne zabiegi o charakterze profilaktycznym mogą być również pomocne dla osób najbardziej zagrożonych ryzykiem wystąpienia ChAD (Post i wsp., 2013).

Skuteczność psychoterapii uzależniona jest zarówno od czynników związanych z pacjentem, jak i samą chorobą. Ważnym elementem wpływającym na odpowiedź na leczenie jest przeszłość pacjenta. Wykazano, iż u chorych z depresją, którzy doświadczali traumy w wieku dziecięcym (wczesnej utraty rodziców, wykorzystywania fizycznego, seksualnego, zaniedbania), psychoterapia może być skuteczniejsza od leczenia farmakologicznego. U tych chorych łączne stosowanie farmakoterapii i psychoterapii jest tylko nieznacznie skuteczniejsze od psychoterapii. Badanie przeprowadzone przez Nemeroffa i wsp. (2003) w grupie 681 pacjentów z depresją wykazało, że skuteczne było zarówno leczenie farmakologiczne za pomocą leków przeciwdepresyjnych jak i oddziaływania psychoterapeutyczne. Badacze porównywali efekty leczenia w trzech grupach: w grupie pacjentów leczonych nefazodonem (SSRI), psychoterapią poznawczo-behawioralną oraz za pomocą leczenia skojarzonego. Wyniki tego badania sugerują, że u osób, u których w okresie dzieciństwa występowały negatywne wydarzenia, psychoterapia była skuteczniejszą formą

leczenia niż leczenie farmakologiczne. Wyniki tego badania sugerują, że psychoterapia może być istotną formą leczenia pacjentów chorujących z powodu depresji i mających negatywne doświadczenia dziecięce. Ustalenia te mają istotne implikacje dla badań dotyczących patogenezy i leczenia ciężkiej depresji.

Podkreśla się również, że trauma wczesnodziecięca może być czynnikiem prognostycznym utrudnionego leczenia choroby afektywnej dwubiegunowej (Cakir i wsp., 2016). Badania dotyczące związku pomiędzy występowaniem traumy w okresie dzieciństwa a efektami leczenia wskazują, że trauma wczesnodziecięca nie jest związana z reakcją na leczenie litem, natomiast wyniki na skali przemocy emocjonalnej były wyższe u osób, które gorzej reagowały na leczenie lekami przeciwdrgawkowymi.

W celu poprawy strategii terapeutycznych należy zrozumieć w jaki sposób interakcja pomiędzy czynnikami genetycznymi i traumą wczesnodziecięcą determinuje gorszą odpowiedź na leczenie.

## **4. Założenia pracy i cel pracy**

### **4.1. Cele pracy**

Przyjęto założenie, że traumatyczne doświadczenia na wczesnym etapie rozwoju mogą modulować funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, co w połączeniu z predyspozycją genetyczną może być odpowiedzialne za powstawanie i gorszy przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej.

Pierwszym celem niniejszego badania było porównanie częstości występowania negatywnych doświadczeń w dzieciństwie, takich jak m.in.: przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna, przemoc seksualna, zaniedbanie emocjonalne i fizyczne oraz długotrwała rozłąka z rodzicem, w dobranych pod względem płci i wieku grupach chorych z ChAD i osób zdrowych.

Drugim celem pracy była ocena zależności pomiędzy negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie a czynnikami klinicznymi związanymi z powstawaniem i przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej.

### **4.2. Hipotezy badawcze**

1. Pacjenci z ChAD częściej od osób zdrowych doświadczają negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa.
2. W grupie pacjentów z ChAD występują zależności pomiędzy negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie, a czynnikami klinicznymi związanymi z powstawaniem i przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej:
  - 1) wiek wystąpienia pierwszych objawów choroby,
  - 2) charakter i profil objawów pierwszego epizodu,
  - 3) wiek rozpoznania ChAD,
  - 4) objawy psychotyczne,
  - 5) próby samobójcze,
  - 6) opóźnienie w diagnozie,
  - 7) typ ChAD (I lub II),
  - 8) przebieg rapid-cycling,
  - 9) lekooporność,

- 10) współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych (uzależnienie od alkoholu, uzależnienie od tytoniu, zaburzenia lękowe),
- 11) współwystępowanie chorób somatycznych (nadciśnienie, otyłość, cukrzyca, choroby tarczycy).



## **5. Metodyka badań**

### **5.1 Opis badanych grup**

Do badania włączono 104 osoby pochodzące z populacji polskiej. Osoby badane utworzyły 2 grupy: eksperymentalną i kontrolną. W grupie eksperymentalnej znalazło się 52 pacjentów z ChAD (29 kobiet, 23 mężczyzn) hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Kościanie oraz na Oddziale Psychiatrycznym w Miliczu. Wszyscy pacjenci spełniali kryteria diagnostyczne ICD-10 i DSM-IV dla choroby afektywnej dwubiegunowej. Badani pacjenci byli w okresie poprawy klinicznej, gdy nasilenie objawów depresji w skali Hamiltona nie przekraczało 10 pkt., jak również nasilenie manii w skali Younga nie przekraczało 10 pkt. Oceny psychometrycznej badanych pacjentów dokonali współpracujący lekarze psychiatrii. Średni wiek osób z grupy eksperymentalnej wynosił 47 lat (SD=12, rozpiętość 19-69 lat).

Grupę kontrolną stanowiło 52 zdrowych osób (29 kobiet, 23 mężczyzn), dobranych do pacjentów pod względem płci i wieku. Średni wiek osób z grupy kontrolnej wynosił 47 lat (SD=12), rozpiętość 18-68).

Przy włączeniu do badania każda osoba badana była informowana o jego celu i przebiegu, uzyskiwała odpowiedź na ewentualne pytania oraz podpisywała zgodę. Zgoda na udział w badaniu została przygotowana oddzielnie dla pacjentów z ChAD oraz dla osób z grupy kontrolnej (odpowiednio: załącznik nr 12.7. i załącznik nr 12.8.).

Każdy badany wypełniał również kwestionariusz, który został przygotowany celem zebrania danych dotyczących przebiegu ChAD, stanu somatycznego pacjenta, przyjmowanych leków psychotropowych i innych dodatkowo stosowanych leków. Kwestionariusz został przygotowany oddzielnie dla grupy eksperymentalnej i kontrolnej (odpowiednio: załącznik nr 12.3. i załącznik nr 12.4.). Badanie zostało zatwierdzone przez Komisję Bioetyczną przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Uchwała nr 28/15, załącznik 12.9.).

## **5.2. Grupa eksperymentalna**

### **5.2.1. Charakterystyka demograficzna**

Badaniem objęto 52 pacjentów w wieku 19-69 lat ( $47 \pm 12$ ), w tym 29 kobiet w wieku 19-66 lat i 23 mężczyzn w wieku 29-69 lat. Wśród osób badanych, 5,8% miało wykształcenie podstawowe, 34,6% - zawodowe, 36,5% - średnie, 23,1% - wyższe. Największa część pacjentów - 40,4% pozostawała w związku małżeńskim, 28,8% nie była w formalnym związku, 23,1% zadeklarowała, że jest po rozwodzie, z kolei 7,7% przeżyła śmierć współmałżonka. Charakterystykę demograficzną pacjentów z grupy eksperymentalnej przedstawiono w Tabeli 2.

### **5.2.2. Ocena diagnostyczna**

Rozpoznanie zaburzeń afektywnych postawiono zgodnie z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji ICD-10 oraz DSM-IV. Pacjent z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej doświadczył w przeszłości przynajmniej jednego epizodu depresji, trwającego minimum 2 tygodnie oraz manii lub hipomanii, trwającego odpowiednio minimum 7 i 4 dni.

### **5.2.3. Ocena psychometryczna**

Badani pacjenci byli w okresie poprawy klinicznej, gdy nasilenie objawów depresji w skali Hamiltona nie przekraczało 10 pkt., jak również nasilenie manii w skali Younga nie przekraczało 10 pkt. Oceny diagnostycznej oraz psychometrycznej badanych pacjentów dokonali współpracujący lekarze psychiatrii.

#### **5.2.3.1. Skala depresji według Hamiltona (HAM-D)**

Skala depresji według Hamiltona (ang. *Hamilton Depression Rating Scale* - HAM-D) uznawana była za złoty standard diagnostyki depresji (Hamilton, 1960). Ocena dotyczy aktualnego stanu psychicznego. Kwestionariusz składa się z 17 pozycji, z których część oceniana jest za pomocą skal trzyprzedziałowych (0-2), a część za pomocą skal pięciopredziałowych (0-4). Wynik poniżej 8 punktów świadczy o braku zaburzeń depresyjnych lub remisji, wynik 8-13 punktów wskazuje na łagodny epizod depresji, wynik

14-18 punktów na umiarkowany epizod depresji, a wynik powyżej 18 punktów na epizod depresji ciężki. Skala depresji Hamiltona została zamieszczona w załączniku nr 12.1.

#### **5.2.3.2. Skala manii według Younga (YMRS)**

Skala manii według Younga (ang. *Young Mania Rating Scale* - YMRS) - najbardziej popularna skala do oceny klinicznej nasilenia objawów stanu maniakalnego w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (Young i wsp. 1978). Skala jest również przydatna do oceny manii pojawiającej się w przebiegu innych chorób. Ocena obejmuje pięć przedziałów (0-4), jednak z wyjątkiem kilku pozycji, które ocenia się w skali od 0 do 8 punktów. Uzyskany wynik jest odzwierciedleniem nasilenia nieprawidłowości w zachowaniu pacjenta. Skala manii Younga została zamieszczona w załączniku nr 12.2.

#### **5.2.4. Kwestionariusz obciążenia rodzinnego i przebiegu ChAD**

Ankieta powstawania i przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej została opracowana na potrzeby tego badania. Zawiera pytania dotyczące czynników demograficznych, klinicznych związanych z przebiegiem choroby oraz obciążenia rodzinnego chorobami psychicznymi i somatycznymi (załącznik nr 12.3.).

#### **5.2.5. Charakterystyka kliniczna badanych pacjentów**

Badaniem objęto 52 pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD). Warunkiem włączenia do grupy był stan poprawy klinicznej, gdy nasilenie objawów depresji w skali Hamiltona nie przekraczało 10 pkt., jak również nasilenie manii w skali Younga nie przekraczało 10 pkt. Znalazło się w niej 52 pacjentów w wieku 19-69 lat ( $47 \pm 12$ ), w tym 29 kobiet w wieku 19-66 lat i 23 mężczyzn w wieku 29-69 lat. Długość trwania choroby afektywnej dwubiegunowej wyniosła w tej grupie wyniosła 1-42 lat ( $17 \pm 11$ ). Wszyscy pacjenci wypełniali kwestionariusz (załącznik nr 12.3.), który zawierał pytania dotyczące współistniejących chorób somatycznych i przyjmowanych leków. Charakterystykę demograficzną i kliniczną pacjentów z grupy eksperymentalnej przedstawiono w Tabeli 2.

Około 1/3 pacjentów miała wykształcenie średnie, podobny odsetek miał wykształcenie zawodowe. 40% pacjentów pozostawało w związku małżeńskim. Średni wiek pierwszych objawów choroby wynosił 30 lat. Przebieg *rapid-cycling* dotyczył niemal 30% pacjentów, a objawy psychotyczne występowały u 2/3 z nich. U 6 pacjentów (11,5%) wykazujących ciężki przebieg choroby nie udawało się uzyskać istotnej dłuższej trwającej poprawy objawowej mimo częstej zmiany leków i ich kombinacji. Pacjentów tych uznano jako lekoopornych. U 34 pacjentów (65,4%) rozpoznano współwystępujące choroby somatyczne. Najczęściej wykazano nadciśnienie tętnicze, występujące u 17 pacjentów (32,7%) oraz otyłość, również występująca u 17 pacjentów (32,7%). Współwystępujące zaburzenia psychiczne wykazano u 38 pacjentów (73,1%). Najczęściej wykazano uzależnienie od wyrobów tytoniowych (występowało u 32 pacjentów - 61,5%), zaburzenia lękowe, które rozpoznano u 22 pacjentów (42,3%) oraz uzależnienie od alkoholu, które występowało u 9 pacjentów (17,3%). W grupie eksperymentalnej znalazło się 25 pacjentów przyjmujących lit w przebiegu choroby (48,1%), 20 pacjentów aktualnie przyjmowało lit (38,5%). Wśród aktualnie przyjmowanych leków - 90,4% pacjentów przyjmowało leki neuroleptyczne; 88,5% - leki normotymiczne; 36,5% - leki antydepresyjne (SSRI); 40,4% - pozostałe leki antydepresyjne; 40,4% - benzodiazepiny; 15,4% - pozostałe leki o działaniu przeciwlękowym; 13,5% - leki o działaniu nasennym. Badani pacjenci przyjmowali również inne leki, między innymi: kwas walproinowy (25%); lamotrygina (12,5%); karbamazepina (5,8%); olanzapina (18,3%); kwetiapina (27,9%) risperidon (3,8%); aripiprazol (2,9%); klozapina (4,8%). Wśród osób badanych, 7,7% było leczonych za pomocą elektrowstrząsów.

**Tabela 2.** Charakterystyka demograficzna i kliniczna grupy eksperymentalnej (osoby z chorobą afektywną dwubiegunową, N=52).

Badane parametry	Wartości			
Wiek (śr. $\pm$ SD)	47+12			
Płeć (n) K/M	29/23			
Wykształcenie n (%)	Podstawowe 3 (5,8%)	Zawodowe 18 (34,6%)	Średnie 19 (36,5%)	Wyższe 12 (23,1%)
Stan cywilny n (%)	Panna/kawaler 15 (28,8%)	Mężatka/żonaty 21 (40,4%)	Rozwiedziona (y) 12 (23,1%)	Wdowa/wdowiec 4 (7,7%)
Podtyp CHAD	CHAD I 41 (78,8%)	CHAD II 11 (21,2%)		
Długość choroby (lata)	Od pierwszych objawów (śr. $\pm$ SD) 17 $\pm$ 11	Od rozpoznania ChAD (śr. $\pm$ SD) 8,5 $\pm$ 8,2	Opóź. w diagnozie (śr. $\pm$ SD) 8,73 $\pm$ 9,01	
Początek choroby (lata)	Wiek pierwszych objawów (śr. $\pm$ SD) 30 $\pm$ 11	Wiek rozpoznania ChAD (śr. $\pm$ SD) 39 $\pm$ 11	Wiek rozpoczęcia leczenia (śr. $\pm$ SD) 38 $\pm$ 11	
	Pierwszy epizod manii (śr. $\pm$ SD) 36 $\pm$ 11	Pierwszy epizod depresji (śr. $\pm$ SD) 31 $\pm$ 11	Pierwszy epizod hipomanii (śr. $\pm$ SD) 37 $\pm$ 15	
	Objawy początk. mania n (%) 6 (11,5%)	Objawy początk. depresja n (%) 43 (82,7%)	Objawy początk. Hipomania n (%) 3 (5,8%)	
Przebieg choroby	Ilość epizodów manii (śr. $\pm$ SD) 4,1 $\pm$ 5,7	Ilość epizodów depresji (śr. $\pm$ SD) 9,6 $\pm$ 8,1	Ilość epizodów hipomanii (śr. $\pm$ SD) 2,7 $\pm$ 4,6	Ilość epizodów mieszanych (śr. $\pm$ SD) 1,6 $\pm$ 3,4
Rapid cycling	15 (28,8%)			
Obj.psychotyczne	35 (67,3%)			
Zachowania samobójcze i autoagresywne	Próby samobójcze n (%) 29 (55,8%)	Ilość prób samobójczych (śr. $\pm$ SD) 1,6 $\pm$ 3,4	Myśli samobójcze n (%) 42 (80,8%)	Samouszkodzenia n (%) 9 (17,3%)
Leczenie	Długość leczenia w latach (śr. +SD) 10,5 $\pm$ 8,7	Liczba hospitalizacji (śr. $\pm$ SD) 9,4 $\pm$ 9,9	Lekooporność n (%) 6 (11,5%)	
Obciążenie rodzinne	Depresja n (%) 17 (32,6%)	ChAD n (%) 6 (11,5%)	Schizofrenia n (%) 5 (9,5%)	Samobójstwa n (%) 12 (23%)
	Uzależnienia n(%) 30 (57,7%)	Zab. Osobowości n (%) 1 (1,9%)	Inne n (%) 3 (5,8%)	
Zaburzenia psychiczne współistniejące	Zab. lękowe n (%) 22 (42,3%)	Stres pourazowy n (%) 1 (1,9%)	Uzal. od alkoholu n (%) 9 (17,3)	Subst. psychoakt. n (%) 5 (9,6%)
	Nikotynizm n (%) 32 (61,%)	Zab. osobowości n (%) 6 (11,5%)	Zab. odżywiania n (%) 2 (3,8%)	Zespół natręctw n (%) 2 (3,8%)
Choroby somatyczne	Nadciśnienie n (%) 17 (32,7%)	Otyłość n (%) 17 (32,7%)	Cukrzyca n (%) 7 (13,5%)	Choroby tarczycy n (%) 6 (11,5%)
	Chor. naczyniowe mózgu n (%) 1 (1,9%)	Inne n (%) 15 (28,8%)		

### 5.3. Grupa kontrolna

#### 5.3.1. Charakterystyka demograficzna

Grupę kontrolną stanowiło 52 zdrowych osób (29 kobiet, 23 mężczyzn), dobranych do pacjentów pod względem płci i wieku. Grupę zdrowych ochotników rekrutowano wśród osób znanych (m.in. pracowników służby zdrowia, pomocy społecznej, itp.), u których nie występowały w przeszłości jak i w momencie badania jakiegokolwiek zaburzenia psychiczne. Średni wiek osób z grupy kontrolnej wynosił 47 lat (SD=12, rozpiętość 18-68). Osoby badane najczęściej miały wykształcenie wyższe (51,9%); wykształcenie średnie miało 32,7% osób; zawodowe - 7,7% oraz podstawowe również 7,7%. Największa część osób badanych - 78,8% pozostawała w związku małżeńskim, 9,6% nie była w formalnym związku, 1,9% zadeklarowała, że jest po rozwodzie, z kolei 9,6% przeżyła śmierć współmałżonka. Charakterystykę demograficzną grupy kontrolnej przedstawiono w Tabeli 3.

**Tabela 3.** Charakterystyka demograficzna grupy kontrolnej (N=52).

Badane parametry	Wartość
Wiek (średnia, SD)	47±12
Płeć (n, kobiety/mężczyźni)	29/23
<u>Wykształcenie</u> n, (%)	
Podstawowe n, (%)	4 (7,7%)
Zawodowe n, (%)	4 (7,7%)
Średnie n, (%)	17 (32,7%)
Wyższe n, (%)	27 (51,9%)
<u>Stan cywilny</u> n, (%)	
Panna/kawaler n, (%)	5 (9,6%)
Mężatka/zonaty n, (%)	41 (78,8%)
Rozwódka/rozwodnik n, (%)	1 (1,9%)
Wdowa/wdowiec n, (%)	5 (9,6%)
<u>Obciążenie rodzinne chorobami psychicznymi</u> n, (%)	13 (25%)
Depresja w rodzinie n, (%)	3 (5,7%)
Uzależnienia w rodzinie n, (%)	10 (19,2%)
<u>Choroby somatyczne</u> n, (%)	18 (34,6%)
Nadciśnienie n, (%)	6 (11,5%)
Otyłość n, (%)	2 (3,8%)
Choroby tarczycy n, (%)	8 (15,4%)
Inne choroby somatyczne n, (%)	1 (1,9%)

### **5.3.2. Kwestionariusz dla osób bez zaburzeń psychicznych**

Kwestionariusz dla osób bez zaburzeń psychicznych został opracowany na potrzeby tego badania. Zawiera pytania dotyczące czynników demograficznych oraz obciążenia rodzinnego chorobami psychicznymi oraz somatycznymi (załącznik nr 12.4.).

## **5.4. Metody oceny negatywnych wydarzeń dziecięcych**

### **5.4.1. Kwestionariusz Traumatyzacji Wczesnodziecięcej**

Kwestionariusz Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (ang. CTQ - Childhood Trauma Questionnaire) został opracowany przez badaczy amerykańskich (Bernstein i wsp., 1994; Bernstein i Fink, 1998). Kwestionariusz służy do oceny urazów wczesnodziecięcych, związanych z doświadczeniem nadużycia emocjonalnego, cielesnego, seksualnego, zaniedbania emocjonalnego i fizycznego. Nasilenie traumy kształtuje punktowy wynik w każdej skali (od 5 do 25 punktów). Wskaźnik całkowitego nasilenia traumy jest sumą punktów ze wszystkich skal.

W niniejszym badaniu zastosowano tłumaczenie polskie Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej opracowane w Katedrze Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie pod kierunkiem prof. Jacka Bomby. Wersja ta została użyta w pracy doktorskiej Agnieszki Murzyn (2012) (załącznik nr 12.5.).

### **5.4.2. Autorski Kwestionariusz Negatywnych Doświadczeń w Dzieciństwie**

Autorski kwestionariusz negatywnych doświadczeń w dzieciństwie został opracowany na potrzeby tego badania. Kwestionariusz składa się z 13 twierdzeń, możliwe warianty odpowiedzi to: tak, nie. Twierdzenia zawarte w kwestionariuszu dotyczą obecności negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa i dorastania, obejmują: problem alkoholowy w rodzinie, leczenie psychiatryczne w rodzinie, próby samobójcze w rodzinie, samobójstwa w rodzinie, poważne choroby w rodzinie, pobyt w więzieniu przez członka rodziny, opuszczenie przez rodzica (-ów), długotrwałą rozłąkę z rodzicem bądź rodzicami, separację rodziców, rozwód rodziców, śmierć rodzica (-ów) (załącznik nr 12.6.).

## 5.5. Metodyka obliczeń statystycznych

Analizowane dane pochodziły ze wszystkich trzech skal pomiarowych, tj. skali interwałowej, porządkowej i nominalnej. Dane ze skali interwałowej nie były zgodne z rozkładem normalnym (test Shapiro-Wilka), dlatego porównania cech ze skali interwałowej dokonano przy pomocy testu nieparametrycznego Manna-Whitneya. W celu wyznaczenia wpływu poszczególnych czynników na zmienne określające przebieg kliniczny chorego zastosowano model regresji logistycznej. Ryzyko wystąpienia powikłań (czynników ryzyka) przedstawiono jako iloraz szans wraz z 95% przedziałem ufności. Analiza zmiennych nominalnych została wykonana przy pomocy testu niezależności chi-kwadrat. Badanie zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi wyrażonymi na skali interwałowej i porządkowej dokonano przy pomocy współczynnika korelacji rangowej Spearmana (a jego istotność sprawdzano przy pomocy testu t studenta). Wszystkie testy były analizowane na poziomie istotności  $\alpha=0,05$ . Obliczenia statystyczne zostały wykonane przez doktorantkę przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA (StatSoft) for Windows, wersja 10.0.pl oraz programu STATA 14.1 (StataCorp LP).



## 6. Wyniki

### 6.1. Częstość występowania negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w grupie eksperymentalnej i kontrolnej

Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (CTQ) w grupie eksperymentalnej i kontrolnej przedstawiono w Tabeli 4.

Stwierdzono istotną różnicę między osobami z ChAD a osobami zdrowymi pod względem częstości występowania traumatycznych wydarzeń mierzonych Kwestionariuszem Traumatyzacji Wczesnodziecięcej. W porównaniu z osobami z grupy kontrolnej, pacjenci z ChAD uzyskali wyższy wynik ogólny ( $p < 0,001$ ), jak również wyższe wyniki we wszystkich podskalach Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (CTQ) takich jak przemoc emocjonalna ( $p < 0,001$ ), przemoc fizyczna ( $p < 0,001$ ), przemoc seksualna ( $p < 0,01$ ), emocjonalne zaniedbanie ( $p < 0,001$ ), fizyczne zaniedbanie ( $p < 0,001$ ), za wyjątkiem podskali idealizowanie wychowania, gdzie różnica ta nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej.

**Tabela 4.** Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej w grupie eksperymentalnej (choroba afektywna dwubiegunowa – ChAD) i grupie kontrolnej (GK). W tabeli podano średnie, odchylenie standardowe, wartość U dla testu Manna-Whineya oraz istotność różnicy).

Czynnik	GK	ChAD	Mediana (GK/ChAD)	U	Istotność
CTQ Wynik ogólny	27,8±1,5	44,6±14,2	28/43	221	$p < 0,001$
CTQ Przemoc emocjonalna	5,5±0,8	10,4±4,9	5/9	492	$p < 0,001$
CTQ Przemoc fizyczna	5,3±0,6	7,5±4,4	5/6	838	$p < 0,001$
CTQ Przemoc seksualna	5,0±0,00	5,7±2,2	5/5	1170	$p = 0,006$
CTQ Zaniedbanie emocjonalne	5,8±0,9	12,4±5,2	5,5/13,5	336	$p < 0,001$
CTQ Zaniedbanie fizyczne	5,2±0,5	8,1±3,5	5/7	515,5	$p < 0,001$
CTQ Idealizowanie wychowania	1,03±0,94	0,71±0,89	1/0	1085	$p = 0,064$

Częstość negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w grupie eksperymentalnej i kontrolnej przedstawiono w tabeli 5.

Wykazano, że pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową istotnie częściej od osób zdrowych doświadczali negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa. Alkoholizm w rodzinie występował ponad dwukrotnie częściej u pacjentów z ChAD, w porównaniu z osobami zdrowymi ( $p < 0,01$ ), przy czym w 17 na 20 przypadkach dotyczyło to alkoholizmu u ojca. Leczenie psychiatryczne w rodzinie występowało u 13 pacjentów z ChAD (w 10 przypadkach dotyczyło matki), a tylko u 1 osoby z grupy kontrolnej ( $p < 0,001$ ). Zarówno próby samobójcze, jak i samobójstwa dokonane występowały tylko w rodzinie pochodzenia osób z ChAD, natomiast nie stwierdzono ich w grupie kontrolnej ( $p < 0,05$ ). Istotnie statystyczna różnica dotyczyła poważnej choroby w rodzinie ( $p < 0,05$ ), natomiast różnice dotyczące pobytu członka rodziny w więzieniu były na granicy istotności statystycznej ( $p = 0,057$ ). Wykazano również istotne różnice dotyczące częstości wydarzeń związanych z opuszczeniem w dzieciństwie przez rodziców i rozłąką z nimi. Opuszczenie przez rodzica w dzieciństwie było istotnie częstsze w grupie osób z ChAD ( $p < 0,01$ ), zarówno przez matkę ( $p = 0,057$ ), jak i przez ojca ( $p < 0,05$ ). Istotne różnice stwierdzono w zakresie rozwodu rodziców ( $p < 0,05$ ), natomiast nie w przypadku ich separacji. Śmierć rodzica miała miejsce u 8 pacjentów z ChAD (w 7 przypadkach była to śmierć ojca), a długotrwała rozłąka z rodzicem u 18 pacjentów z ChAD, natomiast nie stwierdzono tego w grupie kontrolnej (odpowiednio  $p < 0,01$  i  $p < 0,001$ ). Różnice w zakresie długotrwałej rozłąki z rodzicem dotyczyły zarówno matki ( $p = 0,001$ ), jak i ojca ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 5.** Częstość negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w grupie eksperymentalnej (choroba afektywna dwubiegunowa – ChAD) i grupie kontrolnej (GK). W tabeli podano liczebności, procenty, wartość dla testu Chi-kwadrat oraz istotność różnicy.

Czynnik	GK (n, %)	ChAD (n, %)	$\chi^2$	Istotność
Alkoholizm w rodzinie	8 (15,4%)	20 (38,5%)	7,04	p=0,008
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	1 (1,9%)	13 (25,0%)	11,89	p= 0,001
Próba samobójcza w rodzinie	0 (0%)	6 (11,5%)	6,37	p= 0,027
Samobójstwo dokonane w rodzinie	0 (0%)	6 (11,5%)	6,37	p= 0,027
Poważna choroba w rodzinie	6 (11,5%)	16 (30,8%)	5,77	p= 0,016
Pobyt w więzieniu członka rodziny	0 (0%)	5 (9,6%)	5,25	p= 0,057
Opuszczenie przez jednego lub obu rodziców	0 (0%)	9 (17,3%)	9,85	p= 0,003
Opuszczenie przez matkę	0 (0%)	5 (9,6%)	5,25	p= 0,057
Opuszczenie przez ojca	0 (0%)	6 (11,5%)	6,37	p= 0,027
Separacja rodziców	2 (3,9%)	5 (9,6%)	1,38	p= 0,437
Rozwód rodziców	0 (0%)	6 (11,5%)	6,37	p= 0,027
Śmierć jednego z rodziców	0 (0%)	8 (15,4%)	8,67	p= 0,003
Długotrwała rozłąka z jednym lub obojgiem rodziców	0 (0%)	18 (34,6%)	21,77	p<0,001
Długotrwała rozłąka z matką	0 (0%)	10 (19,2%)	11,06	p= 0,001
Długotrwała rozłąka z ojcem	0 (0%)	15 (28,9%)	17,53	p<0,001

Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (CTQ) w grupie eksperymentalnej i kontrolnej kobiet przedstawiono w Tabeli 6.

Analiza w zależności od płci wykazała różnice między kobietami z ChAD a kobietami zdrowymi pod względem częstości występowania traumatycznych wydarzeń mierzonych Kwestionariuszem Traumatyzacji Wczesnodziecięcej. W porównaniu z kobietami z grupy kontrolnej, kobiety z ChAD uzyskały wyższy wynik ogólny ( $p < 0,001$ ), jak również wyższe wyniki we wszystkich podskalach Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (CTQ) takich jak przemoc emocjonalna ( $p < 0,001$ ), przemoc fizyczna ( $p < 0,01$ ), przemoc seksualna ( $p < 0,01$ ), emocjonalne zaniedbanie ( $p < 0,001$ ), fizyczne zaniedbanie ( $p < 0,001$ ), za wyjątkiem podskali idealizowanie wychowania, gdzie różnica ta nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej.

**Tabela 6.** Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej w grupie eksperymentalnej (choroba afektywna dwubiegunowa – ChAD) i kontrolnej w podziale na płeć. W tabeli podano średnie, odchylenie standardowe, wartość U dla testu Manna-Whineya oraz istotność różnicy).

Czynnik	Grupa ChAD	Grupa kontrolna	U	Istotność
	Kobiety	Kobiety		
CTQ Wynik ogólny	47,45±13,48	28,20±1,59	32,00	p=0,000
CTQ Przemoc emocjonalna	11,03±5,09	5,75±0,95	167,50	p=0,000
CTQ Przemoc fizyczna	7,75±4,94	5,34±0,67	274,50	p=0,009
CTQ Przemoc seksualna	6,20±2,89	5,00±0,00	333,50	p=0,010
CTQ Zaniedbanie emocjonalne	13,79±4,47	5,83±0,97	33,50	p=0,000
CTQ Zaniedbanie fizyczne	8,34±3,46	5,17±0,38	107,00	p=0,000
CTQ Idealizowanie wychowania	0,72±0,88	1,07±0,99	339,00	p=0,179 ns

Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (CTQ) w grupie eksperymentalnej i kontrolnej mężczyzn przedstawiono w Tabeli 7.

Wykazano różnice między mężczyznami z ChAD a mężczyznami zdrowymi pod względem częstości występowania traumatycznych wydarzeń mierzonych Kwestionariuszem Traumatyzacji Wczesnodziecięcej. W porównaniu z mężczyznami z grupy kontrolnej, mężczyźni z ChAD uzyskali wyższy wynik ogólny ( $p < 0,001$ ), jak również wyższe wyniki w podskalach Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (CTQ), takich jak przemoc emocjonalna ( $p < 0,001$ ), przemoc fizyczna ( $p < 0,01$ ), emocjonalne zaniedbanie ( $p < 0,001$ ), fizyczne zaniedbanie ( $p < 0,001$ ), za wyjątkiem podskal przemoc seksualna oraz idealizowanie wychowania, gdzie różnica ta nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej.

**Tabela 7.** Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej w grupie eksperymentalnej (choroba afektywna dwubiegunowa – ChAD) i kontrolnej w podziale na płeć. W tabeli podano średnie, odchylenie standardowe, wartość U dla testu Manna-Whineya oraz istotność różnicy).

Czynnik	Grupa ChAD	Grupa kontrolna	U	Istotność
	Mężczyźni	Mężczyźni		
CTQ Wynik ogólny	41,00±14,50	27,39±1,27	64,50	p=0,000
CTQ Przemoc emocjonalna	9,48±4,67	5,17±0,49	82,00	p=0,000
CTQ Przemoc fizyczna	7,26±3,79	5,17±0,49	152,00	p=0,003
CTQ Przemoc seksualna	5,04±0,20	5,00±0,00	253,00	p=0,338 ns
CTQ Zaniedbanie emocjonalne	10,70±5,59	5,78±0,90	123,00	p=0,001
CTQ Zaniedbanie fizyczne	7,83±3,57	5,26±0,62	141,00	p=0,001
CTQ Idealizowanie wychowania	0,69±0,93	1,00±0,90	210,50	p=0,208 ns

Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (CTQ) w grupie eksperymentalnej kobiet i mężczyzn przedstawiono w Tabeli 8.

Analiza wykazała nieznaczne różnice między kobietami a mężczyznami z ChAD pod względem częstości występowania traumatycznych wydarzeń mierzonych Kwestionariuszem Traumatyzacji Wczesnodziecięcej. W porównaniu z mężczyznami, kobiety uzyskały wyższy wynik ogólny ( $p < 0,05$ ) oraz wyższy wynik na podskali emocjonalne zaniedbanie ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 8.** Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej w grupie eksperymentalnej (choroba afektywna dwubiegunowa – ChAD) w podziale na płeć. W tabeli podano średnie, odchylenie standardowe, wartość U dla testu Manna-Whineya oraz istotność różnicy).

Czynnik	Pacjenci ChAD	Pacjenci ChAD	U	Istotność
	Kobiety	Mężczyźni		
CTQ Wynik ogólny	47,45±13,48	41,00±14,50	221	p=0,03
CTQ Przemoc emocjonalna	11,03±5,09	9,48±4,67	270	p=0,239 ns
CTQ Przemoc fizyczna	7,75±4,94	7,26±3,79	327	p=0,906 ns
CTQ Przemoc seksualna	6,20±2,89	5,04±0,20	276	p=0,076 ns
CTQ Zaniedbanie emocjonalne	13,79±4,47	10,70±5,59	208,50	p=0,02
CTQ Zaniedbanie fizyczne	8,34±3,46	7,83±3,57	282,50	p=0,342 ns
CTQ Idealizowanie wychowania	0,72±0,88	0,69±0,93	323	p=0,839 ns

Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (CTQ) w grupie kontrolnej kobiet i mężczyzn przedstawiono w Tabeli 9.

Badanie wykazało nieznaczne różnice między kobietami a mężczyznami z grupy kontrolnej pod względem częstości występowania traumatycznych wydarzeń mierzonych Kwestionariuszem Traumatyzacji Wczesnodziecięcej. Różnica była widoczna tylko w wyniku podskali przemoc emocjonalna, na której kobiety uzyskały wyższe wyniki od mężczyzn z grupy kontrolnej ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 9.** Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej w grupie kontrolnej w podziale na płeć. W tabeli podano średnie, odchylenie standardowe, wartość U dla testu Manna-Whineya oraz istotność różnicy).

Czynnik	Grupa kontrolna	Grupa kontrolna	U	Istotność
	Kobiety	Mężczyźni		
CTQ Wynik ogólny	28,20±1,59	27,39±1,27	243	p=0,08 ns
CTQ Przemoc emocjonalna	5,75±0,95	5,17±0,49	221,50	p=0,01
CTQ Przemoc fizyczna	5,34±0,67	5,17±0,49	295,50	p=0,314 ns
CTQ Przemoc seksualna	5,00±0,00	5,00±0,00	333,50	p=0,992 ns
CTQ Zaniedbanie emocjonalne	5,83±0,97	5,78±0,90	329,50	p=0,944 ns
CTQ Zaniedbanie fizyczne	5,17±0,38	5,26±0,62	328	p=0,888 ns
CTQ Idealizowanie wychowania	1,07±0,99	1,00±0,90	323	p=0,846 ns

Częstość negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w grupie eksperymentalnej i kontrolnej kobiet przedstawiono w tabeli 10.

Wykazano, że kobiety z chorobą afektywną dwubiegunową istotnie częściej od kobiet zdrowych doświadczały negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa. Alkoholizm w rodzinie występował ponad dwukrotnie częściej u kobiet z ChAD, w porównaniu z kobietami zdrowymi ( $p < 0,01$ ). Leczenie psychiatryczne w rodzinie występowało u 8 kobiet z ChAD i u żadnej osoby z grupy kontrolnej ( $p < 0,001$ ). Próby samobójcze występowały tylko w rodzinie pochodzenia kobiet z ChAD, natomiast nie stwierdzono ich w grupie kontrolnej ( $p < 0,05$ ). Wykazano również istotne różnice dotyczące częstości wydarzeń związanych z opuszczeniem w dzieciństwie przez rodziców i rozłąką z nimi. Opuszczenie przez rodzica w dzieciństwie było istotnie częstsze w grupie kobiet z ChAD ( $p < 0,01$ ) i częściej dotyczyło opuszczenia przez ojca ( $p < 0,05$ ). Istotne różnice stwierdzono w zakresie rozwodu rodziców ( $p < 0,05$ ), natomiast nie w przypadku ich separacji. Śmierć rodzica miała miejsce u 4 kobiet z ChAD, a długotrwała rozłąka z rodzicem u 10 kobiet z ChAD, natomiast nie stwierdzono tego w grupie kontrolnej (odpowiednio  $p < 0,05$  i  $p < 0,001$ ). Różnice w zakresie długotrwałej rozłąki z rodzicem dotyczyły zarówno matki ( $p = 0,01$ ), jak i ojca ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 10.** Częstość negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w grupie eksperymentalnej kobiet (choroba afektywna dwubiegunowa – ChAD) i grupie kontrolnej kobiet. W tabeli podano liczebności, procenty, wartość dla testu Chi-kwadrat oraz istotność różnicy.

Czynnik	Grupa ChAD Kobiety (n, %)	Grupa kontrolna Kobiety (n, %)	$\chi^2$	Istotność
Alkoholizm w rodzinie	13 (44,83%)	5 (17,24%)	5,15	p=0,023
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	8 (27,59%)	0 (0%)	9,28	p=0,002
Próba samobójcza w rodzinie	3 (10,34%)	0 (0%)	3,16	p=0,075 ns
Samobójstwo dokonane w rodzinie	2 (6,9%)	0 (0%)	2,07	p=0,150 ns
Poważna choroba w rodzinie	10 (34,48%)	4 (13,79%)	3,38	p=0,065 ns
Pobyty w więzieniu członka rodziny	2 (6,90%)	0 (0%)	2,07	p=0,150 ns
Opuszczenie przez jednego lub obu rodziców	6 (20,69%)	0 (0%)	6,69	p=0,009
Opuszczenie przez matkę	2 (6,90%)	0 (0%)	2,07	p=0,150 ns
Opuszczenie przez ojca	6 (20,69%)	0 (0%)	6,69	p=0,009
Separacja rodziców	2 (6,90%)	0 (0%)	2,07	p=0,150 ns
Rozwód rodziców	4 (13,79%)	0 (0%)	4,29	p=0,038
Śmierć jednego z rodziców	4 (13,79%)	0 (0%)	4,29	p=0,038
Długotrwała rozłąka z jednym lub obojgiem rodziców	10 (34,38%)	0 (0%)	12,08	p=0,0005
Długotrwała rozłąka z matką	5 (17,24%)	0 (0%)	5,47	p=0,019
Długotrwała rozłąka z ojcem	9 (31,03%)	0 (0%)	10,65	p=0,001



Częstość negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w grupie eksperymentalnej i kontrolnej mężczyzn przedstawia tabela 11.

Analiza wykazała, że mężczyźni z chorobą afektywną dwubiegunową istotnie częściej od zdrowych mężczyzn doświadczali negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa. Samobójstwa dokonane występowały tylko w rodzinie pochodzenia mężczyzn z ChAD, natomiast nie stwierdzono ich w grupie kontrolnej ( $p < 0,05$ ). Śmierć rodzica miała miejsce u 4 mężczyzn z ChAD, a długotrwała rozłąka z rodzicem u 8 mężczyzn z ChAD, natomiast nie stwierdzono tego w grupie kontrolnej (odpowiednio  $p < 0,05$  i  $p = 0,001$ ). Różnice w zakresie długotrwałej rozłąki z rodzicem dotyczyły zarówno matki ( $p = 0,01$ ), jak i ojca ( $p < 0,01$ ). Analiza pozostałych zmiennych nie wykazała istotności zależności.

**Tabela 11.** Częstość negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w grupie eksperymentalnej mężczyzn (choroba afektywna dwubiegunowa – ChAD) i grupie kontrolnej mężczyzn. W tabeli podano liczebności, procenty, wartość dla testu Chi-kwadrat oraz istotność różnicy.

Czynnik	Grupa ChAD Mężczyźni (n, %)	Grupa kontrolna Mężczyźni (n, %)	$\chi^2$	Istotność
Alkoholizm w rodzinie	7 (30,43%)	3 (13,04%)	2,04	p=0,152 ns
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	5 (21,74%)	1 (4,35%)	3,06	p=0,079 ns
Próba samobójcza w rodzinie	3 (13,04%)	0 (0%)	3,20	p=0,073 ns
Samobójstwo dokonane w rodzinie	4 (17,4%)	0 (0%)	4,38	p=0,038
Poważna choroba w rodzinie	6 (26,09%)	2 (8,70%)	2,42	p=0,119 ns
Pobyt w więzieniu członka rodziny	3 (13,04%)	0 (0%)	3,20	p=0,073 ns
Opuszczenie przez jednego lub obu rodziców	3 (13,04%)	0 (0%)	3,20	p=0,073 ns
Opuszczenie przez matkę	3 (13,04%)	0 (0%)	3,20	p=0,073 ns
Opuszczenie przez ojca	0 (0%)	0 (0%)	-	ns
Separacja rodziców	3 (13,04%)	2 (8,70%)	0,22	p=0,635 ns
Rozwód rodziców	2 (8,70%)	0 (0%)	2,09	p=0,148 ns
Śmierć jednego z rodziców	4 (17,39%)	0 (0%)	4,38	p=0,036
Długotrwała rozłąka z jednym lub obojgiem rodziców	8 (34,78 %)	0 (0%)	9,68	p=0,001
Długotrwała rozłąka z matką	5 (21,74%)	0 (0%)	5,60	p=0,017
Długotrwała rozłąka z ojcem	6 (26,09%)	0 (0%)	6,90	p=0,008

Częstość negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w grupie eksperymentalnej kobiet i mężczyzn przedstawia tabela 12.

Analiza wykazała nieznaczące różnice między kobietami a mężczyznami z ChAD pod względem częstości występowania negatywnych doświadczeń w dzieciństwie. Tylko opuszczenie przez rodzica w dzieciństwie było istotnie częstsze w grupie kobiet ( $p < 0,05$ ). Analiza pozostałych zmiennych nie wykazała istotności zależności.

**Tabela 12.** Częstość negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w grupie eksperymentalnej w podziale na płeć. W tabeli podano liczebności, procenty, wartość dla testu Chi-kwadrat oraz istotność różnicy.

Czynnik	Grupa ChAD	Grupa ChAD	$\chi^2$	Istotność
	Kobiety (n, %)	Mężczyźni (n, %)		
Alkoholizm w rodzinie	13 (44,83%)	7 (30,43%)	1,12	p=0,289 ns
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	8 (27,59%)	5 (21,74%)	0,23	p=0,629 ns
Próba samobójcza w rodzinie	3 (10,34%)	3 (13,04%)	0,09	p=0,762 ns
Samobójstwo dokonane w rodzinie	2 (6,9%)	4 (17,4%)	1,38	p=0,239 ns
Poważna choroba w rodzinie	10 (34,48%)	6 (26,09%)	0,42	p=0,514 ns
Pobyty w więzieniu członka rodziny	2 (6,9%)	3 (13,04%)	0,55	p=0,455 ns
Opuszczenie przez jednego lub obu rodziców	6 (20,69%)	3 (13,04%)	0,52	p=0,469 ns
Opuszczenie przez matkę	2 (6,9%)	3 (13,04%)	0,55	p=0,455 ns
Opuszczenie przez ojca	6 (20,69%)	0 (0%)	5,37	p=0,028
Separacja rodziców	2 (6,9%)	3 (13,04%)	0,55	p=0,455 ns
Rozwód rodziców	4 (13,79%)	2 (8,7%)	0,32	p=0,567 ns
Śmierć jednego z rodziców	4 (13,79%)	4 (17,39%)	0,54	p=0,459 ns
Długotrwała rozłąka z jednym lub obojgiem rodziców	10 (34,48%)	8 (34,78%)	0,00	p=0,981 ns
Długotrwała rozłąka z matką	5 (17,24%)	5 (21,74%)	0,16	p=0,683 ns
Długotrwała rozłąka z ojcem	9 (31,03%)	6 (26,09%)	0,15	p=0,695 ns

Częstość negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w grupie kontrolnej kobiet i mężczyzn przedstawia tabela 13.

Badanie nie wykazało różnic między kobietami a mężczyznami z grupy kontrolnej pod względem częstości występowania negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa.

**Tabela 13.** Częstość negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w grupie kontrolnej w podziale na płeć. W tabeli podano liczebności, procenty, wartość dla testu Chi-kwadrat oraz istotność różnicy.

Czynnik	Grupa kontrolna Kobiety (n, %)	Grupa kontrolna Mężczyźni (n, %)	$\chi^2$	Istotność
Alkoholizm w rodzinie	5 (17,24%)	3 (13,04%)	0,17	p=0,676 ns
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	0 (0%)	1 (4,35%)	1,28	p=0,256 ns
Próba samobójcza w rodzinie	0 (0%)	0 (0%)	-	ns
Samobójstwo dokonane w rodzinie	0 (0%)	0 (0%)	-	ns
Poważna choroba w rodzinie	4 (13,79%)	2 (8,7%)	0,32	p=0,567 ns
Pobyt w więzieniu członka rodziny	0 (0%)	0 (0%)	-	ns
Opuszczenie przez jednego lub obu rodziców	0 (0%)	0 (0%)	-	ns
Opuszczenie przez matkę	0 (0%)	0 (0%)	-	ns
Opuszczenie przez ojca	0 (0%)	0 (0%)	-	ns
Separacja rodziców	0 (0%)	2 (8,70%)	2,62	p=0,105 ns
Rozwód rodziców	0 (0%)	0 (0%)	-	ns
Śmierć jednego z rodziców	0 (0%)	0 (0%)	-	ns
Długotrwała rozłąka z jednym lub obojgiem rodziców	0 (0%)	0 (0%)	-	ns
Długotrwała rozłąka z matką	0 (0%)	0 (0%)	-	ns
Długotrwała rozłąka z ojcem	0 (0%)	0 (0%)	-	ns

Powyższe wyniki zostały częściowo opublikowane w artykule, jaki ukazał się w *Neuropsychiatrii i Neuropsychologii* (Jaworska-Andrzejewska i wsp., 2016).

## **6.2. Negatywne wydarzenia w dzieciństwie a aspekty kliniczne ChAD**

### **6.2.1. Początek choroby**

W tabeli 14 przedstawiono różnice w zakresie czynników klinicznych związanych z początkiem choroby afektywnej dwubiegunowej, w zależności od obecności lub braku negatywnych wydarzeń w dzieciństwie.

Przemoc seksualna była związana z wiekiem pierwszych objawów ChAD ( $p=0,007$ ) oraz z wiekiem rozpoznania ChAD ( $p=0,03$ ). Wyniki zależności pomiędzy pozostałymi wymiarami Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej.

U osób u których występował problem alkoholowy w rodzinie wiek wystąpienia pierwszych objawów ChAD był istotnie niższy niż w grupie bez problemu alkoholowego w rodzinie ( $p=0,03$ ). Podobnie u osób u których występował problem uzależnienia w rodzinie wiek wystąpienia pierwszych objawów ChAD był istotnie niższy niż w grupie bez występowania uzależnienia w rodzinie ( $p=0,013$ ). Osoby u których występowała poważna choroba somatyczna w rodzinie istotnie wcześniej mieli pierwsze objawy ChAD niż osoby u których nie występowała poważna choroba somatyczna w rodzinie ( $p=0,047$ ).

Osoby u których występował problem alkoholowy w rodzinie pochodzenia, leczenie psychiatryczne w rodzinie pochodzenia, choroba afektywna dwubiegunowa w rodzinie, uzależnienia w rodzinie, wiek rozpoznania ChAD był istotnie niższy niż u osób bez w/w doświadczeń.

Analiza pozostałych zmiennych nie wykazała istotnych zależności. Szczegółowe wyniki obliczeń statystycznych zostały zamieszczone w tabelach 24-26 w załączniku 12.10.

**Tabela 14.** Negatywne doświadczenia dziecięce a początek ChAD – tabela znamienności.

Charakterystyka kliniczna	Wiek pierwszych objawów	Objawy początkowe depresja	Objawy początkowe mania	Objawy początkowe hipomania	Wiek rozpoznania ChAD
CTQ wynik ogólny	p=0,06 ns	p=0,414 ns	p=0,28 ns	p=0,87 ns	p=0,09 ns
Przemoc emocjonalna	p=0,07 ns	p=0,339 ns	p=0,66 ns	p=0,34 ns	p=0,08 ns
Przemoc fizyczna	p=0,33 ns	p=0,669 ns	p=0,40 ns	p=0,63 ns	p=0,09 ns
Przemoc seksualna	<b>p=0,007**</b>	p=0,199 ns	p=0,310 ns	p=0,487 ns	<b>p=0,03*</b>
Zaniedbanie emocjonalne	p=0,53 ns	p=0,181 ns	p=0,15 ns	p=0,84 ns	p=0,21 ns
Zaniedbanie fizyczne	p=0,14 ns	p=0,997 ns	p=0,43 ns	p=0,29 ns	p=0,16 ns
Alkoholizm w rodzinie	<b>p=0,031*</b>	p=0,254 ns	p=0,540 ns	p=0,326 ns	<b>p=0,003**</b>
Alkoholizm u ojca	p=0,190 ns	p=0,119 ns	p=0,346 ns	p=0,232 ns	<b>p=0,037*</b>
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	p=0,240 ns	p=0,833 ns	p=0,620 ns	p=0,733 ns	<b>p=0,007**</b>
Leczenie psychiatryczne matki	p=0,085 ns	p=0,505 ns	p=0,582 ns	p=0,532 ns	<b>p=0,007**</b>
Choroby psychiczne w rodzinie	p=0,085 ns	p=0,113 ns	p=0,304 ns	p=0,291 ns	<b>p=0,002***</b>
Depresja w rodzinie	p=0,553 ns	p=0,528 ns	p=0,620 ns	p=0,129 ns	p=0,285 ns
Depresja u matki	p=0,322 ns	p=0,965 ns	p=1,00 ns	p=0,259 ns	p=0,228 ns
ChAD w rodzinie	p=0,251 ns	p=0,965 ns	p=1,00 ns	p=0,259 ns	<b>p=0,008**</b>
Schizofrenia w rodzinie	p=0,185 ns	p=0,675 ns	p=0,399 ns	p=0,606 ns	p=0,559 ns
Samobójstwo w rodzinie	p=0,390 ns	p=0,107 ns	p=0,530 ns	p=0,107 ns	p=0,535 ns
Uzależnienia w rodzinie	<b>p=0,013*</b>	p=0,536 ns	p=0,841 ns	p=0,475 ns	<b>p=0,015*</b>
Opuszczenie przez rodzica	p=0,569 ns	p=0,176 ns	p=0,285 ns	p=0,464 ns	p=0,743 ns
Opuszczenie przez ojca	p=0,646 ns	p=0,285 ns	p=0,101 ns	p=1,0 ns	p=0,329 ns
Rozwód rodziców	p=0,336 ns	p=0,285 ns	p=0,679 ns	p=0,259 ns	p=0,464 ns
Śmierć ojca	p=0,619 ns	p=0,821 ns	p=0,304 ns	p=0,326 ns	p=0,638 ns
Śmierć rodziców	-	p=0,698 ns	-	-	-
Długotrwała rozłąka z rodzicem	p=0,894 ns	p=0,929 ns	p=0,407 ns	p=0,543 ns	p=0,575 ns
Długotrwała rozłąka z matką	p=0,505 ns	p=0,803 ns	p=0,362 ns	p=1,00 ns	p=0,899 ns
Długotrwała rozłąka z ojcem	p=0,928 ns	p=0,744 ns	p=0,238 ns	p=0,548 ns	p=0,244 ns
Okres rozłąki z matką	p=0,128 ns	p=0,724 ns	p=0,724 ns	-	p=0,826 ns
Okres rozłąki z ojcem	p=0,706 ns	p=0,563 ns	p=0,563 ns	-	p=0,815 ns
Poważna choroba somatyczna w rodzinie	<b>p=0,047*</b>	p=0,855 ns	p=0,438 ns	p=0,203 ns	p=0,084 ns

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,005

- analiza nie była możliwa do przeprowadzenia

### 6.2.2. Objawy psychotyczne i zachowania samobójcze

W tabeli 15 przedstawiono różnice w zakresie czynników klinicznych związanych z objawami psychotycznymi i zachowaniami samobójczymi w zależności od obecności lub braku negatywnych wydarzeń w dzieciństwie.

W wyniku przeprowadzenia analizy regresji logistycznej wykazano, że wynik ogólny traumatycznych doświadczeń w dzieciństwie (OR=1,07; p=0,033), doświadczenie przemocy emocjonalnej w dzieciństwie (OR=1,21; p=0,017) oraz doświadczenie emocjonalnego zaniedbania (OR=1,15; p=0,026) wiążą się z istotnie większym ryzykiem występowania objawów psychotycznych u osób z chorobą afektywną dwubiegunową. Nie wykazano takiego związku w przypadku doświadczenia przemocy fizycznej, przemocy seksualnej i zaniedbania fizycznego.

W wyniku przeprowadzenia analizy regresji logistycznej wykazano, że doświadczenie przemocy emocjonalnej (OR=1,13; p=0,047) oraz emocjonalnego zaniedbania (OR=1,21; p=0,005) wiąże się z istotnie większym ryzykiem występowania prób samobójczych u osób z chorobą afektywną dwubiegunową.

Analiza regresji logistycznej wykazała również, że występowanie prób samobójczych w rodzinie (OR=5,52; p=0,041) oraz chorób psychicznych w rodzinie (OR=3,42; p=0,041) zwiększa ryzyko występowania prób samobójczych u osób z chorobą afektywną dwubiegunową.

Z ilością prób samobójczych związana była przemoc emocjonalna (p=0,01), emocjonalne zaniedbanie (p=0,0005) i wynik ogólny traumy wczesnodziecięcej (p=0,01). Wyniki zależności pomiędzy pozostałymi wymiarami Kwestionariusza Traumy Wczesnodziecięcej nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej.

Analiza pozostałych zmiennych nie wykazała istotnych zależności. Szczegółowe wyniki obliczeń statystycznych zostały zamieszczone w tabelach 27-29 w załączniku 12.10.

**Tabela 15.** Negatywne doświadczenia dziecięce a objawy psychotyczne i zachowania samobójcze – tabela znamienności.

Charakterystyka kliniczna	Objawy psychotyczne	Próby samobójcze	Ilość prób samobójczych
CTQ wynik ogólny	<b>p=0,033*</b>	p=0,052 ns	<b>p=0,01**</b>
Przemoc emocjonalna	<b>p=0,017*</b>	<b>p=0,047*</b>	<b>p=0,01**</b>
Przemoc fizyczna	p=0,680 ns	p=0,555 ns	p=0,62 ns
Przemoc seksualna	p=0,621 ns	p=0,472	p=0,16 ns
Zaniedbanie emocjonalne	<b>p=0,026*</b>	<b>p=0,005***</b>	<b>p=0,0005***</b>
Zaniedbanie fizyczne	p=0,101 ns	p=0,768 ns	p=0,31 ns
Alkoholizm w rodzinie	p=0,130 ns	p=0,292 ns	-
Alkoholizm u ojca	p=0,117 ns	p=0,368 ns	-
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	p=0,140 ns	p=0,265 ns	-
Leczenie psychiatryczne matki	p=0,350 ns	p=0,765 ns	-
Choroby psychiczne w rodzinie	p=0,275 ns	<b>p=0,041*</b>	-
Depresja w rodzinie	p=0,865 ns	p=0,265 ns	-
Depresja u matki	p=0,972 ns	p=0,571 ns	-
ChAD w rodzinie	p=0,07 ns	p=0,180 ns	-
Schizofrenia w rodzinie	p=0,147 ns	p=0,434 ns	-
Samobójstwo w rodzinie	p=0,191 ns	<b>p=0,041*</b>	-
Uzależnienia w rodzinie	p=0,616 ns	p=0,367 ns	-
Opuszczenie przez rodzica	p=0,964 ns	p=0,989 ns	-
Opuszczenie przez ojca	p=0,389 ns	p=0,180 ns	-
Rozwód rodziców	p=0,389 ns	p=0,180 ns	-
Śmierć ojca	p=0,541 ns	p=0,464 ns	-
Śmierć rodziców	p=0,753 ns	p=0,721 ns	-
Długotrwała rozłąka z rodzicem	p=0,247 ns	p=0,982 ns	p=0,773 ns
Długotrwała rozłąka z matką	p=0,120 ns	p=0,765 ns	p=0,923 ns
Długotrwała rozłąka z ojcem	p=0,222 ns	p=0,696 ns	p=0,587 ns
Okres rozłąki z matką	p=0,373 ns	p=0,253 ns	<b>p=0,014 *</b>
Okres rozłąki z ojcem	p=0,563 ns	p=0,526 ns	p=0,168 ns
Poważna choroba somatyczna w rodzinie	p=0,623 ns	p=0,577 ns	-

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,005

- analiza nie była możliwa do przeprowadzenia



### 6.2.3. Przebieg choroby

W tabeli 16 przedstawiono różnice w zakresie czynników klinicznych związanych z przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej, w zależności od obecności lub braku negatywnych wydarzeń w dzieciństwie.

W wyniku przeprowadzenia analizy regresji logistycznej wykazano, że wynik ogólny traumatycznych doświadczeń w dzieciństwie wiąże się z istotnie większym ryzykiem występowania przebiegu rapid cycling u osób z chorobą afektywną dwubiegunową (OR=1,07; p=0,006). Analiza wykazała również, że doświadczenie przemocy emocjonalnej w dzieciństwie (OR=1,23; p=0,004) oraz doświadczenie emocjonalnego zaniedbania (OR=1,18; p=0,017) zwiększa ryzyko występowania przebiegu rapid cycling u osób z chorobą afektywną dwubiegunową.

Osoby u których w rodzinie pochodzenia występowała schizofrenia - 75% z nich miało przebieg rapid-cycling, podczas gdy w rodzinie nie występowała schizofrenia - 25% pacjentów miało przebieg rapid-cycling.

W wyniku przeprowadzenia analizy regresji logistycznej wykazano, że wynik ogólny traumatycznych doświadczeń w dzieciństwie (OR=1,05; p=0,046) oraz doświadczenie emocjonalnego zaniedbania w dzieciństwie (OR=1,22; p=0,047) wiążą się z istotnie większym ryzykiem lekooporności u osób z chorobą afektywną dwubiegunową.

Osoby u których występowało leczenie psychiatryczne w rodzinie pochodzenia istotnie wcześniej byli zdiagnozowani, niż osoby u których nie było leczenia psychiatrycznego w rodzinie pochodzenia.

Analiza pozostałych zmiennych nie wykazała istotnych zależności. Szczegółowe wyniki obliczeń statystycznych zostały zamieszczone w tabelach 30-32 w załączniku 12.10.

**Tabela 16.** Negatywne doświadczenia dziecięce a przebieg ChAD – tabela znamienności.

Charakterystyka kliniczna	Typ ChAD	Rapid cycling	Lekooporność	Opóźnienie w diagnozie
CTQ wynik ogólny	p=0,34 ns	<b>p=0,006**</b>	<b>p=0,046*</b>	p=0,25 ns
Przemoc emocjonalna	p=0,37 ns	<b>p=0,004***</b>	p=0,07 ns	p=0,38 ns
Przemoc fizyczna	p=0,81 ns	p=0,07 ns	p=0,90 ns	p=0,53 ns
Przemoc seksualna	p=0,69 ns	p=0,10 ns	p=0,06 ns	p=0,28 ns
Zaniedbanie emocjonalne	p=0,20 ns	<b>p=0,017*</b>	<b>p=0,047*</b>	p=0,99 ns
Zaniedbanie fizyczne	p=0,32 ns	p=0,52 ns	p=0,14 ns	p=0,27 ns
Alkoholizm w rodzinie	p=0,135 ns	p=0,440 ns	p=0,540 ns	p=0,909 ns
Alkoholizm u ojca	p=0,09 ns	p=0,476 ns	p=0,972 ns	p=0,890 ns
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	p=0,559 ns	p=0,597 ns	p=0,619 ns	<b>p=0,045*</b>
Leczenie psychiatryczne matki	p=0,921 ns	p=0,929 ns	p=0,362 ns	p=0,211 ns
Choroby psychiczne w rodzinie	p=0,491 ns	p=0,125 ns	p=0,862 ns	p=0,165 ns
Depresja w rodzinie	p=0,441 ns	p=0,860 ns	p=0,151 ns	p=0,413 ns
Depresja u matki	p=0,437 ns	p=0,797 ns	p=0,101 ns	p=0,762 ns
ChAD w rodzinie	p=0,177 ns	p=0,797 ns	p=0,679 ns	p=0,166 ns
Schizofrenia w rodzinie	p=0,281 ns	<b>p=0,034*</b>	p=1,0 ns	p=0,437 ns
Samobójstwo w rodzinie	p=0,240 ns	p=0,269 ns	p=0,530 ns	p=0,086 ns
Uzależnienia w rodzinie	p=0,510 ns	p=0,207 ns	p=0,841 ns	p=0,853 ns
Opuszczenie przez rodzica	p=0,333 ns	p=0,631 ns	p=0,965 ns	p=0,263 ns
Opuszczenie przez ojca	p=0,776 ns	p=0,797 ns	p=0,679 ns	p=0,057 ns
Rozwód rodziców	p=0,776 ns	p=0,238 ns	p=0,101 ns	p=0,078 ns
Śmierć ojca	p=0,147 ns	p=0,986 ns	p=0,580 ns	p=0,508 ns
Śmierć rodziców	p=0,230 ns	p=0,794 ns	p=0,573 ns	-
Długotrwała rozłąka z rodzicem	p=0,398 ns	p=0,077 ns	p=0,944 ns	p=0,681 ns
Długotrwała rozłąka z matką	p=0,921 ns	p=0,929 ns	p=0,582 ns	p=0,124 ns
Długotrwała rozłąka z ojcem	p=0,537 ns	p=0,077 ns	p=0,797 ns	p=0,148 ns
Okres rozłąki z matką	p=0,827 ns	p=0,713 ns	-	p=0,312 ns
Okres rozłąki z ojcem	p=0,885 ns	p=0,866 ns	p=0,872 ns	p=0,322 ns
Poważna choroba somatyczna w rodzinie	p=0,241 ns	p=0,120 ns	p=0,290 ns	p=0,889 ns

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,005

- analiza nie była możliwa do przeprowadzenia

#### **6.2.4. Zaburzenia lękowe i inne współwystępujące zaburzenia psychiczne**

W tabeli 17 przedstawiono różnice w zakresie współwystępowania zaburzeń psychicznych, w zależności od obecności lub braku negatywnych wydarzeń w dzieciństwie.

W wyniku przeprowadzenia analizy regresji logistycznej wykazano, że doświadczenie przemocy emocjonalnej (OR=1,16; p=0,018) i doświadczenie emocjonalnego zaniedbania (OR=1,13; p=0,03) wiążą się z istotnie większym ryzykiem rozwinięcia się zaburzeń lękowych. Wykazano również, że występowanie ChAD w rodzinie pochodzenia ma związek ze współwystępowaniem zaburzeń lękowych (p=0,031). Ponadto, długotrwała rozłąka z rodzicem, w szczególności z matką, była związana ze współwystępowaniem zaburzeń lękowych (p=0,04).

Analiza pozostałych zmiennych nie wykazała istotnych zależności. Szczegółowe wyniki obliczeń statystycznych zostały zamieszczone w tabelach 33-35 w załączniku 12.10.

**Tabela 17.** Negatywne doświadczenia dziecięce a współwystępujące zaburzenia psychiczne – tabela znamienności.

Charakterystyka kliniczna	Zaburzenia współwystępujące psychiczne	Uzależnienie od alkoholu	Uzależnienie od tytoniu	Zaburzenia lękowe
CTQ wynik ogólny	p=0,10 ns	p=0,25 ns	p=0,32 ns	p=0,06 ns
Przemoc emocjonalna	p=0,09 ns	p=0,08 ns	p=0,11 ns	<b>p=0,018*</b>
Przemoc fizyczna	p=0,22 ns	p=0,32 ns	p=0,14 ns	p=0,198 ns
Przemoc seksualna	p=0,45 ns	p=0,11 ns	p=0,59 ns	p=0,29 ns
Zaniedbanie emocjonalne	p=0,23 ns	p=0,76 ns	p=0,88 ns	<b>p=0,03*</b>
Zaniedbanie fizyczne	p=0,67 ns	p=0,66 ns	p=0,64 ns	p=0,65 ns
Alkoholizm w rodzinie	p=0,135 ns	p=0,254 ns	p=0,685 ns	p=0,147 ns
Alkoholizm u ojca	p=0,300 ns	p=0,119 ns	p=0,779 ns	p=0,629 ns
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	p=0,718 ns	p=0,310 ns	p=0,194 ns	p=0,334 ns
Leczenie psychiatryczne matki	p=0,807 ns	p=0,505 ns	p=0,129 ns	p=0,585 ns
Choroby psychiczne w rodzinie	p=0,226 ns	p=0,336 ns	p=0,855 ns	p=0,08 ns
Depresja w rodzinie	p=0,829 ns	p=0,528 ns	p=0,194 ns	p=0,930 ns
Depresja u matki	p=0,707 ns	p=0,285 ns	p=0,151 ns	p=0,636 ns
ChAD w rodzinie	p=0,553 ns	p=0,285 ns	p=0,784 ns	<b>p=0,031*</b>
Schizofrenia w rodzinie	p=0,928 ns	p=0,341 ns	p=0,624 ns	p=0,747 ns
Samobójstwo w rodzinie	p=0,864 ns	p=0,947 ns	p=0,114 ns	p=0,206 ns
Uzależnienia w rodzinie	p=0,173 ns	p=0,186 ns	p=0,895 ns	p=0,08 ns
Opuszczenie przez rodzica	p=0,727 ns	p=0,670 ns	p=0,685 ns	p=0,381 ns
Opuszczenie przez ojca	p=0,553 ns	p=0,233 ns	p=0,540 ns	p=0,216 ns
Rozwód rodziców	p=0,708 ns	p=0,965 ns	p=0,540 ns	p=0,686 ns
Śmierć ojca	p=0,316 ns	p=0,821 ns	p=0,072 ns	p=0,975 ns
Śmierć rodziców	p=0,468 ns	p=0,698 ns	<b>p=0,034*</b>	p=0,633 ns
Długotrwała rozłąka z rodzicem	p=0,579 ns	p=0,929 ns	p=0,581 ns	<b>p=0,046*</b>
Długotrwała rozłąka z matką	p=0,207 ns	p=0,803 ns	p=0,196 ns	<b>p=0,049*</b>
Długotrwała rozłąka z ojcem	p=0,476 ns	p=0,631 ns	p=0,629 ns	p=0,106 ns
Okres rozłąki z matką	p=0,373 ns	p=0,339 ns	p=0,272 ns	p=0,259 ns
Okres rozłąki z ojcem	p=0,636 ns	p=0,266 ns	p=0,224 ns	p=0,777 ns
Poważna choroba somatyczna w rodzinie	p=0,200 ns	p=0,855 ns	p=0,602 ns	p=0,888 ns

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,005

### 6.2.5. Choroby somatyczne

W tabeli 18 przedstawiono różnice w zakresie współwystępowania chorób somatycznych, w zależności od obecności lub braku negatywnych wydarzeń w dzieciństwie.

Analiza regresji logistycznej wykazała, że doświadczenie przemocy emocjonalnej (OR=0,78; p=0,007) zmniejsza ryzyko wystąpienia nadciśnienia u osób z chorobą afektywną dwubiegunową i zwiększa ryzyko wystąpienia innych chorób somatycznych (OR=1,14; p=0,03).

W wyniku przeprowadzenia analizy regresji wykazano, że występowanie u rodziny pacjenta chorób psychicznych (OR=13,26; p=0,017), choroby afektywnej dwubiegunowej (OR=6,36; p=0,047), problemu alkoholowego w rodzinie (OR=3,54; p=0,047) oraz depresji (OR=4,52; p=0,027) wiążą się z zwiększonym ryzykiem występowania innych chorób somatycznych u osób z ChAD.

Wykazano również, że doświadczenie długotrwałej rozłąki z rodzicem, w szczególności z ojcem, w dzieciństwie wiąże się z istotnie większym ryzykiem występowania otyłości u osób z chorobą afektywną dwubiegunową (OR=4,82; p=0,013).

Analiza pozostałych zmiennych nie wykazała istotnych zależności. Szczegółowe wyniki obliczeń statystycznych zostały zamieszczone w tabelach 36-38 w załączniku 12.10.

**Tabela 18.** Negatywne doświadczenia dziecięce a współwystępujące choroby somatyczne – tabela znamienności.

Charakterystyka kliniczna	Choroby somatyczne ogółem	Nadciśnienie	Otyłość	Cukrzyca	Choroby tarczycy	Inne choroby somatyczne
CTQ wynik ogólny	p=0,44 ns	p=0,05 ns	p=0,58 ns	p=0,26 ns	p=0,23 ns	p=0,05 ns
Przemoc emocjonalna	p=0,91 ns	<b>p=0,007**</b>	p=0,76 ns	p=0,06 ns	p=0,08 ns	<b>p=0,03*</b>
Przemoc fizyczna	p=0,37 ns	p=0,22 ns	p=0,47 ns	p=0,48 ns	p=0,44 ns	p=0,68 ns
Przemoc seksualna	p=0,36 ns	p=0,62 ns	p=0,49 ns	p=0,87 ns	p=0,29 ns	p=0,32 ns
Zaniedbanie emocjonalne	p=0,93 ns	p=0,05 ns	p=0,82 ns	p=0,69 ns	p=0,17 ns	p=0,06 ns
Zaniedbanie fizyczne	p=0,40 ns	p=0,79 ns	p=0,60 ns	p=0,57 ns	p=0,93 ns	p=0,25 ns
Alkoholizm w rodzinie	p=0,253 ns	p=0,353 ns	p=0,139 ns	p=0,797 ns	p=0,784 ns	<b>p=0,047*</b>
Alkoholizm u ojca	p=0,247 ns	p=0,725 ns	p=0,366 ns	p=0,541 ns	p=0,972 ns	<b>p=0,049*</b>
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	p=0,319 ns	p=0,865 ns	p=0,865 ns	p=0,491 ns	p=0,619 ns	p=0,119 ns
Leczenie psychiatryczne matki	p=0,733 ns	p=0,840 ns	p=0,840 ns	p=0,723 ns	p=0,866 ns	p=0,391 ns
Choroby psychiczne w rodzinie	p=0,147 ns	p=0,275 ns	p=0,897 ns	p=0,235 ns	p=0,472 ns	<b>p=0,017*</b>
Depresja w rodzinie	p=0,319 ns	p=0,865 ns	p=0,865 ns	p=0,491 ns	p=0,620 ns	<b>p=0,027*</b>
Depresja u matki	p=0,944 ns	p=0,389 ns	p=0,070 ns	p=0,304 ns	p=0,347 ns	<b>p=0,047*</b>
ChAD w rodzinie	p=0,344 ns	p=0,389 ns	p=0,972 ns	p=0,807 ns	p=0,347 ns	<b>p=0,047*</b>
Schizofrenia w rodzinie	p=0,507 ns	p=0,734 ns	p=0,452 ns	p=1,0 ns	p=0,399 ns	p=0,185 ns
Samobójstwo w rodzinie	p=0,151 ns	p=0,957 ns	p=0,519 ns	p=0,712 ns	p=0,694 ns	p=0,073 ns
Uzależnienia w rodzinie	p=0,446 ns	p=0,277 ns	p=0,205 ns	p=0,851 ns	p=0,508 ns	p=0,065 ns
Opuszczenie przez rodzica	p=0,929 ns	p=0,160 ns	p=0,964 ns	p=0,821 ns	p=0,233 ns	p=0,744 ns
Opuszczenie przez ojca	p=0,407 ns	p=0,161 ns	p=0,346 ns	p=0,304 ns	p=0,347 ns	p=0,493 ns
Rozwód rodziców	p=0,344 ns	p=0,972 ns	p=0,079 ns	p=0,153 ns	p=0,347 ns	p=0,797 ns
Śmierć ojca	p=0,250 ns	<b>p=0,033*</b>	p=0,541 ns	p=0,227 ns	p=0,807 ns	p=0,986 ns
Śmierć rodziców	p=0,538 ns	p=0,06 ns	p=0,753 ns	p=0,312 ns	p=0,926 ns	p=0,794 ns
Długotrwała rozłąka z rodzicem	p=0,178 ns	p=0,583 ns	<b>p=0,013*</b>	p=0,192 ns	p=0,344 ns	p=0,604 ns
Długotrwała rozłąka z matką	p=0,100 ns	p=0,840 ns	p=0,05 ns	p=0,106 ns	p=0,204 ns	p=0,391 ns
Długotrwała rozłąka z ojcem	p=0,445 ns	p=0,557 ns	<b>p=0,010**</b>	p=0,386 ns	p=0,493 ns	p=0,650 ns
Okres rozłąki z matką	p=0,161 ns	p=0,713 ns	p=0,806 ns	p=0,713 ns	-	p=0,145 ns
Okres rozłąki z ojcem	p=0,126 ns	p=0,109 ns	p=0,549 ns	p=0,201 ns	p=0,716 ns	p=0,152 ns
Poważna choroba somatyczna w rodzinie	p=0,734 ns	p=0,162 ns	p=0,883 ns	p=0,085 ns	p=0,290 ns	p=0,799 ns

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,005

- analiza nie była możliwa do przeprowadzenia

## **6.2.6. Różnice między kobietami i mężczyznami**

### **6.2.6.1. Częstość poszczególnych parametrów klinicznych choroby afektywnej dwubiegunowej w grupie kobiet i mężczyzn.**

Częstość poszczególnych parametrów klinicznych choroby afektywnej dwubiegunowej w grupie kobiet i mężczyzn przedstawiono w tabeli 19.

Jak wynika z tabeli, częstość wszystkich parametrów klinicznych ChAD była podobna w grupie kobiet i mężczyzn i w żadnej z nich nie stwierdzono istotnych różnic związanych z płcią.

**Tabela 19.** Czynniki kliniczne ChAD w grupie kobiet i mężczyzn.

Czynnik kliniczny	Kobiety	Mężczyźni	$z/\chi^2$	Istotność
Typ ChAD I	23 (79,31%)	18 (78,26%)	$\chi^2=0,008$	$p=0,927$ ns
Długość trwania choroby	16,69±11,26	17,91±10,03	$z=-0,673$	$p=0,500$ ns
Opóźnienie w diagnozie	7,76±8,48	9,96±9,70	$z=-0,741$	$p=0,458$ ns
Wiek I objawy ChAD	29,13±12,19	30,56±10,09	$z=-0,544$	$p=0,586$ ns
Wiek rozpoznania ChAD	36,89±12,90	40,52±8,50	$z=-1,530$	$p=0,125$ ns
Objawy początkowe depresja	24 (82,76%)	19 (82,61%)	$\chi^2=0,0002$	$p=0,989$ ns
Objawy początkowe mania	3 (10,34%)	3 (13,04%)	$\chi^2=0,091$	$p=0,762$ ns
Objawy początkowe hipomania	2 (6,90%)	1 (4,35%)	$\chi^2=0,153$	$p=0,695$ ns
Rapid cycling	9 (31,03%)	6 (26,09%)	$\chi^2=0,153$	$p=0,696$ ns
Objawy psychotyczne	21 (72,41%)	14 (60,87%)	$\chi^2=0,776$	$p=0,378$ ns
Próby samobójcze	17 (58,62%)	12 (52,17%)	$\chi^2=0,216$	$p=0,642$ ns
Liczba prób samobójczych	1,69±2,38	1,43±2,27	$z=0,456$	$p=0,648$ ns
Długość trwania leczenia	10,55±8,60	10,43±9,04	$z=0,120$	$p=0,904$ ns
Liczba hospitalizacji	9,44±10,70	9,26±9,00	$z=-0,379$	$p=0,704$ ns
Opóźnienie leczenia	4,76±6,26	5,78±8,19	$z=-0,326$	$p=0,744$ ns
Lekooporność	4 (13,79%)	2 (8,70%)	$\chi^2=0,326$	$p=0,568$ ns
Zaburzenia współwystępujące psychiczne	23 (79,31%)	15 (65,22%)	$\chi^2=1,294$	$p=0,255$ ns
Zaburzenia lękowe	15 (51,72%)	7 (30,43%)	$\chi^2=2,381$	$p=0,123$ ns
Uzależnienie od alkoholu	5 (17,24%)	4 (17,39%)	$\chi^2=0,0002$	$p=0,989$ ns
Uzależnienie od wyrobów tytoniowych	18 (62,07%)	14 (60,87%)	$\chi^2=0,007$	$p=0,930$ ns
Współwystępujące choroby somatyczne	18 (62,07%)	16 (69,57%)	$\chi^2=0,318$	$p=0,573$ ns
Nadciśnienie	9 (31,03%)	8 (34,78%)	$\chi^2=0,081$	$p=0,775$ ns
Otyłość	11 (37,93%)	17 (32,69%)	$\chi^2=0,817$	$p=0,366$ ns
Cukrzyca	5 (17,24%)	2 (8,70%)	$\chi^2=0,804$	$p=0,370$ ns
Choroby tarczycy	2 (6,90%)	4 (17,39%)	$\chi^2=1,384$	$p=0,239$ ns
Inne choroby somatyczne	9 (31,03%)	6 (26,09%)	$\chi^2=0,153$	$p=0,696$ ns



### **6.2.6.2. Negatywne wydarzenia w dzieciństwie a aspekty kliniczne ChAD w grupie kobiet i mężczyzn**

Analiza wykazała, że w grupie mężczyzn przemoc seksualna była związana wcześniejszym wiekiem pierwszych objawów choroby afektywnej dwubiegunowej ( $p=0,04$ ). U kobiet nie wykazano takiej zależności.

Wykazano, że w grupie mężczyzn wynik ogólny traumy wczesnodziecięcej ( $p=0,01$ ), przemoc emocjonalna ( $p=0,04$ ), zaniedbanie emocjonalne ( $p=0,05$ ), schizofrenia w rodzinie ( $0,01$ ) mają związek z występowaniem przebiegu rapid-cycling, podczas gdy w grupie kobiet, przemoc emocjonalna ( $p=0,04$ ) i zaniedbanie emocjonalne ( $0,05$ ) były powiązane z przebiegiem rapid-cycling.

Analiza wykazała, że w grupie kobiet emocjonalne zaniedbanie ( $p=0,008$ ), próby samobójcze w rodzinie ( $p=0,05$ ), choroba psychiczna w rodzinie ( $p=0,02$ ) mają związek z występowaniem prób samobójczych. W grupie mężczyzn nie wykazano takich zależności.

Wykazano, że w grupie mężczyzn wynik ogólny traumatycznych doświadczeń ( $p=0,008$ ) oraz przemoc emocjonalna ( $p=0,02$ ) mają związek z występowaniem objawów psychotycznych. U kobiet nie wykazano takich zależności.

Badanie wykazało, że u mężczyzn wynik ogólny traumy wczesnodziecięcej ( $p=0,04$ ) oraz emocjonalnego zaniedbania ( $p=0,03$ ) wiąże się z lekoopornością. Z kolei u kobiet nie wykazano podobnych zależności.

Analiza wykazała, że występowanie chorób psychicznych w rodzinie pochodzenia istotnie zmniejsza wiek rozpoznania ChAD ( $p=0,02$ ). Powyższa zależność została zauważona tylko w grupie mężczyzn.

W grupie kobiet przemoc emocjonalna ( $p=0,007$ ) oraz emocjonalne zaniedbanie ( $p=0,05$ ) wiązało się z współwystępowaniem zaburzeń lękowych, podczas gdy w grupie mężczyzn długotrwała rozłąka z rodzicem wiązała się z występowaniem zaburzeń lękowych ( $p=0,02$ ).

Wykazano, że przemoc emocjonalna ( $p=0,02$ ) była związana ze zmniejszonym występowaniem nadciśnienia. Powyższa zależność została zauważona tylko w grupie kobiet.

Analiza wykazała, że w grupie kobiet, przemoc emocjonalna ( $p=0,01$ ), choroby psychiczne w rodzinie pochodzenia ( $p=0,009$ ), choroba afektywna dwubiegunowa w rodzinie pochodzenia ( $p=0,03$ ) wiązały się z występowaniem innych chorób somatycznych (m.in. alergii, astmy, zapalenia trzustki, zapalenia jelita, chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa). W grupie mężczyzn nie wykazano powyższych zależności.

Wykazano, że długotrwała rozłąka z rodzicem ma związek z występowaniem otyłości ( $p=0,008$ ). Powyższa zależność została zauważona tylko w grupie mężczyzn.

Wyniki przedstawiają tabele 20-22.

**Tabela 20.** Negatywne wydarzenia w dzieciństwie a aspekty kliniczne ChAD (n=52).

Rodzaj negatywnego doświadczenia	Wynik ogólny CTQ	Przemoc emocjonalna	Przemoc seksualna	Zaniebanie emocjonalne	Długotrwała rozłąka z rodzicem/rodzicami	Próby samobójcze w rodzinie	Choroba psychiczna w rodzinie
Wiek pierwszych objawów	r=-0,260 p=0,06 ns	r=-0,251 p=0,07 ns	<b>r= -0.364</b> <b>p=0.007</b>	r=-0,088 p=0,53 ns	r=-0,018 p=0,894 ns	31,67±9,36 29,2±11,78 z=-0,859 p=0,390 ns	27,60±9,96 33,52±12,53 z=1,722 p=0,085 ns
Rapid cycling	<b>OR=1.07</b> <b>95% CI</b> <b>1.02-1.14</b> <b>p=0.006</b>	<b>OR=1.24</b> <b>95% CI</b> <b>1.07-1.43</b> <b>p=0.004</b>	OR=1,33 [0.94-1.89] p=0,10 ns	<b>OR=1.21</b> <b>95% CI</b> <b>1.03-1.35</b> <b>p=0.017</b>	OR=3,08 [0.88-10.74] p=0,077 ns	OR=2,142 [0.55-8.28] p=0,269 ns	OR=3,047 [0.73-12.64] p=0,125 ns
Objawy psychotyczne	<b>OR = 1.07</b> <b>95% CI</b> <b>1.01-1.14</b> <b>p=0.033</b>	<b>OR = 1.22</b> <b>95% CI</b> <b>1.04-1.43</b> <b>p=0.047</b>	OR=1.08 [0.79-1.48] p=0,621 ns	<b>OR= 1.16</b> <b>95% CI</b> <b>1.02-1.32</b> <b>p= 0.026</b>	OR=2,16 [0.58-8.02] p=0,247 ns	OR=2,99 [0.57-15.58] p=0,191 ns	OR=1,93 [0.58-6.37] p=0,275 ns
Próby samobójcze	OR=1,04 [0.99-1.10] p=0,052 ns	<b>OR=1.14</b> <b>95% CI</b> <b>1.00-1.29</b> <b>p=0.047</b>	OR=1,11 [0.83-1.49] p=0,472	<b>OR=1.21</b> <b>95% CI</b> <b>1.06-1.38</b> <b>p=0.005</b>	OR=0,98 [0.31-3.11] p=0,982 ns	<b>OR=5,52</b> <b>[1.07-28.49]</b> <b>p=0,041</b>	<b>OR=3,42</b> <b>[1.05-11.15]</b> <b>p=0,041</b>
Lekooporność	<b>OR=1.06</b> <b>95% CI</b> <b>1.00-1.12</b> <b>p=0.046</b>	OR=1,16 [0.98-1.38] p=0,07 ns	OR=1,34 [0.98-1.83] p=0,06 ns	<b>OR=1.22</b> <b>95%CI</b> <b>1.00-1.49</b> <b>p=0.047</b>	OR=0,93 [0.15-5.68] p=0,944 ns	OR=1,8 [0.28-11.29] p=0,530 ns	OR=1,17 [0.19-7.09] p=0,862 ns
Zaburzenia lękowe	OR=1,04 [0.99-1.08] p=0,06 ns	<b>OR=1.16</b> <b>95% CI</b> <b>1.07-1.43</b> <b>p=0.018</b>	OR=0,80 [0.53-1.20] p=0,29 ns	<b>OR=1.13</b> <b>95% CI</b> <b>1.01-1.28</b> <b>p=0.030</b>	<b>TAK/NIE</b> <b>61,11/32,35</b> <b>χ<sup>2</sup>=3.99</b> <b>p=0.046</b>	OR=2,33 [0.62-8.68] p=0,206 ns	OR=2,97 [0,87 -10.16] p=0,08 ns
Nadciśnienie	OR=0,94 [0.89-1.00] p=0,05 ns	<b>OR=0.78</b> <b>95% CI</b> <b>0.63-0.93</b> <b>p=0.007</b>	OR=0,92 [0.67-1.26] p=0,62 ns	OR=0,88 [0,78-1.00] p=0,05 ns	OR=0,70 [0.20-2.45] p=0,583 ns	OR=1,03 [0.26-4.08] p=0,957 ns	OR=0,51 [0.15-1.69] p=0,275 ns
Otyłość	OR=1,01 [0,97-1,05] p=0,58 ns	OR=0,98 [0,87-1,10] p=0,76 ns	OR=1,09 [0,84-1,40] p=0,49 ns	OR=1,01 [0,90-1,13] p=0,82 ns	<b>OR=4.82</b> <b>95% CI</b> <b>1.39-16.78</b> <b>p=0.013</b>	OR=0,61 [0.14-2.66] p=0,519 ns	OR=1,08 [0,32-3,62] p=0,897 ns
Inne choroby somatyczne	OR=1,04 [0,99-1,09] p=0,05 ns	<b>OR=1,14</b> <b>[1.00-1.30]</b> <b>p=0,03</b>	OR=1,13 [0,87-1,47] p=0,32 ns	OR=1,13 [0,99-1,28] p=0,06 ns	OR=1,38 [0,40-4,80] p=0,604 ns	OR=3,44 [0,89-13,32] p=0,073 ns	<b>OR=13,26</b> <b>[1,57-111,46]</b> <b>p=0,017</b>

**Tabela 21.** Negatywne wydarzenia w dzieciństwie a aspekty kliniczne ChAD w grupie kobiet (n=29).

Rodzaj negatywnego doświadczenia	Wynik ogólny CTQ	Przemoc emocjonalna	Przemoc seksualna	Zaniedbanie emocjonalne	Długotrwała rozłąka z rodzicem/rodzicami	Próby samobójcze w rodzinie	Choroby psychiczne w rodzinie	ChAD w rodzimie
Wiek pierwszych objawów	-	-	r=-0,345 p=0,066 ns	-	-	-	-	-
Rapid cycling	56,22±16,38 44,15±13,62 z=-1,841 p=0,065 ns	<b>15±6,10</b> <b>9,8±4,25</b> z=-2,025 p=0,042	-	<b>16,55±4,09</b> <b>12,5±5,77</b> z=-1,945 p=0,05	-	-	-	-
Objawy psychotyczne	49,33±15,55 44,12±15,03 z=-0,635 p=0,525 ns	12,14±5,55 9,5±4,65 z=-1,233 p=0,217 ns	-	14,76±5,71 11,12±4,45 z=-1,569 p=0,110 ns	-	-	-	-
Próby samobójcze	-	12,88±5,25 9,33±5,03 z=-1,880 p=0,06 ns	-	<b>15,94±4,80</b> <b>10,66±5,26</b> z=-2,630 p=0,008	-	<b>TAK/NIE</b> <b>41,18/8,33</b> χ <sup>2</sup> =3,798 p=0,05	<b>TAK/NIE</b> <b>82,35/41,67</b> χ <sup>2</sup> =5,154 p=0,023	-
Lekooporność	56,25±19,34 46,56±14,62 z=-1,172 p=0,241 ns	-	-	17±4,24 13,24±5,65 z=-1,146 p=0,251 ns	-	-	-	-
Zaburzenia lękowe	-	<b>13,93±5,32</b> <b>8,71±4,06</b> z=-2,691 p=0,007	-	<b>16,13±4,68</b> <b>11,21±5,45</b> z=-1,933 p=0,05	χ <sup>2</sup> =0,358 p=0,550 ns	-	-	TAK/NIE 33,33/7,14 χ <sup>2</sup> =3,027 p=0,082 ns
Nadciśnienie	-	<b>8±2,69</b> <b>12,95±5,61</b> z=2,192 p=0,028	-	10,55±4,87 15,2±5,35 z=1,945 p=0,051 ns	-	-	TAK/NIE 55,56/70,00 χ <sup>2</sup> =0,573 p=0,449 ns	TAK/NIE 11,11/25,00 χ <sup>2</sup> =0,729 p=0,393 ns
Otyłość	-	-	-	-	χ <sup>2</sup> =1,266 p=0,260 ns	-	-	-
Inne choroby somatyczne	-	<b>14,88±5,34</b> <b>9,85±4,71</b> z=-2,382 p=0,017	-	16,55±4,00 12,5±5,79 z=-1,637 p=0,101 ns	-	-	<b>TAK/NIE</b> <b>100,00/50,00</b> χ <sup>2</sup> =6,868 p=0,009	<b>TAK/NIE</b> <b>44,44/10,00</b> χ <sup>2</sup> =4,487 p=0,034

- analiza nie była możliwa do przeprowadzenia

**Tabela 22.** Negatywne wydarzenia w dzieciństwie a aspekty kliniczne ChAD w grupie mężczyzn (n=23).

Rodzaj negatywnego doświadczenia	Wynik ogólny CTQ	Przemoc emocjonalna	Przemoc seksualna	Zaniedbanie emocjonalne	Długotrwała rozłąka z rodzicem/rodzicami	Choroby psychiczne w rodzinie	Schizofrenia w rodzinie
Wiek pierwszych objawów	-	-	<b>r=-0,422</b> <b>p=0,044</b>	-	-	-	-
Rapid cycling	<b>51,5±14,73</b> <b>36,52±7,39</b> <b>z=-2,490</b> <b>p=0,012</b>	<b>11,83±3,97</b> <b>8±3,62</b> <b>z=-2,033</b> <b>p=0,042</b>	-	<b>13,33±3,44</b> <b>9,82±4,12</b> <b>z=-1,908</b> <b>p=0,05</b>	-	-	<b>TAK/NIE</b> <b>100,00/19,05</b> <b>χ<sup>2</sup>=6,206</b> <b>p=0,013</b>
Objawy psychotyczne	<b>45,21±12,50</b> <b>33±3,60</b> <b>z=-2,651</b> <b>p=0,008</b>	<b>10,64±4,23</b> <b>6,44±1,74</b> <b>z=-2,183</b> <b>p=0,029</b>	-	11,78±4,37 9,11±3,51 z=-1,526 p=0,126 ns	-	-	-
Próby samobójcze	-	9,75±4,22 8,18±3,78 z=-0,972 p=0,331 ns	-	12,08±4,23 9,27±3,79 z=-1,615 p=0,106 ns	-	TAK/NIE 66,67/54,55 χ <sup>2</sup> =0,354 p=0,552 ns	-
Lekooporność	<b>56,5±12,02</b> <b>38,90±10,59</b> <b>z=-1,968</b> <b>p=0,049</b>	-	-	<b>16±0,00</b> <b>10,23±4,03</b> <b>z=-2,093</b> <b>p=0,036</b>	-	-	-
Zaburzenia lękowe	-	8,85±3,80 9,06±4,21 z=-0,204 p=0,838 ns	-	10,28±4,53 10,93±4,17 z=0,641 p=0,521 ns	<b>χ<sup>2</sup>=5,033</b> <b>p=0,025</b>	-	-
Nadciśnienie	-	6,87±2,85 10,13±4,15 z=1,875 p=0,06 ns	-	10,25±4,30 11±4,25 z=0,521 p=0,602 ns	-	TAK/NIE 50,00/66,67 χ <sup>2</sup> =0,608 p=0,435 ns	-
Otyłość	-	-	-	-	<b>χ<sup>2</sup>=6,932</b> <b>p=0,008</b>	-	-
Inne choroby somatyczne	-	9,33±3,14 8,88±4,35 z=-0,642 p=0,520 ns	-	11,66±4,22 10,41±4,25 z=-0,707 p=0,479 ns	-	TAK/NIE 83,33/52,94 χ <sup>2</sup> =1,719 p=0,190 ns	-

- analiza nie była możliwa do przeprowadzenia

### **6.2.7. Związek czynników związanych z traumą w dzieciństwie z występowaniem specyficznych negatywnych doświadczeń w dzieciństwie**

W tabeli 23 przedstawiono częstości występowania traumy wczesnodziecięcej w zależności od pozostałych negatywnych wydarzeń oraz obciążenia chorobami psychicznymi w rodzinie pochodzenia.

Analiza wykazała, że wynik ogólny traumatycznych doświadczeń był związany z występowaniem problemu alkoholowego w rodzinie, chorób psychicznych w rodzinie oraz uzależnienia w rodzinie. Przemoc emocjonalna była związana z problemem alkoholowym, chorobami psychicznymi, szczególnie ChAD oraz uzależnieniem w rodzinie pochodzenia. Przemoc fizyczna była związana z długotrwałą rozłąką z matką. Zaniedbanie emocjonalne wiązało się z opuszczeniem przez ojca, problemem alkoholowym w rodzinie, chorobami psychicznymi w rodzinie oraz leczeniem psychiatrycznym matki. Zaniedbanie fizyczne było związane głównie z występowaniem alkoholizmu, szczególnie u ojca, leczeniem psychiatrycznym w rodzinie, chorobami psychicznymi oraz uzależnieniem w rodzinie pochodzenia.

Szczegółowe wyniki obliczeń statystycznych zostały zamieszczone w tabelach 39-40 w załączniku 12.10.

**Tabela 23.** Porównanie czynników związanych z traumą w dzieciństwie w zależności od występowania specyficznych negatywnych doświadczeń w dzieciństwie.

Charakterystyka kliniczna	CTQ wynik ogólny	Przemoc emocjonalna	Przemoc fizyczna	Przemoc seksualna	Emocjonalne zaniedbanie	Fizyczne zaniedbanie
Opuszczenie przez rodzica	p= 0,383 ns	p= 0,615 ns	p= 0,094 ns	p= 0,199 ns	p= 0,268 ns	p= 0,921 ns
Opuszczenie przez ojca	p= 0,374 ns	p= 0,621 ns	p= 0,772 ns	p= 0,310 ns	<b>p=0,043*</b>	p= 0,598 ns
Rozwód rodziców	p=0,818 ns	p= 0,695 ns	p= 0,927 ns	p= 0,809 ns	p= 0,363 ns	p= 0,608 ns
Śmierć ojca	p=0,677 ns	p= 0,978 ns	p= 0,897 ns	p= 0,268 ns	p= 0,164 ns	p= 0,520 ns
Śmierć rodziców	p=0,594 ns	p= 0,598 ns	p= 0,627 ns	p= 0,231 ns	p= 0,490 ns	p= 0,238 ns
Długotrwała rozłąka z rodzicem	p=0,225 ns	p= 0,402 ns	p= 0,053 ns	p= 0,685 ns	p= 0,587 ns	p= 0,672 ns
Długotrwała rozłąka z matką	p=0,156 ns	p= 0,306 ns	<b>p=0,018*</b>	p= 0,681 ns	p= 0,699 ns	p= 0,499 ns
Długotrwała rozłąka z ojcem	p=0,606 ns	p= 0,660 ns	p= 0,554 ns	p= 0,366 ns	p= 0,393 ns	p= 0,695 ns
Poważna choroba somatyczna w rodzinie	p=0,585 ns	p= 0,658 ns	p= 0,399 ns	p= 0,394 ns	p= 0,888 ns	p= 0,730 ns
Alkoholizm w rodzinie	<b>p=0,007**</b>	<b>p=0,024*</b>	p= 0,125 ns	p= 0,281 ns	<b>p=0,011*</b>	<b>p=0,011*</b>
Alkoholizm u ojca	p=0,089 ns	p= 0,172 ns	p= 0,383 ns	p= 0,510 ns	p= 0,055 ns	<b>p=0,029</b>
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	p=0,197 ns	p= 0,256 ns	p= 0,991 ns	p= 0,943 ns	p= 0,077 ns	p= 0,214 ns
Leczenie psychiatryczne matki	p=0,106	p= 0,180 ns	p= 0,674 ns	p= 0,624 ns	<b>p=0,027*</b>	p= 0,196 ns
Choroby psychiczne w rodzinie	<b>p=0,005*</b>	<b>p=0,0008***</b>	p=0,485 ns	p= 0,217 ns	<b>p=0,025*</b>	<b>p=0,019*</b>
Depresja w rodzinie	p = 0,664 ns	p= 0,732 ns	p= 0,328 ns	p= 0,247 ns	p= 0,394 ns	p= 0,560 ns
ChAD w rodzinie	p= 0,147 ns	<b>p=0,026*</b>	p= 0,939 ns	p= 0,310 ns	p = 0,051 ns	p= 0,306 ns
Schizofrenia w rodzinie	p=0,110 ns	p= 0,117 ns	p= 0,060 ns	p= 0,543 ns	p= 0,716 ns	p= 0,390 ns
Samobójstwo w rodzinie	p=0,624 ns	p= 0,509 ns	p= 0,399 ns	p= 0,797 ns	p= 0,126 ns	p= 0,571 ns
Uzależnienia w rodzinie	<b>p=0,007**</b>	<b>p=0,001***</b>	p= 0,103 ns	p= 0,145 ns	p= 0,127 ns	<b>p=0,023*</b>

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,005

## **7. Omówienie**

### **7.1. Częstość występowania negatywnych wydarzeń dziecięcych**

Pierwszym rezultatem pracy jest wykazanie różnicy pomiędzy osobami z chorobą afektywną dwubiegunową a osobami zdrowymi pod względem częstości występowania traumatycznych doświadczeń życiowych w okresie dzieciństwa. Pacjenci z ChAD różnili się od osób z grupy kontrolnej pod względem wartości wskaźników mierzonych narzędziem CTQ (przemocy fizycznej, emocjonalnej, seksualnej, zaniedbania fizycznego oraz zaniedbania emocjonalnego) oraz częstością doświadczania negatywnych wydarzeń w dzieciństwie, takich jak alkoholizm, choroby psychiczne i samobójstwa w rodzinie, opuszczenie przez rodziców, rozwód, śmierć jednego z rodziców oraz długotrwała rozłąka z rodzicem.

Niniejsze badanie potwierdziło, że pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową częściej od osób zdrowych doświadczali w dzieciństwie przemocy emocjonalnej, fizycznej, seksualnej oraz zaniedbania emocjonalnego i fizycznego. Jest to zgodne z wynikami innych prac, w których, podobnie jak w tej pracy, posługiwano się głównie Kwestionariuszem Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (Etain i wsp. 2008, 2010, 2013; Maniglio, 2013; Aas i wsp., 2016). Specyficzna rola danego podtypu traumy dla określonych czynników klinicznych związanych z przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej w badanej grupie będzie przedmiotem dalszej analizy.

U pacjentów z ChAD wykazano istotnie częstsze występowanie alkoholizmu, chorób psychicznych i samobójstw w rodzinie w porównaniu z osobami zdrowymi. Wydaje się to oczywiste biorąc pod uwagę wskaźniki obciążenia rodzinnego tymi zaburzeniami u chorych z ChAD wykazane w licznych badaniach (Schulze i wsp., 2006). W badaniu wykazano ponadto u pacjentów z ChAD znamienne częstsze występowanie w okresie dzieciństwa poważnej choroby somatycznej w rodzinie, jak również (na granicy istotności statystycznej) częstszą sytuację pobytu członka rodziny w zakładzie karnym.

Dotychczas tylko w dwóch pracach badano wpływ utraty rodziców lub separację z nimi w okresie dzieciństwa na występowanie ChAD, gdzie stwierdzono istotnie większą częstość takiego wydarzenia u osób z ChAD w porównaniu z dobraną pod względem płci i wieku grupą kontrolną (Agid i wsp. 1999; Paksarian i wsp. 2015). W niniejszej pracy



potwierdzono, że osoby z ChAD istotnie częściej od osób z grupy kontrolnej doświadczały w dzieciństwie opuszczenia przez rodziców, śmierci jednego z rodziców oraz długotrwałej rozłąki z rodzicem, przy czym w zakresie tego ostatniego istotna różnica częstości dotyczyła zarówno ojca, jak i matki. Co interesujące, badanie pokazało również, że w rodzinach pacjentów z ChAD w okresie dzieciństwa częściej niż u osób zdrowych dochodziło do rozwodów ich rodziców.

W patogenezie choroby afektywnej dwubiegunowej podkreśla się znaczenie interakcji czynników genetycznych i środowiskowych (Uher, 2014; Aldinger i Schulze, 2017). Uher (2014) wskazał, że do środowiskowych czynników ryzyka choroby afektywnej dwubiegunowej należą między innymi: nieodpowiednie odżywianie w okresie prenatalnym, stres w okresie prenatalnym, toksoplazmoza, przedwczesne narodziny, negatywne doświadczenia w okresie dzieciństwa, używanie konopii indyjskich w okresie dorastania oraz stresujące wydarzenia w dorosłości.

Traumatyczne doświadczenia na wczesnym etapie rozwoju mogą modulować funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, które w połączeniu z predyspozycją genetyczną może być odpowiedzialny za powstawanie choroby afektywnej dwubiegunowej. Uzyskane w niniejszej pracy wyniki potwierdzają rezultaty innych badań wskazujące, że negatywne wydarzenia w okresie dzieciństwa stanowią istotny czynnik środowiskowy przyczyniający się do powstania choroby.

## **7.2. Negatywne wydarzenia a aspekty kliniczne ChAD**

Wyniki uzyskane w niniejszej pracy wskazują, że negatywne wydarzenia życiowe w dzieciństwie mogą mieć związek z przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej, powodując bardziej niekorzystne cechy tego przebiegu.

W badaniu wykazano, że wcześniejszy wiek wystąpienia choroby afektywnej dwubiegunowej jest związany z doświadczeniem przemocy seksualnej w okresie dzieciństwa. Potwierdzają to inne badania oraz metaanalizy, które wskazują, że nadużycia fizyczne i seksualne wydają się być najsilniejszymi predyktorami niekorzystnego obrazu klinicznego choroby afektywnej dwubiegunowej (Etain i wsp., 2013; Daruy-Filho i wsp., 2011; Fisher i Hosang, 2010, Leverich i wsp., 2002; Oliveira i wsp., 2015). Oliveira i wsp. (2015)

wykazali, że dysfunkcja systemu immunologicznego może być ważnym mechanizmem łączącym traumę dziecięcą z wczesnym początkiem choroby afektywnej dwubiegunowej. Badacze stwierdzili, że negatywny wpływ nadużyć seksualnych na wiek wystąpienia ChAD może być potęgowany u nosicieli polimorfizmu genu Toll-like receptor (TLR-2 rs3804099) związanego z czynnością układu odpornościowego. Wykazano również, że z wcześniejszym wiekiem wystąpienia ChAD wiąże się problem alkoholowy w rodzinie, uzależnienia w rodzinie oraz poważna choroba somatyczna w rodzinie. Ponadto wykazano, że z wcześniejszym wiekiem rozpoznania ChAD wiąże się występowanie przemocy seksualnej, problemu alkoholowego w rodzinie, leczenia psychiatrycznego w rodzinie, w szczególności obciążenia rodzinnego ChAD i uzależnienia w rodzinie. We wcześniejszych badaniach nie wykazano takich zależności. Dotychczasowe badania wskazywały również, że traumatyczne doświadczenia mają związek z większą liczbą epizodów choroby (Brown i wsp., 2005; Etain i wsp., 2013; Garino i wsp., 2005; Leverich i wsp., 2002; Maguire i wsp., 2008). W niniejszym badaniu nie stwierdzono takich zależności.

W badaniu nie wykazano zależności pomiędzy charakterem i profilem objawów pierwszego epizodu a doświadczeniem negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa.

Wykazano, że z występowaniem objawów psychotycznych był powiązany wyższy wynik na ogólnej skali traumy wczesnodziecięcej, przemocy emocjonalnej oraz zaniedbania emocjonalnego. Dotychczasowe badania i metaanalizy wskazywały jednak, że przemoc fizyczna i seksualna są najsilniej powiązane z występowaniem objawów psychotycznych (Aldinger i Schulze 2017, Hammersley i wsp., 2003; Upthegrove i wsp., 2015). Badanie przeprowadzone przez Upthegrove i wsp. (2015) na grupie 2019 pacjentów ujawniło, że doświadczenia związane z występowaniem nadużycia seksualnego w dzieciństwie było powiązane z częstszym występowaniem objawów psychotycznych. Badania przeprowadzone przez Van Dam'a i wsp. (2015) wykazały, że traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie, w szczególności zaniedbanie jest powiązane z wystąpieniem psychozy.

W badaniu wykazano, że z występowaniem prób samobójczych powiązane było doświadczenie przemocy emocjonalnej, zaniedbania emocjonalnego, występowanie chorób psychicznych oraz prób samobójczych w rodzinie pochodzenia. Jest to zgodne z wynikami innych badań (Etain i wsp., 2013; Garino i wsp., 2005; Brown i wsp., 2005; Leverich i wsp., 2003; McIntyre i wsp. 2008; Hoertel i wsp., 2015). Badanie przeprowadzone przez Hoertel

i wsp. (2015) wykazało, że wszystkie typy negatywnych doświadczeń w dzieciństwie (przemoc seksualna, przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna, zaniedbania) są powiązane z ryzykiem samobójstwa oraz z wczesnym wiekiem wystąpienia pierwszej próby samobójczej. Wykazano również, że wykorzystywanie seksualne było najsilniej powiązane z ryzykiem samobójstwa.

W badaniu nie wykazano zależności pomiędzy typem choroby afektywnej dwubiegunowej, a doświadczeniem negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa.

Badanie ujawniło, że z występowaniem przebiegu rapid-cycling jest związany wyższy wynik ogólny traumy wczesnodziecięcej, doświadczenie przemocy emocjonalnej, zaniedbania emocjonalnego oraz schizofrenii w rodzinie pochodzenia. Dotychczasowe badania potwierdzają taką zależność w odniesieniu do negatywnych wydarzeń w dzieciństwie (Etain i wsp., 2013; Garo i wsp., 2005).

W badaniu wykazano, że lekooporność była związana z wyższym wynikiem na skali ogólnej traumy wczesnodziecięcej oraz zaniedbania emocjonalnego. Dotychczasowe badania wskazują, że doświadczenie przemocy fizycznej i seksualnej jest związane z gorszą odpowiedzią na leczenie (Conus i wsp., 2010; Marchand i wsp., 2005).

Badanie wykazało również związek współwystępowania zaburzeń psychicznych, w szczególności zaburzeń lękowych z negatywnymi wydarzeniami w okresie dzieciństwa. Ze współwystępowaniem zaburzeń lękowych w badanej grupie jest związany wyższy wynik na skali przemocy emocjonalna, zaniedbanie emocjonalne, występowanie choroby afektywnej dwubiegunowej w rodzinie pochodzenia oraz długotrwała rozłąka z rodzicem, szczególnie z matką. Współczesne badania epidemiologiczne i kliniczne wskazują, że duża liczba chorych z powodu ChAD doznaje objawów lękowych, spełniających kryteria diagnostyczne zaburzeń lękowych (Grabski, 2012). Zależności między występowaniem zaburzeń lękowych, a negatywnymi wydarzeniami w dzieciństwie dotychczas nie opisywano.

W badanej grupie wykazano również, że występowanie chorób somatycznych było związane z doświadczeniem negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa, np. niższe ryzyko nadciśnienia tętniczego w dorosłym życiu było związane z doświadczeniem przemocy emocjonalnej. To może być niezgodne z niektórymi badaniami, które zostały przeprowadzone w populacji ogólnej (Stein i wsp., 2010; Parrish i wsp., 2013). Jednocześnie jednak, inne

badanie przeprowadzone przez Iniguez i Stankowski (2016) wykazało odwrotną korelację pomiędzy traumatycznymi wydarzeniami, a nadciśnieniem tętniczym, co może odpowiadać uzyskanym wynikom w niniejszym badaniu. McIntyre i wsp. (2012) stwierdzili, że osoby z ChAD, które doświadczyły w dzieciństwie traumatycznych wydarzeń mają wyższe ciśnienie skurczowe i rozkurczowe. Z kolei Post i inni (2013) wykazali związek między krytycznymi doświadczeniami zarówno z nadciśnieniem jak i niedociśnieniem, co może być zgodne z uzyskanymi wynikami w powyżej pracy. Niektórzy autorzy sugerują, że doświadczenie negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa może być związane z otyłością, zarówno w populacji ogólnej (Crowell i wsp., 2016) oraz w populacji pacjentów z zaburzeniami nastroju (McIntyre i wsp., 2012). W niniejszym badaniu wykazano związek pomiędzy długotrwałą rozłąką z rodzicami a występowaniem otyłości. Dotychczas nie zostało to potwierdzone w innych badaniach.

Wiele związków pomiędzy negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie a cechami klinicznymi choroby afektywnej dwubiegunowej było zależne od płci. Wpływ przemocy seksualnej na wcześniejszy wiek ChAD był znaczący u mężczyzn ( $r=-0,42$ ;  $p=0,044$ ). Związek pomiędzy zaniedbaniem emocjonalnym a zaburzeniami lękowymi i niższym ryzykiem wystąpienia nadciśnienia tętniczego był istotny u kobiet ( $p=0,007$ ;  $p=0,028$ ). Związek między całkowitym wynikiem CTQ, a objawami psychotycznymi, przebiegiem rapid-cycling i opornością na leczenie był istotny u mężczyzn ( $p=0,008$ ;  $p=0,012$ ;  $p=0,049$ ). Związek między zaniedbaniem emocjonalnym, a próbami samobójczymi był istotny u kobiet ( $p=0,05$ ). Z kolei związek pomiędzy długotrwałą rozłąką z rodzicem, a współwystępowaniem zaburzeń lękowych oraz otyłości był bardziej widoczny u mężczyzn ( $p=0,008$ ). Podobne różnice zauważyli Gayer-Anderson i wsp. (2015). W badaniu obejmujących 202 osoby z psychozą wykazali, że związek między negatywnymi wydarzeniami w dzieciństwie a wystąpieniem psychozy był widoczny tylko u kobiet. Vinkers i wsp. (2015) wykazali, że różnice między kobietami i mężczyznami w podatności na depresję pod wpływem traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie są związane z efektem mineralokortykoidów haplotypów genów. Z kolei Frodl i wsp. (2017) wykazali istotną interakcję pomiędzy negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie, w szczególności emocjonalnym i fizycznym zaniedbaniem na zmniejszoną objętością jądra ogoniastego u kobiet cierpiących z powodu depresji.

Badanie wykazało, że doświadczenie traumatycznych wydarzeń (przemocy emocjonalnej, przemocy fizycznej, przemocy seksualnej, zaniedbania emocjonalnego i fizycznego) jest powiązane z występowaniem innych negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa. Wynik ogólny traumatycznych doświadczeń był związany z występowaniem problemu alkoholowego w rodzinie, chorób psychicznych w rodzinie oraz uzależnienia w rodzinie. Przemoc emocjonalna również była związana z problemem alkoholowym, chorobami psychicznymi, szczególnie ChAD oraz uzależnieniem w rodzinie pochodzenia. Przemoc fizyczna była związana z długotrwałą rozłąką z matką. Zaniedbanie emocjonalne wiązało się z opuszczeniem przez ojca, problemem alkoholowym w rodzinie, chorobami psychicznymi w rodzinie oraz leczeniem psychiatrycznym matki. Podczas gdy, zaniedbanie fizyczne było związane głównie z występowaniem alkoholizmu, szczególnie u ojca, leczeniem psychiatrycznym w rodzinie, chorobami psychicznymi oraz uzależnieniem w rodzinie pochodzenia. Wydaje się to zrozumiałe, biorąc pod uwagę wyniki dotychczasowych badań i metaanaliz, które podkreślają również wzajemny związek niektórych form przemocy (Daruy-Filho i wsp., 2011).

Uzyskane wyniki w populacji badanych pacjentów z ChAD wskazują, że przemoc emocjonalna i zaniedbanie emocjonalne były najsilniej powiązane z gorszym przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej. Wyniki badania wykazały, że przemoc emocjonalna była najsilniej powiązana z występowaniem objawów psychotycznych, prób samobójczych, przebiegu rapid-cycling oraz współwystępowaniem zaburzeń lękowych. Z kolei zaniedbanie emocjonalne było powiązane z objawami psychotycznymi, próbami samobójczymi, przebiegiem rapid-cycling, współwystępowaniem zaburzeń lękowych oraz lekoopornością. Potwierdzają to wyniki innych badań, które sugerują, że przemoc emocjonalna jest najważniejszym czynnikiem rozwoju i nasilenia depresji w dorosłym życiu. Martins i wsp. (2014) po przebadaniu 81 dorosłych pacjentów wykazali, że nadużycia emocjonalne były najsilniej powiązane z zaburzeniami nastroju i ich nasileniem, w zakresie przeżywanego lęku i występowaniem myśli samobójczych. Z kolei metatabela przeprowadzona przez Norman i wsp. (2012) wykazała, że przemoc emocjonalna najsilniej zwiększa ryzyko wystąpienia depresji w dorosłym życiu (OR=3,06), w porównaniu z zaniedbaniem emocjonalnym (OR=2,11), przemocą fizyczną (OR=1,54). Według Butchart i wsp. (2006), nadużycia emocjonalne obejmują izolację, poniżanie, obwinianie, groźby, ośmieszanie, a także inne formy odrzucenia lub wrogiego nastawienia. Zaniedbanie z kolei obejmuje zaniedbanie

potrzeb rozwojowych dziecka, m.in. w zakresie ochrony zdrowia, edukacji, rozwoju emocjonalnego, odżywiania, schronienia, bezpiecznych warunków życia. Wydaje się, że czynniki te mogą być najsilniej związane z przeprogramowaniem sieci mózgowych, prowadzących do niekorzystnych cech klinicznych choroby afektywnej dwubiegunowej (Chen, Baram, 2016).

### **7.3. Ograniczenia badania**

Ograniczeniem badania może być stosunkowo niewielka liczba pacjentów. Ponadto, badanie zostało w całości oparte na retrospektywnych danych i informacjach uzyskanych od pacjentów i osób zdrowych. Jednakże, mając na uwadze te ograniczenia, uzyskane wyniki pokazują, jak tego typu związki wyglądają w polskiej populacji pacjentów z ChAD. Wydaje się, że przemoc emocjonalna i emocjonalne zaniedbania wywierają największy wpływ w tym zakresie.

## 8. Podsumowanie

Jak wykazano w niniejszej pracy, rola stresorów w postaci negatywnych doświadczeń w dzieciństwie w patogenezie choroby afektywnej dwubiegunowej jest niezwykle istotna. Traumatyczne doświadczenia na wczesnym etapie rozwoju mogą modulować funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, które w połączeniu z predyspozycją genetyczną może być odpowiedzialny za powstawanie i przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej. Negatywne doświadczenia w dzieciństwie mogą być odpowiedzialne za częstsze występowanie ChAD, jak również za wiele elementów związanych z jej cięższym przebiegiem klinicznym.

W badaniu wykazano, że pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową istotnie częściej od osób zdrowych doświadczały w dzieciństwie negatywnych wydarzeń oraz że wydarzenia te wywierały istotny wpływ na powstawanie i przebieg choroby i związane były z takimi czynnikami jak wiek wystąpienia pierwszego epizodu choroby, wiek rozpoznania choroby, obecność objawów psychotycznych, prób samobójczych, przebieg *rapid-cycling*, lekooporność, współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych (zaburzenia lękowe) oraz obecność chorób somatycznych (nadciśnienie, otyłość). W większości były to czynniki o negatywnym znaczeniu. Wyjątek może stanowić wcześniejsze rozpoznanie u osób u których w rodzinie była choroba psychiczna oraz mniejsze ryzyko nadciśnienia tętniczego u osób, które doświadczały przemocy emocjonalnej. W niniejszym badaniu wykryto również zależności dotychczas nie opisywane. Wykazano zwiększone ryzyko zaburzeń lękowych u osób doznających przemocy i zaniedbania emocjonalnego oraz wpływ długotrwałej rozłąki na ryzyko wystąpienia otyłości. Uzyskane wyniki u chorych z powodu ChAD wskazują, że przemoc emocjonalna i zaniedbanie emocjonalne są najsilniej powiązane z gorszym przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej.

Negatywne wydarzenia dziecięce mogą mieć istotne znaczenie dla leczenia ChAD. Uzyskane wyniki wskazują na celowość przeprowadzania szczegółowego wywiadu uwzględniającego negatywne doświadczenia w okresie dzieciństwa u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową. Ponieważ stwierdzono, że pacjenci, którzy doświadczaali negatywnych wydarzeń w dzieciństwie mogą mieć wcześniejszy początek choroby oraz bardziej niekorzystny jej przebieg (np. w postaci *rapid cycling*), częściej występują u nich próby samobójcze oraz gorzej reagują na leczenie i mają objawy zaburzeń lękowych, powyższy wywiad winien w szczególności dotyczyć takich pacjentów. Może to być istotne

dla prowadzenia właściwych oddziaływań zarówno farmakologicznych, jak i psycho-  
terapeutycznych.

Obecnie najczęstszym postępowaniem psychoterapeutycznym u chorych z ChAD jest  
terapia poznawczo-behawioralna oraz psychoedukacja. Ta ostatnia prowadzona jest zwykle  
wg protokołu psychoterapeutycznego, którego autorami są Francisk Colom i Eduard Vieta  
(2009). Wydaje się, że obydwie procedury, które skupione są głównie na terażniejszości,  
warto poszerzyć o informacje uwzględniające wydarzenia traumatyczne w dzieciństwie.  
Można również dokonać analizy profilu rozwojowego pacjenta i wpływu poszczególnych  
doświadczeń na powstawanie przekonań kluczowych dla pacjenta, które zostały zbudowane  
w kontekście wydarzeń w okresie dzieciństwa. Mogłoby to się przyczynić do zwiększenia  
skuteczności oddziaływań psychoterapeutycznych, wspomagających odpowiednie  
postępowanie farmakologiczne. W tym kontekście można również zwrócić uwagę na  
znaczenie prowadzenia odpowiednich oddziaływań profilaktycznych, w szczególności  
w rodzinach, w których członkowie rodziny cierpią z powodu chorób psychicznych. Jest  
to ważne dla poprawy jakości klinicznych i prawnych decyzji względem ochrony dzieci  
mających takie doświadczenia.

Wydaje się, że dalsze studia nad rolą negatywnych doświadczeń dziecięcych  
w patogenezie choroby afektywnej dwubiegunowej powinny integrować podejście  
psychologiczne i biologiczne. Do lepszego zrozumienia wpływu negatywnych wydarzeń  
w okresie dzieciństwa na rozwój choroby może się przyczynić wnikliwa analiza interakcji  
czynn timer genetycznych i środowiskowych. Badania takie powinny być prowadzone na  
dużej populacji osób, przy czym warto również rozważyć wpływ czynników  
osobowościowych oraz uwzględniać wiek, kiedy dochodziło do traumatycznych wydarzeń.



## 9. Wnioski

1. Pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową częściej niż osoby zdrowe doświadczały w dzieciństwie traumatycznych przeżyć takich jak przemoc emocjonalna, fizyczna i seksualna, zaniedbanie emocjonalne i fizyczne, alkoholizm, choroby psychiczne i samobójstwa w rodzinie, opuszczenie przez rodziców, rozwód, śmierć jednego z rodziców oraz długotrwała rozłąka z rodzicem.
2. W badanej grupie pacjentów z ChAD wśród negatywnych doświadczeń dziecięcych największe znaczenie miały przemoc i zaniedbanie emocjonalne, które wiązały się z takimi cechami klinicznymi choroby, jak objawy psychotyczne, próby samobójcze, rapid cycling, zaburzenia lękowe oraz oporność na leczenie.
3. W badanej grupie pacjentów z ChAD obecność zaburzeń psychicznych w rodzinie wiązała się z wcześniejszym wiekiem pierwszych objawów choroby, występowaniem prób samobójczych, przebiegiem rapid-cycling, oraz występowaniem zaburzeń lękowych. Istnienie takich zaburzeń w rodzinie sprzyjało natomiast wcześniejszemu rozpoznaniu choroby.
4. Uzyskane wyniki wskazują, że u osób z ChAD, zwłaszcza z ciężkim przebiegiem choroby, celowe jest przeprowadzanie szczegółowego wywiadu uwzględniającego negatywne doświadczenia w okresie dzieciństwa dla planowania u nich właściwych oddziaływań farmakologicznych i psychoterapeutycznych uwzględniających te wydarzenia.
5. Dalsze badania nad negatywnymi wydarzeniami w dzieciństwie winny integrować podejście psychologiczne i biologiczne. Do lepszego wyjaśnienia mechanizmów związanych z wpływem traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie na występowanie i obraz kliniczny choroby afektywnej dwubiegunowej może się przyczynić wnikliwa analiza interakcji czynników genetycznych i środowiskowych, wśród których negatywne wydarzenia w dzieciństwie pełnią istotną rolę.

## 10. Streszczenie

### 10.1. Streszczenie w języku polskim

W chorobie afektywnej dwubiegunowej (ChAD), oprócz predyspozycji genetycznej i mechanizmów neurobiologicznych ważnym czynnikiem patogenetycznym są również wydarzenia życiowe. Dotychczasowe badania wskazują, że różne typy wydarzeń występujących w okresie dzieciństwa mają związek z chorobą afektywną występującą w okresie dorosłości. Negatywne doświadczenia w dzieciństwie mogące odgrywać rolę w tym względzie to wydarzenia traumatyczne, do których należą m.in. doświadczenia wszelkiego rodzaju przemocy oraz utraty lub separacji z rodzicami.

Pierwszym celem niniejszej pracy było porównanie częstości występowania negatywnych doświadczeń w dzieciństwie, takich jak przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna, przemoc seksualna, zaniedbanie emocjonalne i fizyczne oraz długotrwała rozłąka z rodzicem, w dobranych pod względem płci i wieku grupach pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD) i osób zdrowych. Drugim celem pracy była ocena zależności pomiędzy negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie a czynnikami klinicznymi związanymi z powstawaniem i przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej.

Do badania włączono 104 osoby pochodzące z populacji polskiej. Osoby badane utworzyły 2 grupy: eksperymentalną i kontrolną. W grupie eksperymentalnej znalazło się 52 pacjentów z ChAD (29 kobiet, 23 mężczyzn) hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Kościanie oraz na Oddziale Psychiatrycznym w Miliczu. Średni wiek osób z grupy eksperymentalnej wynosił 47 lat (SD=12, rozpiętość 19-69 lat). Grupę kontrolną stanowiło 52 zdrowych osób (29 kobiet, 23 mężczyzn). Średni wiek osób z grupy kontrolnej wynosił 47 lat (SD=12, rozpiętość 18-68).

Do oceny negatywnych doświadczeń dziecięcych użyto polskiej wersji Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ) i własnego Kwestionariusza Negatywnych Doświadczeń Dziecięcych. Oceny demograficznej i klinicznej w grupie eksperymentalnej dokonano za pomocą ankiety powstawania i przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, skali oceny depresji Hamiltona (HDRS) oraz skali manii Younga (YMRS). Badani pacjenci byli w okresie poprawy klinicznej, gdy nasilenie objawów

depresji w skali Hamiltona nie przekraczało 10 pkt., jak również nasilenie manii w skali Younga nie przekraczało 10 pkt. Ocenę demograficzną w grupie kontrolnej przeprowadzono przy użyciu kwestionariusza dla osób bez zaburzeń psychicznych.

W porównaniu z grupą kontrolną pacjenci z ChAD wykazywali wyższy poziom wskaźników mierzonych narzędziem CTQ (przemocy fizycznej, emocjonalnej, seksualnej, zaniedbania fizycznego, emocjonalnego) oraz częściej doświadczali innych negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa, takich jak alkoholizm, choroby psychiczne i samobójstwa w rodzinie, opuszczenie przez rodziców, rozwód, śmierć jednego z rodziców oraz długotrwała rozłąka z rodzicem.

Przemoc emocjonalna i zaniedbanie emocjonalne były związane z największą liczbą niekorzystnych cech klinicznych choroby afektywnej dwubiegunowej. Doświadczenie w dzieciństwie przemocy emocjonalnej i zaniedbania emocjonalnego zwiększało ryzyko wystąpienia objawów psychotycznych, prób samobójczych, przebiegu rapid-cycling i współwystępowania zaburzeń lękowych. Ponadto, przemoc emocjonalna wiązała się z mniejszym ryzykiem wystąpienia nadciśnienia, a emocjonalne zaniedbanie z większym ryzykiem lekooporności. Wynik ogólny traumy wczesnodziecięcej był związany z występowaniem objawów psychotycznych, przebiegiem rapid-cycling i lekoopornością. W badanej grupie przemoc seksualna była związana z wcześniejszym wystąpieniem choroby, a długotrwała rozłąka z rodzicami ze współwystępowaniem zaburzeń lękowych i otyłości. Ponadto stwierdzono wiele powiązań pomiędzy obciążeniem rodzinnym chorobami psychicznymi, a niekorzystnymi cechami klinicznymi związanymi z przebiegiem ChAD.

Uzyskane wyniki świadczą o istotnej roli negatywnych wydarzeń dziecięcych jako ważnego czynnika środowiskowego w powstawaniu i przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Wydaje się więc celowe przeprowadzanie u osób z ChAD, szczególnie u tych, którzy wykazują ciężki przebieg choroby, szczegółowego wywiadu uwzględniającego negatywne doświadczenia w okresie dzieciństwa dla planowania u nich właściwych oddziaływań farmakologicznych i psychoterapeutycznych.

## 10.2. Streszczenie w języku angielskim - A synopsis in English

In the pathogenesis of bipolar disorder (BD) apart from a genetic predisposition and neurobiological factors, the life events can also play a significant role. Previous studies have suggested that different types of events in childhood can be associated with bipolar disorder occurring in adulthood. The negative childhood experiences that may play a role in this respect are traumatic events including, among others, all kinds of abuse and parental loss or separation.

The first aim of this study was to compare the prevalence of negative experiences in childhood such as physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, emotional and physical neglect, and long-term separation from the parent, in patients with bipolar disorder (BD) and healthy persons, matched by gender and age. The second aim of this study was to evaluate the relationship between negative experiences in childhood and clinical factors associated with development and clinical course of bipolar disorder.

The study was conducted among 104 people from the Polish population. They formed two groups: experimental and control. Fifty-two patients with BD (23 male, 29 female) were included into experimental group. They were hospitalized in the Department of Adult Psychiatry, Poznan University of Medical Sciences, in the Neuropsychiatric Hospital in Kościan and in the psychiatric ward in Milicz. The mean age of the experimental group was 47 years (SD = 12, range: 19-69 years). The control group included 52 people (23 male, 29 female) without mental illness. The mean age of the control group was 47 years (SD = 12), (range: 18-68).

For the assessment of negative experiences in childhood, the Polish version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) was employed as well as the author's own questionnaire of negative experiences in childhood. Demographic and clinical evaluations in experimental group were performed using a questionnaire of the development and course of bipolar disorder, the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and the Young Mania Rating Scale (YMRS). The assessment in patients was performed during improvement period when they scored 10 or less points on the HDRS and/or on the YMRS. Demographic evaluation in the control group was performed using a questionnaire for people without mental disorders.

Compared with the control group, BD patients showed higher indices measured by the CTQ (physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, emotional neglect, physical neglect) and also experienced more frequently such negative childhood events as alcoholism, psychiatric illness and suicide in the family, parental abandonment, divorce, death and prolonged separation.

Emotional abuse and neglect in childhood were associated with the highest number of unfavorable clinical features of BD. Both these events predicted such aspects of the illness as psychotic symptoms, suicidal attempts, rapid cycling and anxiety disorders. In addition, emotional abuse was connected with lower risk of hypertension and emotional neglect - with treatment resistance. The total result of the CTQ was correlated with psychotic symptoms, rapid cycling, and treatment resistance. In patients studied, sexual abuse was linked to an earlier onset of illness, and long-term separation with parents - to anxiety disorders and obesity. Furthermore, a number of associations was also found between family history of psychiatric disorders and unfavorable clinical features of the course of BD.

The results obtained point to a significant role of negative childhood experiences as an important environmental factor in the development and course of BD. It seems desirable to perform in patients with BD, especially in those showing a severe course of the illness, a proper interview for the negative childhood experiences for planning in them the adequate pharmacological and psychotherapeutic procedures.

## 11. Piśmiennictwo

1. Aas M, Henry C, Andreassen OA, Bellivier F, Melle I, Etain B. The role of childhood trauma in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord.* 2016; 4: 2.
2. Aas M, Haukvik UK, Djurovic S, Tesli M. Interplay between childhood trauma and BDNF *val66met* variants on blood BDNF mRNA levels and on hippocampus subfields volumes in schizophrenia spectrum and bipolar disorders. *J Psychiatr Res.* 2014; 59: 14-21.
3. Agid O, Shapira B, Zislin J, Ritsner M, Hanin B, Murad H i wsp. Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorders and schizophrenia. *Mol Psychiatry.* 1999; 4: 163–172.
4. Aldinger F, Schulze TG. Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2017; 71: 6-17.
5. Angst J. Zur Atiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Springer-Verlag, Berlin, 1966.
6. Badura-Madej W, Dobrzyńska-Mesterhazy A. Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2000.
7. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press, 1979.
8. Baumeister D, Akhtar R, Ciufolini S, Pariante CM, Mondeli V. Childhood trauma and adulthood inflammation: a meta-analysis of peripheral C-reactive protein, interleukin-6 and tumour necrosis factor- $\alpha$ . *Mol Psychiatry.* 2016; 21: 642-649.
9. Begemann MJH, Daalman K, Heringa SM, Schutte MJL, Sommer IE. Childhood trauma as a risk factor for psychosis: the confounding role of cognitive functioning. *Psychol Med.* 2016; 46: 1115–1118.
10. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K i wsp. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1132–1136.
11. Bernstein DP, Fink L. Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report. Manual. TX: The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company. San Antonio, 1998.

12. Bidzińska E. Czynniki stresowe w chorobach afektywnych. *Psychiatr Pol.* 1984; 17: 469-475.
13. Blasczyk-Schiep S, Jaworska-Andryszewska P. Negatywne doświadczenia w dzieciństwie, stres a zachowania samouszkodzające i tendencje samobójcze u osób z zaburzeniem osobowości typu borderline. *Pol Merkuriusz Lek.* 2014; 216: 389-393.
14. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment.* London: Penguin Books, 1983.
15. Brągiel J. *Zrozumieć dziecko skrzywdzone.* Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, 1996.
16. Brągiel J. Zaniedbanie dziecka w rodzinie. *Roczniki Socjologii Rodziny*, 1998; 10: 277-288.
17. Brietzke E, Stertz L, Fernandes B, Kauer-Sant'Anna M, Mascarenhas M, Vargas AE, Chies JA, Kapczinski F. Comparison of cytokine levels in depressed, manic and euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2009; 116: 214–217.
18. Browne K, Herbert M. *Zapobieganie przemocy w rodzinie.* PARPA, Warszawa, 1999.
19. Brown GR, Mcbride L, Bauer MS, Williford WO. Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: a replication study in U.S. veterans. *J Affect Disord.* 2005; 89: 57–67.
20. Brzezińska A. *Psychologiczne portrety człowieka.* Wydawnictwo: GWP, Gdańsk 2005.
21. Butchart A, Phinney Harvey A, Mian M, Fűrmiss T, Kahane T. *Preventing child maltreatment: a guide to action and generating evidence.* Geneva: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; 2006.
22. Cakir S, Tasdelen Durak R, Ozyildirim, Ince E, Sar V. Childhood trauma and treatment outcome in bipolar disorder. *J Trauma Dissociation.* 2015; 17: 397-409.
23. Carlson V, Cicchetti D, Barnett D, Braunwald K. Disorganized/disoriented attachment relationship in maltreated infants. *Dev Psychol.* 1989; 25: 525-531.
24. Caspi A, Sugden K, Moffitt T, Taylor A, Craig IW, Harrington H i wsp. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science.* 2003; 301: 386-389.
25. Cattaneo A, Macchi F, Plazzotta G, Veronica B, Bocchio-Chiavetto L, Riva MA i wsp. Inflammation and neuronal plasticity: a link between childhood trauma and depression pathogenesis. *Front Cell Neurosci.* 2015; 40: 1-12.

26. Cawson P, Wattam C, i Brooker S, Kelly G. Child maltreatment in the United Kingdom a study of the prevalence of child abuse and neglect. National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC): London, 2000.
27. Christoffersen M, DePanfilis D. Prevention of child abuse and neglect and improvements in child development. *Child Abuse Rev.* 2009; 18: 24-40.
28. Chen Y, Baram TZ. Toward understanding how early-life stress reprograms cognitive and emotional brain networks. *Neuropsychopharmacol.* 2015; 1-10.
29. Cicchetti D, Doyle C. Child maltreatment, attachment and psychopathology: mediating relations. *World Psychiatry.* 2016, 15: 89-90.
30. Colom F, Vieta E. Podręcznik psychoedukacji w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych. Warszawa: Medipage, 2009.
31. Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, Berk M, Daglas R, McGorry PD. Pretreatment and outcome correlates of past sexual and physical trauma in 118 bipolar I disorder patients with a first episode of psychotic mania. *Bipolar Disord.* 2010; 12: 244–252.
32. Crowell JA, Davis CR, Joung KE, Usher N, McCormick SP, Dearing E i wsp. Metabolic pathways link childhood adversity to elevated blood pressure in midlife adults. *Obes Res Clin Pract.* 2016; 10: 580-588.
33. Czub M. (2005). Wiek niemowlęcy. Jak rozpoznać potencjał dziecka? W: A.Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka* (s. 41-66). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
34. Czub T. (2005). Wiek niemowlęcy. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? W: A.Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka* (s. 67-93). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
35. Daruy-Filho L, Brietzke E, Lafer B, Grassi-Oliveira R. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2011; 124: 427-434.
36. Data-Franco J, Singh A, Popovic D, Ashton M, Berk M, Vieta E i wsp. Beyond the therapeutic shackles of the monoamines: new mechanisms in bipolar disorder biology. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 2017; 72: 73–86.
37. De Codt A, Monhonval P, Bongaerts X, Belkacemi I, Tecco JM. Bipolar disorder and early affective trauma. *Psychiat Danub.* 2016; 28: 4-8.
38. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition (DSM-5). Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.



39. Dienes KA, Hammen C, Henry RM, Cohen AN, Daley SE. The stress sensitization hypothesis: understanding the course of bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2006; 95: 43–49.
40. Doyle C. Emotional abuse of children: issues for intervention. *Child Abuse Rev.* 1997; 6: 330-342.
41. Dubowitz H. A conceptual definition of child neglect. *Crimi Justice Behav.* 1993; 20: 8–26.
42. Dudek D, Siwek M, Jaeschke R. Choroba afektywna dwubiegunowa w szczególnych populacjach klinicznych W: Choroba afektywna dwubiegunowa – wyzwania diagnostyczne. Termedia. Poznań, 2012.
43. Dunner DL, Fieve RR. Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure. *Arch Gen Psychiatry.* 1974; 30: 229-233.
44. Elzy MB. Examining the Relationship between Childhood Sexual Abuse and Borderline Personality Disorder: Does Social Support Matter? *Journal of Child Sexual Abuse.* 2011; 20: 284–304.
45. Etain B, Aas M, Andreassen OA, Lorentzen S, Dieset I, Gard S i wsp. Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2013; 74: 991-998.
46. Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2008; 10: 867–876.
47. Etain B, Mathieu F, Henry C, Raust A, Roy I, Germain A i wsp. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J Trauma Stress.* 2010; 23: 376–383.
48. Ferensztajn E, Rybakowski J. Etapy przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. *Psychiatr Pol.* 2012; 4: 613-626.
49. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams J. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). American Psychiatric Press Inc., Washington, DC, 1996.
50. Fisher H, Hosang G. Childhood maltreatment and bipolar disorder: a critical review of the evidence. *Mind Brain.* 2010; 1: 750–785.
51. Freud S. Trauer und Melancholie. Fischer, Frankfurt, 1917.

52. Frodl T, Janowitz D, Schmaal L, Tozzi L, Dobrowolny H, Stein DJ i wsp. Childhood adversity impacts on brain subcortical structures relevant to depression. *J Psychiatr Res.* 2017; 86: 58-65.
53. Gajowy M, Simon W. Przemoc, zaniedbanie w dzieciństwie oraz straty ciąży- ich wzajemne powiązania oraz psychologiczne konsekwencje tych powiązań. *Psychiatr Pol.* 2002; 36: 911-927.
54. Gallop R. Failure of the capacity for self-soothing in women who have a history of abuse and self harm. *J Am Psychiat Nurses.* 2002; 8: 20-26.
55. Garo J, Goldberg J, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 2005; 186: 121-125.
56. Gayer-Anderson Ch, Fisher HL, Fearon P, Hutchinson G, Morgan K, Dazzan P i wsp. Gender differences in the association between childhood physical and sexual abuse, social support and psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol.* 2015; 50:1489-1500.
57. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect.* 2002; 26: 697-714.
58. Glaser D. Podstawy teoretyczne i pojęciowe dotyczące krzywdzenia psychicznego i zaniedbywania emocjonalnego dzieci. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka.* 2003; 4: 7-23.
59. Goldberg JF, Garo JL. Development of posttraumatic stress disorder in adult bipolar patients with histories of severe childhood abuse. *J Psychiatr Res.* 2005; 39:595–601.
60. Goldstein BI, Strober MA, Birmaher B, Axelson DA, Esposito-Smythers Ch, Goldstein TR i wsp. Substance use disorders among adolescents with bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disord.* 2008; 10: 469–478.
61. Grabowiec A. Samoocena dzieci krzywdzonych w rodzinie. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2011.
62. Grabski B, Dudek D. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych a choroba afektywna dwubiegunowa. *Polskie Towarzystwo Psychiatryczne*, Kraków, 2007.
63. Grabski B, Dudek D, Datka W, Mączka G, Zięba A. Lifetime anxiety and substance use disorders comorbidity in bipolar disorder and its relationship to selected variables. Gender and bipolar subtype differences in comorbidity. *Arch Psychiatry Psychotherapy.* 2008, 3: 5-15.

64. Grabski B. Zaburzenia współwystępujące z zaburzeniem dwubiegunowym. W: Choroba afektywna dwubiegunowa – wyzwania diagnostyczne. Termedia. Poznań, 2012.
65. Hammersley P, Dias A, Todd G, Bowen-Jones K, Reilly B, Bentall RP. Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *Br J Psychiatry*. 2003; 182: 543–547.
66. Hauser J, Leszczyńska-Rodziewicz A, Skibińska M. Wspólne podłoże genetyczne schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej? *Psychiatria*. 2005; 2: 145-153.
67. Herman JL. Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2004.
68. Hoertel N, Franco S, Wall MM, Oquendo MA, Wang S, Limosin F i wsp. Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: a nationally representative study. *J Clin Psychiatry*. 2015; 76: 916-923.
69. Hosang G, Shiles C, Tansey K, McGuffin P, Uher R. Interaction between stress and the BDNF Val66Met polymorphism in depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*. 2014; 12: 1-11.
70. Iniewicz G. Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania. *Psychiatr Pol*. 2008, 42: 671-682.
71. Iniguez KC, Stankowski RV. Adverse child experiences and health in adulthood in a rural population-based sample. *Clin Med Res*. 2016; 14: 126-137.
72. International Classification of Diseases. Tenth Edition. ICD-10. Classification of Mental and Behavioral Disorders World Health Organization, Geneva, 1992.
73. Izdebski R, de Barbaro M, Szaszkiwicz W. Przemoc w rodzinie. Maltretowanie fizyczne i wykorzystanie seksualne dzieci i młodzieży. W: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. PZWL. Warszawa, 2004.
74. Jaworska-Andryszewska P, Abramowicz M, Kosmala A, Klementowski K, Rybakowski J. Trauma wczesnodziecięca w chorobie afektywnej dwubiegunowej. *Neuropsychiatr Neuropsychol*. 2016; 11, 2: 39–46.
75. Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski J. Negatywne doświadczenia dziecięce a powstawanie i przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej. *Psychiatr Pol*. 2016; 50: 989–1000.

76. Jerrel JM, McIntyre RS, Tripathi A. A cohort study of the prevalence and impact of comorbid medical conditions in pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71: 1518-1525.
77. Johnson SL, Miller I. Negative life events and time to recovery from episodes of bipolar disorder. *J. Abnorm. Psychol.* 1997; 106: 449–457.
78. Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. The Serotonin Transporter Promoter Variant (5-HTTLPR), Stress, and Depression Meta-analysis Revisited. *Arch Gen Psychiat.* 2011, 5: 444–454.
79. Kasprzak M, Kiejna A. Badania nad rolą wydarzeń życiowych w zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym. *Psychiatr Pol.* 2013; 47: 875-885.
80. Kessing LV, Agerbo E, Mortensen PB. Major stressful life events and other risk factors for first admission with mania. *Bipolar Disord.* 2004; 6: 122–129.
81. Kiejna A. Epidemiologia zaburzenia dwubiegunowego u osób dorosłych W: Choroba afektywna dwubiegunowa – wyzwania diagnostyczne. Termedia. Poznań, 2012.
82. Kraszewska A, Wójciak P, Rybakowski J. Choroba afektywna dwubiegunowa z szybką, ultraszybką lub okołodobową zmianą faz. *Neuropsychiatr i Neuropsychol.* 2013; 8, 2: 56-64.
83. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization, 2002.
84. Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A. *Wobec przemocy*. Kraków: Wydawnictwo ALL, 1997.
85. Kubacka-Jasiecka D. *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2010.
86. Landowski J. Biologiczne mechanizmy stresu. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 1. Urban & Partner, Wrocław, 2002, 179-190.
87. Lapin IP, Oxenkrug GF. Intesification of the central serotonergic processes as a possible determinant of the thymoleptic effect. *Lancet*. 1969; 7586: 132-136.
88. Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppess T, Keck PE, McElroy SE i wsp. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64: 506–515.

89. Leverich GS, Mcelroy SL, Suppes T, Keck PE, Denicoff KD, Nolen WA i wsp. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry*. 2002; 51: 288–297.
90. Lew-Starowicz Z. *Przemoc seksualna*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & Co, 1992.
91. Lewin D, Herron H. Signs, symptoms and risk factors: health visitors perspectives of child neglect. *Child Abuse Rev*. 2007; 16: 93-107.
92. Lipowska-Teutsch A. *Wobec przemocy*. Kraków: Wydawnictwo Towarzystwo Interwencji Kryzysowej, 1997.
93. Lutz PE, Almeida D, Fiori LM, Turecki G. Childhood maltreatment and stress-related psychopathology: The epigenetic memory hypothesis. *Curr Pharm Des*. 2015; 21: 1413-1417.
94. Maguire C, Mccusker CG, Meenagh C, Mulholland C, Shannon C. Effects of trauma on bipolar disorder: the mediational role of interpersonal difficulties and alcohol dependence. *Bipolar Disord*. 2008; 10: 293–302.
95. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on the course of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord*. 2013; 15: 341–358.
96. Marchand WR, Wirth L, Simon C. Adverse life events and pediatric bipolar disorder in a community mental health setting. *Community Ment Health J*. 2005; 41: 67–75.
97. Martins CM, Von Werne Baes C, Tofoli SM, Juruena MF. Emotional abuse in childhood is a differential factor for the development of depression in adults. *J Nerv Ment Dis*. 2014; 202: 774-782.
98. Mazur J. *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, 2002.
99. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE, Frye MA, Denicoff KD i wsp. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 420–6.
100. McIntyre RS, Soczynska JK, Liauw SS, Woldeyohannes HO, Brietzke E, Nathanson J i wsp. The association between childhoodadversity and components of metabolic syndrome in adults with mood disorders: results from the international mood disorders collaborative project. *Int J Psychiatry Med*. 2012; 43: 165-177.

101. McIntyre RS, Soczynska JK, Mancini D, Lam C, Woldeyohannes HO, Moon S i wsp. The relationship between childhood abuse and suicidality in adult bipolar disorder. *Violence Vict.* 2008; 23: 361–372.
102. McLaughlin KA, Sheridan MA, Gold AL, Duys A, Lambert HK, Peverill M i wsp. Maltreatment exposure, brain structure, and fear conditioning in children and adolescents. *Neuropsychopharmacol.* 2016; 41: 1956-1964.
103. McWhirter JJ, McWhirter BT, McWhirter AM, McWhirter EH. *Zagrożona młodzież. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa, 2008.*
104. Mellibruda J. Oblicza przemocy, *Remedium.* 1993; 10: 5-6.
105. Mellibruda J. O zjawisku krzywdzenia dzieci w rodzinie. *Niebieska Linia.* 2001; 2: 6-9.
106. Mellibruda J. Wybrane problemy patologii życia rodzinnego. W: J. Strelau, *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 3, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo psychologiczne, 2000.*
107. Michalska K, Jaszczak-Kuźmińska D. *Przemoc w rodzinie. Warszawa: PARPA, 2007.*
108. Miller J. Allegations of domestic violence in child custody proceedings. *Journal of Contemporary Legal Issues.* 2007; 16: 229-232.
109. Morgan C, Gayer-Anderson Ch. Childhood adversities and psychosocial evidence, challenges, implications. *World Psychiatry.* 2016; 15:2.
110. Murzyn A. Doświadczenie wczesnodziecięcej traumy jako predyktor wyniku leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości. Praca doktorska. Uniwersytet Jagielloński. Collegium Medicum. Wydział Lekarski, Kraków, 2012.
111. Negele AJ, Kaufhold J, Kallenbach L. Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depression Research and Treatment.* 2015; 11.
112. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2003; 100: 14293–14296.
113. Noto MN, Noto C, Caribe C, Scippa AM, Nunes SO, Chaves AC i wsp. Clinical characteristic and influence of childhood trauma on the prodrome of bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015; 37: 280-288.
114. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T i wsp. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse and neglect: A systematic review and meta-analysis. *Plos Med.* 2012; 11: 2-31.

115. Olivero JM. How is domestic violence defined for therapeutic purpose? *National Social Science Journal*, 2010; 34: 110-128.
116. Oliveira J, Etain B, Lajnef M, Hamdani N, Bennabi M, Benqoufa D i wsp. Combined effect of *TLR2* gene polymorphism and early life stress on the age at onset of bipolar disorders. *Plos one*. 2015; 10: 1-13.
117. Ożarowska M. Wykorzystywanie seksualne dziecka: istota zjawiska, objawy, skutki. *Horyzonty Psychologii*. 2011; 1: 89-100.
118. Paksarian D, Eaton WW, Mortensen PB, Merikangas KR, Pedersen CB. A population-based study of the risk of schizophrenia and bipolar disorder associated with parent-child separation during development. *Psychol Med*. 2015; 45: 2825-2837.
119. Parrish C, Surkan PJ, Martins SS, Gattaz WF, Andrade LH, Viana MC. Childhood adversity and adult onset of hypertension and heart disease in São Paulo, Brazil. *Prev Chronic Dis*. 2013; 10: E205.
120. Perris C. A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. I. Genetic investigation. *Acta Psychiatr Scand*. 1966; 194: 15-44.
121. Piekarska A. Przemoc, kary cielesne i krzywdzenie dzieci. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka. 2003; 3: 9-19.
122. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat, 2008.
123. Pospiszyl I. Przemoc w rodzinie. Warszawa: WSIP, 1994.
124. Pospiszyl I. Razem przeciw przemocy. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, 1999.
125. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry*. 1992; 149: 999–1010.
126. Post R, Altshuler L, Leverich GS, Frye ME, Suppes T, McElroy SL i wsp. Role of childhood adversity in the development of medical co-morbidities associated with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2013; 147: 288-294.
127. Pużyński S. Choroby afektywne nawracające. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. (red.) *Psychiatria*. Tom II. Urban & Partner, Wrocław, 2002; 343-415.
128. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. *Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków: Vesalius, 1998.

129. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków: Vesalius, 1998.
130. Quide Y, Reilly NO, Rowland JE, Carr VJ, Elzinga BM, Green MJ. Effects of childhood trauma on working memory in affective and non-affective psychotic disorders. *Brain Image and Behav.* 2016; 1-14.
131. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand.* 2005; 112: 330–350.
132. Roberts AL, Ying Chen MA, Slopen N, McLaughlin KA, Koenen KC, Austin SB. Maternal experience of abuse in childhood and depressive symptoms in adolescent and adult offspring: a 21-years longitudinal study. *Depress anxiety.* 2015; 32: 709-719.
133. Rybakowski J. *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej.* Wydawnictwo Termedia, Poznań, 2009.
134. Rybakowski J.: *Choroby afektywne.* W: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny.* PZWL. Warszawa, 2011.
135. Rybakowski, J. Czynniki stresowe w etiologii schizofrenii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii.* 2002; 11: 19-26.
136. Rybakowski JK, Suwalska A, Łojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. Types of depression more frequent in bipolar than in unipolar affective illness: results of the Polish DEP-BI study. *Psychopathology.* 2007; 40: 153-158.
137. Sajkowska M. *Co o nich wiemy? Lekarze i pedagodzy o dzieciach krzywdzonych,* Fundacja dzieci niczyje, Warszawa, 1994.
138. Sajkowska M. Krzywdzenie dzieci w świetle badań empirycznych, *Remedium,* 2001; 5: 1-4.
139. Sajkowska M. Wykorzystywanie seksualne dzieci. Ustalenia terminologiczne, skala zjawiska, oblicza problemu społecznego. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka,* 2002; 1: 5-28.
140. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of the supporting evidence. *Am J Psychiatry.* 1965; 122: 509-522.
141. Schulze TG, Hedeker D, Zandi P, Rietschel M, McMahon FJ. What is familial about familial bipolar disorder? Resemblance among relatives across a broad spectrum of phenotypic characteristics. *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63: 1368-1376.



142. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL.: Zaburzenia nastroju. W: Psychopatologia. Zyska i S-ka Wydawnictwo. Poznań, 2003.
143. Senator D. Klasyfikacja Diagnostyczna DC:0-3R. Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa. Oficyna Wydawnicza. Warszawa, 2007.
144. Sffoglia A, Pacheco MA, Grassi-Oliveira R. History of childhood abuse and neglect and suicidal behavior at hospital admission. *Hogrefe & Huber Publishers*. 2008; 29: 154-158.
145. Siwek M i wsp. Cechy spectrum zaburzeń dwubiegunowych u osób otyłych. *Psychiatr Pol*. 2015, 49: 993-1004.
146. Soriano A. Przemoc wobec dzieci. Wydawnictwo eSPe, Kraków, 2002.
147. Spokas M, Wenzel A, Stirman SW, Brown GK, Beck, AT. Suicide risk factors and mediators between childhood sexual abuse and suicide ideation among male and female suicide attempters. *J Trauma Stress*. 2009; 22: 467-470.
148. Sroufe A. Emotional development. The organization of emotional life in the early years. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
149. Stein DJ, Scott K, Haro Abad JM, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermayer M i wsp. Early childhood adversity and later hypertension: data from the World Mental Health Survey. *Ann Clin Psychiatry*. 2010; 22: 19-28.
150. Stevenson O. Neglected children: issues and dilemmas. Blackwell Science: London, 1998.
151. Sun Kim J, Lee SH. Influence of interations between genes and childhood trauma on refractoriness in psychiatric disorders. *Prog Neuro-Psychoph*. 2016; 70: 162-169.
152. Świącicki Ł, Gałęcki P. Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław, 2015.
153. Tuscic J, Flander B, Mateskovic D. The consequences of childhood abuse. *Pedjatrija Danas: Pediatrics Today*. 2013; 9: 24-35.
154. Uher R. Gene–environment interactions in severe mental illness. *Front Psychiatry*. 2014; 5: 48.
155. Uptegrove R, Chard Ch, Jones L, Gordon-Smith K, Forty L, Jones I i wsp. Adverse childhood events and psychosis in bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2015; 206: 191-197.

156. Watson S, Gallagher P, Dougall D, Porter R, Moncrieff J, Ferrier IN i wsp. Childhood trauma in bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014; 48: 564-570.
157. Wciórka J. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2000.
158. Young JE, Klosko JS. Program zmiany sposobu życia. Wydawnictwo Zielone Drzewo. Warszawa, 2012.
159. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Terapia schematów. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Sopot, 2013.
160. Van Dam DS, Van Nierop M, Viechtbauer W, Velthorst E, van Winkel R, Bruggeman R i wsp. Childhood abuse and neglect in relation to the presence and persistence of psychotic and depressive symptomatology. *Psychol Med*. 2015; 45: 1363–1377.
161. Vinkers CH, Joëls M, Milaneschi Y, Gerritsen L, Kahn RS, Penninx BW i wsp. Mineralocorticoid receptor haplotypes sex-dependently moderate depression susceptibility following childhood maltreatment. *Psychoneuroendocrinology*. 2015; 54: 90-102.

## 12. Załączniki

### 12.1. Skala depresji Hamiltona (HDRS, Hamilton Depression Rating Scale)

#### 1. Nastroj depresyjny

0	nie stwierdza się
1	ujawniany przez pacjenta dopiero po zapytaniu
2	ujawnia depresję spontanicznie
3	stwierdza się niewerbalne przejawy depresji (wyraz twarzy, głos, płacz)
4	depresja stanowi jedyny typ nastroju ujawniany drogą werbalną i niewerbalną

#### 2. Poczucie winy

0	nie stwierdza się
1	poczucie sprawienia zawodu innym, wymówki wobec siebie
2	rozważania o winie, błędach popełnionych w przeszłości
3	przekonania, że obecna choroba jest karą, urojenia winy
4	omamy słuchowe o treści oskarżającej pacjenta, denuncjującej

#### 3. Myśli i tendencje samobójcze

0	nie stwierdza się
1	poczucie, że nie warto żyć
2	pragnienie (życzenie) śmierci, np. drogą naturalną
3	myśli i tendencje samobójcze
4	próby samobójcze (brać pod uwagę jedynie poważne)

#### 4. Zaburzenia zasypiania

0	nie stwierdza się
1	sporadyczne trudności z zasypianiem (oczekiwanie na sen powyżej 0,5 godz.)
2	częste, znaczne trudności z zasypianiem

#### 5. Sen płytki, przerywany

0	nie stwierdza się
1	płytki, niespokojny sen
2	budzenie się w nocy, opuszczanie łóżka (nie oceniać budzenia się w związku z potrzebami fizjologicznymi)

#### 6. Wczesne budzenie

0	nie stwierdza się
1	budzenie się nad ranem i ponowne zasypianie
2	budzenie się zbyt wcześnie z niemożnością ponownego uśnięcia

## 7. Praca i zainteresowania

0	nie stwierdza się
1	poczucie obniżonej wydolności, niechęć do podejmowania aktywności złożonej
2	utrata zainteresowań i chęci do działania, wykonywania pracy, hobby
3	zmniejszenie liczby godzin przeznaczonych na aktywność złożoną (praca, rozrywki, hobby), w szpitalu: gdy pacjent podejmuje aktywność złożoną poniżej 3 godzin dziennie
4	niezdolność do pracy, przerwa w pracy, na oddziale brak przejawów spontanicznej aktywności

## 8. Spowolnienie, zahamowanie (myślenia, mowy, upośledzenie koncentracji uwagi, obniżenie aktywności ruchowej w czasie badania)

0	nie stwierdza się
1	nieznaczne
2	wyraźne spowolnienie
3	na skutek zahamowania - trudności w przeprowadzeniu badania
4	osłupienie

## 9. Niepokój, podniecenie ruchowe

0	nie stwierdza się
1	zaznaczony niepokój manipulacyjny
2	wyraźny niepokój manipulacyjny, przebieranie palcami, bawienie się włosami
3	stałe poruszanie się, niemożność spokojnego siedzenia
4	podniecenie ruchowe, wykręcanie rąk, obgryzanie paznokci, wrywanie włosów, przygryzanie warg

## 10. Lęk - objawy psychiczne

0	nie stwierdza się
1	subiektywne: napięcie, rozdrażnienie
2	martwienie się drobiazgami
3	cechy lęku w wyrazie twarzy i w wypowiedziach
4	lęk i obawy ujawniane spontanicznie przez pacjenta

## 11. Lęk - objawy somatyczne (oceniać suchość w jamie ustnej, biegunki, wzdęcia, palpacje, objawy hiperwentylacji, pocenie się, częste oddawanie moczu, zawroty głowy, nieostre widzenie)

0	nie stwierdza się
1	łagodnie (nieznacznie) nasilone
2	umiarkowanie nasilone
3	znaczne (ciężkie) nasilenie

4 | nasilenie bardzo duże, dominuje

## 12. Przewód pokarmowy, brak apetytu, zaparcia

0	nie stwierdza się
1	brak apetytu, ale pokarm spożywa bez pomoc personelu
2	jada mało, pod namową lub przy pomocy personelu, stałe zaparcia (potrzeba stosowania leków przeczyszczających)

## 13. Objawy somatyczne ogólne

0	nie stwierdza się
1	uczucie ciężaru w głowie, karku, barków, wzmożona męczliwość, utrata energii
2	znaczne nasilenie dolegliwości wymienionych w punkcie 1

## 14. Utrata libido, popędu seksualnego, zaburzenia miesiączkowania

0	nie stwierdza się
1	nasilenie łagodne
2	nasilenie znaczne
x	nie dotyczy

## 15. Hipochondria

0	nie stwierdza się
1	zaabsorbowanie problemem własnego ciała
2	nadmierna dbałość o zdrowie, lęk przed chorobą
3	narzekań i skargi na złe zdrowie, żądanie pomocy, leczenia
4	urojenia hipochondryczne

## 16. Ubytek masy ciała

A. Ocena danych z wywiadu (przeszłości)

0	nie stwierdza się
1	prawdopodobnie wystąpiła utrata mas w związku z obecną chorobą
2	potwierdzona utrata masy ciała

B. Ocena stanu aktualnego (oceniać okres 1 tygodnia)

0	poniżej 0,5 kg
1	od 0,5 kg do 1 kg (na tydzień)
2	powyżej 1 kg (na tydzień)

## 17. Krytycyzm (wgląd)

0	nie stwierdza się
1	poczucie obecności depresji jako choroby (krytycyzm zachowany)

2	krytycyzm częściowy - poczucie obecności choroby, ale jest ona następstwem np. wadliwej diety, infekcji, przemęczenia itp.
3	brak krytycyzmu

---

## 12.2. Skala manii Younga (YMRS, Young Mania Rating Scale)

### 1. Podwyższony nastrój

0	nie występuje
1	nastrój lekko lub prawdopodobnie podwyższony w trakcie badania
2	wyraźne subiektywnie odczuwane podwyższenie nastroju, optymizm, wiara w siebie; radość; stosownie do okoliczności
3	podwyższenie nastroju nieadekwatne do okoliczności, nadmierne poczucie humoru
4	stan euforii; niestosowny śmiech, śpiewanie

### 2. Wzmoczona aktywność ruchowa/energia

0	nie występuje
1	subiektywnie odczuwane wzmoczone poczucie energii
2	ożywienie; wzmoczona gestykulacja
3	przejawy nadmiernej energii; okresowa nadmierna aktywność, niepokój ruchowy (możliwy do opanowania przez chorego)
4	pobudzenie ruchowe; ciągła nadmierna aktywność (niemożliwa do opanowania przez chorego)

### 3. Popęd seksualny

0	prawidłowy
1	lekko lub prawdopodobnie wzmożony
2	wyraźne wzmoczenie popędu seksualnego subiektywnie odczuwane w trakcie badania
3	spontanicznie ujawniane zainteresowanie sprawami seksu, obszerne wypowiedzi na tematy seksualne, chory sam zgłasza wzmoczoną aktywność seksualną
4	jawne zachowanie seksualne (w stosunku do pacjentów, personelu lub osoby przeprowadzającej badanie)

### 4. Sen

0	chory nie podaje skrócenia snu
1	sen o godzinę krótszy niż normalnie
2	sen o więcej niż godzinę krótszy niż normalnie
3	chory zgłasza mniejszą potrzebę snu
4	chory zaprzecza, że odczuwa potrzebę snu

### 5. Drażliwość

0	nie występuje
1	
2	subiektywnie odczuwane wzmoczone poczucie drażliwości
3	
4	okresowe przejawy rozdrażnienia w trakcie badania, epizody wybuchów gniewu lub

	rozdrażnienia na oddziale w ostatnim okresie
5	
6	częste przejawy rozdrażnienia w trakcie badania, chory przez cały czas zachowuje szorstkość i lakoniczność w stosunku do badającego
7	
8	chory nastawiony wrogo, odmawia współpracy, niemożliwe przeprowadzenie badania

### 6. Mowa (szybkość i fluencja)

0	prawidłowa
1	
2	subiektywne poczucie nadmiernej rozmowności
3	
4	chory okresowo mówi dużo lub szybko, czasami występuje gadatliwość
5	
6	przymus mówienia, mowa nadmiernie szybka, znacznie zwiększona fluencja, trudności w przerywaniu wypowiedzi
7	
8	ciągły potok mowy niemożliwy do przerywania

### 7. Formalne zaburzenia myślenia i wypowiedzi

0	nie występuje
1	zwiększona drobiazgowość, lekkie rozproszenie wątku, szybszy bieg myśli
2	rozproszenie toku myślenia, utrata wątku, częsta zmiana tematu, szybkie następowanie myśli jednej za drugą
3	gonitwa myśli, przeskakiwanie z tematu na temat, trudno podążyć za biegiem myśli, rymowanie, eholalia
4	inkoherencja (całkowity bezład) myśli, niemożliwe porozumienie z chorym

### 8. Zaburzenia treści myślenia

0	nie występują
1	
2	słabo uzasadnione (nieracjonalne) plany, nowe zainteresowania
3	
4	nadzwyczajne projekty lub przedsięwzięcia, nadmierna religijność
5	
6	idee wielkościowe lub paranoidalne, idee odniesienia (ksobne)
7	
8	urojenia, omamy

### 9. Zachowania destrukcyjne lub/i agresywne

0	nie występują, chory chętny do współpracy
1	
2	sarkastyczność, okresowa hałaśliwość, nieufność



3	
4	chory zgłasza liczne pretensje, wypowiada groźby pod adresem osób na oddziale
5	
6	chory grozi badającemu, krzyczy, prowadzenie badania jest utrudnione
7	
8	chory agresywny czynnie, niszczy przedmioty, przeprowadzenie badania jest niemożliwe

### 10. Wygląd niestaranny

0	ubiór stosowny i schludny
1	chory nieco zaniedbany
2	wygląd niestaranny, chory wyraźnie zaniedbany, strój przesadny do okoliczności
3	chory niechlujny, ubiór niekompletny, zbyt jaskrawy makijaż
4	chory całkowicie zaniedbany, nosi niezwykle dekoracje i ozdoby, ubiór dziwaczny

### 11. Wgląd

0	w pełni zachowany, występuje świadomość choroby, chory przyznaje, że zachodzi konieczność leczenia
1	chory dopuszcza możliwość istnienia choroby
2	przyznaje, że występuje u niego zmiana zachowania, ale uważa, że nie jest ona spowodowana chorobą
3	chory dopuszcza możliwość zmiany zachowania, ale zaprzecza istnieniu choroby
4	chory zaprzecza, że wystąpiła u niego jakakolwiek zmiana zachowania

### 12.3. Ankieta powstawania i przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej

#### Ankieta powstawania i przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej

**Imię i nazwisko:**

**Data badania** .....

**1. Data urodzenia** .....

**2. Wykształcenie** .....

**3. Zawód** .....

**4. Stan cywilny** .....

**5. Miejsce zamieszkania** .....

**6. Rodzina pochodzenia:**

- pełna

- niepełna

**7. Obciążenia rodzinne**

**Czy w Pana (Pani) rodzinie występują, bądź występowały choroby psychiczne, proszę napisać u kogo?**

.....

Jeśli tak, proszę wskazać jakie to choroby i u jakiego członka rodziny występowały:

- Depresja

- Choroba afektywna dwubiegunowa

- Schizofrenia

- Uzależnienie od alkoholu (środków psychoaktywnych)

- Samobójstwa

- Inne (proszę podać jakie .....) )

**Czy w Pana (Pani) rodzinie występują, bądź występowały choroby somatyczne, proszę napisać u kogo?**

.....

Jeśli tak, proszę wskazać jakie to choroby i u jakiego członka rodziny występowały:

- Nadciśnienie

- Choroby naczyniowe mózgu

- Otyłość
- Choroby tarczycy
- Cukrzyca
- Inne (proszę podać jakie .....

### **8. Początek choroby (pierwszy epizod)**

W jakim wieku i w którym roku (ile Pan/Pani miał wówczas lat) pojawiły się pierwsze objawy choroby afektywnej dwubiegunowej (kiedy została postawiona diagnoza, proszę podać rok)?

.....

Jakie były objawy początkowe choroby afektywnej dwubiegunowej, czy był to stan depresji, manii czy hipomanii?

.....

### **9. Początek rozpoczęcia leczenia**

W jakim wieku i w którym roku (ile Pan/Pani miał wówczas lat) zostało rozpoczęte leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej?

.....

W jakiej fazie chorobowej zostało podjęte leczenie?

.....

W jakim wieku i w którym roku (ile Pan/Pani miał wówczas lat) miała miejsce pierwsza hospitalizacja z powodu choroby afektywnej dwubiegunowej?

.....

Jakie leki zostały wówczas zastosowane?

.....

### **10. Przebieg choroby**

W jakim wieku i w którym roku (ile Pan/Pani miał wówczas lat) pojawił się pierwszy epizod depresyjny? (Jak długo trwał epizod depresyjny?)

.....

W jakim wieku i w którym roku (ile Pan/Pani miał wówczas lat) pojawił się pierwszy epizod maniakalny? (Jak długo trwał epizod maniakalny?)

.....

W jakim wieku i w którym roku (ile Pan/Pani miał wówczas lat) pojawił się pierwszy epizod hipomaniakalny? (Jak długo trwał epizod hipomaniakalny?)

.....

Czy w przebiegu choroby występowały objawy psychiatryczne?

.....

Ile trwał najdłuższy epizod Pana/Pani choroby?

.....

Liczba epizodów depresji .....

Liczba epizodów manii .....

Liczba epizodów hipomanii .....

Liczba epizodów mieszanych .....

Liczba prób samobójczych .....

Liczba hospitalizacji .....

### **11. Przebieg dotychczasowego leczenia farmakologicznego**

Jakie leki w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej Pan (Pani) przyjmował (-a)?

.....

W jakich dawkach przyjmował (-a) Pan (Pani) leki?

.....

W jakim okresie czasu przyjmował (-a) Pan (Pani) leki?

.....

Czy aktualnie przyjmuje Pan (Pani) leki psychotropowe? (Jeśli tak, proszę podać jakie to leki?)

.....

### **12. Choroby somatyczne (rodzaj choroby, rok zachorowania, stosowane leki)**

Czy choruje Pan (Pani) na choroby somatyczne? (Jeśli tak, proszę podać z powodu jakich chorób somatycznych Pan/Pani choruje i wskazać rok zachorowania):

- Nadciśnienie

- Choroby naczyniowe mózgu

- Otyłość

- Choroby tarczycy

- Cukrzyca

- Inne (proszę podać jakie .....

Czy aktualnie przyjmuje Pan (Pani) leki stosowane z powodu chorób somatycznych? (Jeśli tak, proszę podać jakie to leki?)

.....

### **13. Zaburzenia współwystępujące**

Czy zostały u Pana (Pani) zdiagnozowane inne choroby współwystępujące? (Jeśli tak, proszę podać jakie to choroby?):

- Uzależnienie od alkoholu
- Uzależnienie od środków psychoaktywnych
- Uzależnienie od wyrobów tytoniowych
- Zaburzenia osobowości (proszę podać jakie .....)
- Zaburzenia lękowe
- Inne (proszę podać jakie .....)

## 12.4. Kwestionariusz dla osób bez zaburzeń psychicznych

### Kwestionariusz dla osób bez zaburzeń psychicznych

#### Czy choruje Pan (Pani) z powodu chorób psychicznych?

.....

Jeżeli choruje Pan (Pani) z powodu chorób psychicznych proszę nie wypełniać poniższego kwestionariusza. Jeśli jest Pan (Pani) osobą zdrową proszę wypełnić kwestionariusz, odpowiadając na poniższe pytania.

**Imię i nazwisko:** .....

**Data badania** .....

**1. Data urodzenia** .....

**2. Wykształcenie** .....

**3. Zawód** .....

**4. Stan cywilny** .....

**5. Miejsce zamieszkania** .....

**6. Rodzina pochodzenia:**

- pełna

- niepełna

**7. Czy w Pana (Pani) rodzinie występowały choroby psychiczne?**

.....

Jeśli tak, proszę wskazać jakie to choroby i u jakiego członka rodziny występowały:

- Depresja

- Choroba afektywna dwubiegunowa

- Schizofrenia

- Uzależnienie od alkoholu (środków psychoaktywnych)
- Samobójstwa
- Inne (proszę podać jakie .....

**8. Czy w Pana (Pani) rodzinie występowały choroby somatyczne?**

.....

Jeśli tak, proszę wskazać jakie to choroby i u jakiego członka rodziny występowały:

- Nadciśnienie
- Choroby naczyniowe mózgu
- Otyłość
- Choroby tarczycy
- Cukrzyca
- Inne (proszę podać jakie .....

**9. Czy choruje Pan (Pani) na choroby somatyczne? (Jeśli tak, proszę podać z powodu jakich chorób somatycznych Pan/Pani choruje i wskazać rok zachorowania):**

- Nadciśnienie
- Choroby naczyniowe mózgu
- Otyłość
- Choroby tarczycy
- Cukrzyca
- Inne (proszę podać jakie .....

**10. Czy aktualnie przyjmuje Pan (Pani) leki stosowane z powodu chorób somatycznych? (Jeśli tak, proszę podać jakie to leki?)**

.....

**11. Czy nadużywa Pan (Pani) alkoholu? (Czy jest Pan/Pani uzależniony (-a) od alkoholu?)**

.....

**12. Czy nadużywa Pan (Pani) środków psychoaktywnych? (Czy jest Pan/Pani uzależniony (-a) od środków psychoaktywnych?)**

.....

**13. Czy pali Pan (Pani) papierosy? (Czy jest Pan/Pani uzależniony (-a) od wyrobów tytoniowych?)**

.....



**12.5. Kwestionariusz Traumatyzacji Wczesnodziecięcej  
(CTQ – ang. *Childhood Trauma Questionnaire*)**

**CTQ**

**Instrukcja**

Poniższe pytania dotyczą pewnych twoich doświadczeń w okresie dzieciństwa i dorastania. Chociaż mają bardzo osobisty charakter prosimy, żebyś spróbował/a odpowiedzieć na nie tak szczerze, jak potrafisz. Obok każdego pytania zaznacz kółkiem kropkę pod odpowiedzią, która najlepiej odnosi się do tego, co czujesz. Jeśli zechcesz zmienić odpowiedź przekreśl narysowane kółko i postaw nowe pod nową kropką.

Imię i nazwisko -

Wiek -

Płeć -

<b>Kiedy byłem mniejszy/mała/mały</b>	<b>Nigdy</b>	<b>Rzadko</b>	<b>Czasem</b>	<b>Często</b>	<b>Bardzo często</b>
1. Miałem/am za mało jedzenia	1	2	3	4	5
2. Wiedziałem/am, że jest ktoś, komu na mnie zależy i kto mnie chroni	5	4	3	2	1
3. W rodzinie przezywano mnie „głupi/a”, „leń” i „paskudny/a”	1	2	3	4	5
4. Moi rodzice byli zbyt pijani albo naćpani, żeby zajmować się rodziną	1	2	3	4	5
5. Był w rodzinie ktoś, dzięki komu czułem/am się ważna/y i wyjątkowa/y	5	4	3	2	1
6. Musiałam/em nosić brudne ubrania	1	2	3	4	5
7. Czułam/em się kochana/y					
8. Myślałam/em, że moi rodzice chcieli, żebym się nie urodził/a	1	2	3	4	5
9. Ktoś w rodzinie uderzył mnie tak mocno, że trzeba było iść do lekarza	1	2	3	4	5
10. Niczego nie chciałam/em zmieniać w mojej rodzinie	1	2	3	4	5
11. Bito mnie w domu tak, że miałam/em siniaki i otarcia	1	2	3	4	5
12. Karano mnie pasem, sznurem, kijem, albo czymś innym twardym	1	2	3	4	5
13. W rodzinie dbano o siebie nawzajem	5	4	3	2	1
14. W rodzinie mówiono do mnie rzeczy przykre i raniące	1	2	3	4	5
15. Jestem przekonana/y, że maltretowano mnie fizycznie	1	2	3	4	5
16. Miałam/Em doskonałe dzieciństwo	1	2	3	4	5

17. Zbito lub uderzono mnie tak mocno, że ktoś zwrócił na to uwagę: nauczyciel, sąsiad lub doktor	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
18. Czułam/em, że ktoś w rodzinie mnie nienawidzi	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
19. W mojej rodzinie ludzie byli sobie bliscy	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
20. Ktoś próbował mnie dotykać seksualnie, lub zmuszać do dotykania jego	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
21. Ktoś straszył mnie, że mnie pobije, lub nakłamał na mnie, jeśli nie zrobię z nim czegoś seksualnego	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
22. Miałam/em najlepszą rodzinę na świecie	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
23. Ktoś usiłował zmusić mnie do robienia seksu, albo do patrzenia na seks	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
24. Ktoś mnie molestował	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
25. Jestem pewien, że nadużywano mnie uczuciowo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
26. Kiedy tego potrzebowałam zawsze ktoś zabrał mnie do lekarza	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
27. Jest pewna/ien, że wykorzystywano mnie seksualnie	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
28. Rodzina była dla mnie źródłem siły i oparcia	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

## 12.6. Autorski Kwestionariusz Negatywnych Doświadczeń w Dzieciństwie

### Autorski Kwestionariusz Negatywnych Doświadczeń w Dzieciństwie

Autor: Paulina Jaworska - Andryszewska

Imię i nazwisko:

Wiek:

Poniższe pytania dotyczą pewnych twoich doświadczeń w okresie dzieciństwa i dorastania. Obok każdego twierdzenia postaw krzyżyk pod odpowiedzią, która najlepiej odnosi się do tego, co czujesz. Jeśli twoja odpowiedź będzie twierdząca proszę odpowiedz wówczas na dodatkowe pytania, które zostały zamieszczone pod głównym twierdzeniem.

<b>Kiedy dorastałem (-am), w ciągu pierwszych 18 lat mojego życia</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<p>1. w moim środowisku rodzinnym była osoba, która miała problem z nadużywaniem alkoholu bądź środków psychoaktywnych.</p> <p>Jeśli tak, to w jakim okresie twojego dzieciństwa? (W jakim wieku?) _____</p> <p>Jeśli tak, podaj która z osób dla ciebie najbliższych nadużywała alkohol bądź środki psychoaktywne? _____</p>		
<p>2. w moim środowisku rodzinnym była osoba, która leczyła się z powodu zaburzeń psychicznych.</p> <p>Jeśli tak, to w jakim okresie twojego dzieciństwa? (W jakim wieku?) _____</p> <p>Jeśli tak, podaj która z osób dla ciebie najbliższych leczyła się psychiatrycznie? _____</p>		
<p>3. w moim środowisku rodzinnym była osoba, która próbowała popełnić samobójstwo.</p> <p>Jeśli tak, to w jakim okresie twojego dzieciństwa? (W jakim wieku?) _____</p> <p>Jeśli tak, podaj która z osób dla ciebie najbliższych próbowała popełnić samobójstwo? _____</p>		

<p>4. w moim środowisku rodzinnym była osoba, która popełniła samobójstwo.</p> <p>Jeśli tak, to w jakim okresie twojego dzieciństwa? (W jakim wieku?)</p> <p>_____</p> <p>Jeśli tak, podaj która z osób dla ciebie najbliższych popełniła samobójstwo?</p> <p>_____</p>		
<p>5. w moim środowisku rodzinnym była osoba, która zmagala się z powodu poważnej choroby, np. onkologicznej.</p> <p>Jeśli tak, to w jakim okresie twojego dzieciństwa? (W jakim wieku?)</p> <p>_____</p> <p>Jeśli tak, podaj która z osób dla ciebie najbliższych chorowała z powodu poważnej choroby?</p> <p>_____</p>		
<p>6. w moim środowisku rodzinnym była osoba, która przebywała w więzieniu.</p> <p>Jeśli tak, to w jakim okresie twojego dzieciństwa? (W jakim wieku?)</p> <p>_____</p> <p>Jeśli tak, podaj która z osób dla ciebie najbliższych przebywała w więzieniu?</p> <p>_____</p>		
<p>7. w moim dzieciństwie przeżywałem czas w którym zostałem opuszczony przez rodzica, rodziców bądź opiekunów.</p> <p>Jeśli tak, to w jakim okresie twojego dzieciństwa? (W jakim wieku?)</p> <p>_____</p> <p>Jeśli tak, podaj przez którą z osób dla ciebie najbliższych zostałeś opuszczony?</p> <p>_____</p>		
<p>8. w moim dzieciństwie przeżywałem czas w którym moi rodzice byli w separacji.</p> <p>Jeśli tak, to w jakim okresie twojego dzieciństwa? (W jakim wieku?)</p> <p>_____</p>		
<p>9. w moim dzieciństwie przeżywałem czas w którym moi rodzice się rozwiedli.</p>		

<p>Jeśli tak, to w jakim okresie twojego dzieciństwa? (W jakim wieku?)</p> <p>_____</p>		
<p>10. w moim dzieciństwie przeżywałem czas w którym moja matka zmarła.</p> <p>Jeśli tak, to w jakim okresie twojego dzieciństwa? (W jakim wieku?)</p> <p>_____</p> <p>Czy była to śmierć samobójcza?</p> <p>_____</p>		
<p>11. w moim dzieciństwie przeżywałem czas w którym mój ojciec zmarł.</p> <p>Jeśli tak, to w jakim okresie twojego dzieciństwa? (W jakim wieku?)</p> <p>_____</p> <p>Czy była to śmierć samobójcza?</p> <p>_____</p>		
<p>12. w moim dzieciństwie przeżywałem czas w którym moi rodzice zmarli.</p> <p>Jeśli tak, to w jakim okresie twojego dzieciństwa? (W jakim wieku?)</p> <p>_____</p>		
<p>13. w moim dzieciństwie przeżywałem czas długotrwałej rozłąki z rodzicem bądź rodzicami.</p> <p>Jeśli tak, to w jakim okresie twojego dzieciństwa? (W jakim wieku?)</p> <p>_____</p> <p>Jeśli tak, podaj z którą z osób dla ciebie najbliższych pozostawałeś w długotrwałej rozłące?</p> <p>_____</p>		

## **12.7. Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na badanie**

### **INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE**

Rola negatywnych doświadczeń dziecięcych w powstawaniu i przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej.

Badania ostatnich lat wskazują, że negatywne doświadczenia wieku dziecięcego mogą odgrywać rolę w rozwoju i obrazie klinicznym zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym. Proponujemy Panu/Pani udział w badaniu, którego celem jest ocena zależności pomiędzy negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie, a powstaniem i przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej. Uzyskane wyniki mogą mieć znaczenie zarówno w kontekście diagnostyki choroby jak również stosowania odpowiednich oddziaływań terapeutycznych i profilaktycznych zarówno farmakologicznych, jak i psychoterapeutycznych.

Powyższe badanie polega na wypełnieniu przez Pana/Panią trzech kwestionariuszy. Udział w badaniu jest dobrowolny, w każdej chwili może Pan/Pani wycofać zgodę na udział w dalszej części badania klinicznego bez podania przyczyny.

#### **ZGODA NA UDZIAŁ W BADANIU**

Po zapoznaniu się z charakterem i celem badania oraz wyjaśnieniu wszystkich jego aspektów przez badacza wyrażam zgodę na udział w badaniu.

Imię i nazwisko chorego .....

Data .....

Podpis - .....

Imię i nazwisko badacza .....

Data .....

Podpis .....

## **12.8. Informacja dla osoby badanej oraz formularz świadomej zgody na badanie**

### **INFORMACJA DLA OSOBY BADANEJ ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE**

Rola negatywnych doświadczeń dziecięcych w powstawaniu i przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej.

Badania ostatnich lat wskazują, że negatywne doświadczenia wieku dziecięcego mogą odgrywać rolę w rozwoju i obrazie klinicznym zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym. Proponujemy Panu/Pani, jako osobie zdrowej, udział w badaniu, którego celem jest ocena zależności pomiędzy negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie, a powstaniem i przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej. Zamierzamy dokonać porównania występowania takich wydarzeń między osobami zdrowymi, a osobami, u których doszło do powstania choroby afektywnej dwubiegunowej. Uzyskane wyniki mogą mieć znaczenie zarówno w kontekście diagnostyki choroby, jak również stosowania odpowiednich oddziaływań terapeutycznych i profilaktycznych zarówno farmakologicznych jak i psychoterapeutycznych.

Powyższe badanie polega na wypełnieniu przez Pana/Panią trzech kwestionariuszy. Udział w badaniu jest dobrowolny, w każdej chwili może Pan/Pani wycofać zgodę na udział w dalszej części badania klinicznego bez podania przyczyny.

#### **ZGODA NA UDZIAŁ W BADANIU**

Po zapoznaniu się z charakterem i celem badania oraz wyjaśnieniu wszystkich jego aspektów przez badacza wyrażam zgodę na udział w badaniu.

Imię i nazwisko osoby badanej .....

Data .....

Podpis - .....

Imię i nazwisko badacza .....

Data .....

Podpis .....

## 12.9. Zgoda na przeprowadzenie badań – Uchwała nr 28/15



UNIwersytet Medyczny Im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym  
Im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Collegium Maius  
ul. Fredry 10  
61-701 Poznań

tel. (+48 61) 854 62 51, 854 60 60  
fax. (+48 61) 854 61 07  
www.bioetyka.ump.edu.pl

### Uchwała nr 28/15

Na podstawie przepisów Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. 2011, Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania Komisji Bioetycznych (Dz. U. Nr 47, poz. 480); Ustawy z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004r. Nr 53, poz. 533 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 kwietnia 2004r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. 2004 nr 101, poz. 1034 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 18 maja 2005r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. Nr 101, poz. 845); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004r. w sprawie sposobu prowadzenia badań klinicznych z udziałem małoletnich (Dz. U. 2004 Nr 104, poz. 1108); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004r. w sprawie zgłaszania niespodziewanego ciężkiego niepożądanego działania produktu leczniczego (Dz. U. Nr 104, poz. 1107); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. w sprawie wzorów wniosków przekładanych w związku z badaniem klinicznym, wysokości opłat za złożenie wniosków oraz sprawozdania końcowego z wykonania badania klinicznego (Dz. U. 2010r. nr 222 poz. 1453, z późn. zm.); Ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2010r. nr 107 poz. 679, z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 6 października 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sponsora i badacza klinicznego w związku z prowadzeniem badania klinicznego wyrobów (Dz. U. 2010, Nr 194 poz. 1290); Ustawa z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. 2011 nr 82 poz. 451); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012r. w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz. U. 2012, Nr 0 poz. 489); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012r. w sprawie wzorów dokumentów przekładanych w związku z badaniem klinicznym produktu leczniczego oraz w sprawie wysokości i sposobu uiszczania opłat za złożenie wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego (Dz. U. 2012, Nr 0 poz. 491); w oparciu o Deklarację Helsińską - Zasady Etycznego Postępowania w Eksperymentach Medycznych z Udziałem Ludzi.

**Komisja Bioetyczna, na posiedzeniu w dniu 08 stycznia 2015 r.**

**rozpatrzyła wniosek dotyczący prowadzenia badań naukowych.**

**Kierownik projektu:**

**prof. dr hab. Janusz Rybakowski**

**Miejsce prowadzenia badań:**

**Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu**

**Główny badacz:**

**mgr psych. Paulina Jaworska- Andryszewska**

**Członkowie zespołu**

**badawczego:**

**dr Maria Abramowicz**

**lek. med. Aleksandra Kosmała**

**lek. med. Krzysztof Klementowski**

**Temat badań:**

**„Rola negatywnych doświadczeń dziecięcych w powstawaniu i przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej”.**

**Komisja wydała uchwałę o pozytywnym zaopiniowaniu tego wniosku**

Przewodniczący Komisji

prof. dr hab. med. Paweł Chęciński



## 12.10. Szczegółowe wyniki obliczeń statystycznych

**Tabela 24.** Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej a wiek pierwszych objawów ChAD.

Charakterystyka kliniczna	Wiek pierwszych objawów	Objawy początkowe depresja	Objawy początkowe mania	Objawy początkowe hipomania	Wiek rozpoznania ChAD
CTQ wynik ogólny	r=-0,260 p=0,06 ns	OR=0,98 [0.93- 1,02] p=0,414 ns	OR=1,02 [0.97-1.09] p=0,28 ns	OR=0,99 [0.91-1.08] p=0,87 ns	r=-0,235 p=0,09 ns
Przemoc emocjonalna	r=-0,251 p=0,07 ns	OR=0,93 [0.81-1.07] p=0,339 ns	OR=1,03 [0.88-1.23] p=0,66 ns	OR=1,11 [0.89-1.39] p=0,34 ns	r=-0,238 p=0,08 ns
Przemoc fizyczna	r=-0,135 p=0,33 ns	OR=0,96 [0.83-1.12] p=0,669 ns	OR=1,06 [0.91-1.25] p=0,40 ns	OR=0,90 [0.58-1.39] p=0,63 ns	r=-0,233 p=0,09 ns
Przemoc seksualna	<b>r=-0,364</b> <b>p=0,007</b>	- 5,83±2,42 5,00±0,00 z=-1,284 p=0,199 ns	- 5,00±0,00 5,78±2,35 z=1,014 p=0,310 ns	- 5,00±0,00 5,73±2,28 z=0,695 p=0,487 ns	<b>r=-0,296</b> <b>p=0,03</b>
Emocjonalne zaniedbanie	r=-0,088 p=0,53 ns	OR=0,90 [0.78-1.04] p=0,181 ns	OR=1,13 [0.95-1.35] p=0,15 ns	OR=1,02 [0.82-1.28] p=0,84 ns	r=-0,176 p=0,21 ns
Fizyczne zaniedbanie	r=-0,206 p=0,14 ns	OR=1,00 [0.81-1.23] p=0,997 ns	OR=1,08 [0.88-1.35] p=0,43 ns	OR=0,67 [0.32-1.41] p=0,29 ns	r=-0,196 p=0,16 ns

- analiza nie była możliwa do przeprowadzenia

**Tabela 25.** Obciążenia rodzinne chorobami psychicznymi a wiek pierwszych objawów ChAD.

Charakterystyka kliniczna	Wiek pierwszych objawów	Objawy początkowe depresja	Objawy początkowe mania	Objawy początkowe hipomania	Wiek rozpoznania ChAD
Alkoholizm w rodzinie	<b>25,4±8,79</b> <b>32,5±11,82</b> <b>z=2,147</b> <b>p=0,031</b>	OR=0,43 [0.09-1.84] p=0,254 ns	OR=1,70 [0.31-9.42] p=0,540 ns	OR=3,44 [0.29-40.71] p=0,326 ns	<b>33±8,25</b> <b>41,93±11,56</b> <b>z=2,889</b> <b>p=0,003</b>
Alkoholizm u ojca	26,47±9,03 31,37±11,94 z=1,309 p=0,190 ns	OR=0,31 [0.07-1.35] p=0,119 ns	OR=2,28 [0.41-12.75] p=0,346 ns	OR=4,53 [0.38-53.92] p=0,232 ns	<b>34,11±8,06</b> <b>40,62±12,00</b> <b>z=2,079</b> <b>p=0,037</b>
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	26,46±8,93 30,87±11,79 z=1,174 p=0,240 ns	OR=1,20 [0.22-6.68] p=0,833 ns	OR=0,56 [0.05-5.35] p=0,620 ns	OR=1,54 [0.12-18.54] p=0,733 ns	<b>31,23±7,34</b> <b>40,92±11,31</b> <b>z=2,696</b> <b>p=0,007</b>
Leczenie psychiatryczne matki	24,4±8,65 31,04±11,47 z=1,720 p=0,085 ns	OR=2,12 [0.23-19.20] p=0,505 ns	TAK/NIE 0/14,29 $\chi^2=1,614$ p=0,582 ns	OR=2,22 [0.18-27.26] p=0,532 ns	<b>30±7,07</b> <b>40,52±11,13</b> <b>z=2,695</b> <b>p=0,007</b>
Choroby psychiczne w rodzinie	27,60±9,96 33,52±12,53 z=1,722 p=0,085 ns	OR=0,17 [0.01-1.51] p=0,113 ns	OR=3,21 [0.34-29.80] p=0,304 ns	TAK/NIE 9,09/00,00 $\chi^2=1,833$ p=0,291 ns	<b>34,90±8,57</b> <b>44,73±12,70</b> <b>z=3,005</b> <b>p=0,002</b>
Depresja w rodzinie	28,07±9,40 30,33±11,83 z=0,592 p=0,553 ns	OR=0,61 [0.13-2.87] p=0,528 ns	OR=0,56 [0.05-5.35] p=0,620 ns	OR=6,90 [0.57-83.54] p=0,129 ns	35,53±8,51 39,48±11,92 z=1,068 p=0,285 ns
Depresja u matki	25±9,42 30,39±11,38 z=0,989 p=0,322 ns	OR=1,05 [0.11-10.27] p=0,965 ns	TAK/NIE 0,00/13,04 $\chi^2=0,884$ p=1,00 ns	OR=4,40 [0.33-57.63] p=0,259 ns	33±9,59 39,21±11,31 z=1,204 p=0,228 ns
ChAD w rodzinie	23,83±5,49 30,54±11,58 z=1,147 p=0,251 ns	OR=1,05 [0.11-10.27] p=0,965 ns	TAK/NIE 0,00/13,04 $\chi^2=0,884$ p=1,00 ns	OR=4,40 [0.33-57.63] p=0,259 ns	<b>28±4,56</b> <b>39,86±11,12</b> <b>z=2,637</b> <b>p=0,008</b>
Schizofrenia w rodzinie	23,75±12,33 30,27±11,12 z=1,324 p=0,185 ns	OR=0,59 [0.05-6.53] p=0,675 ns	OR=2,86 [0.24-33.06] p=0,399 ns	TAK/NIE 00,00/6,25 $\chi^2=0,265$ p=0,606 ns	35±6,27 38,79±11,53 z=0,584 p=0,559 ns
Samobójstwo w rodzinie	31,67±9,36 29,2±11,78 z=-0,859 p=0,390 ns	OR=0,28 [0.06-1.31] p=0,107 ns	OR=1,8 [0.28-11.29] p=0,530 ns	OR=7,80 [0.64-94.92] p=0,107 ns	36,5±6,87 39,1±12,24 z=0,619 p=0,535 ns
Uzależnienia w rodzinie	<b>25,75±10,07</b> <b>33,21±11,17</b> <b>z=2,481</b> <b>p=0,013</b>	OR=0,63 [0.15-2.69] p=0,536 ns	OR=1,19 [0.21-6.53] p=0,841 ns	OR=2,45 [0.20-28.89] p=0,475 ns	<b>34,41±9,49</b> <b>42±11,55</b> <b>z=2,425</b> <b>p=0,015</b>

**Tabela 26.** Pozostałe negatywne doświadczenia dziecięce a wiek pierwszych objawów ChAD.

Charakterystyka kliniczna	Wiek pierwszych objawów	Objawy początkowe depresja	Objawy początkowe mania	Objawy początkowe hipomania	Wiek rozpoznania ChAD
Opuszczenie przez rodzica	32,22±12,73 29,25±10,98 z=-0,569 p=0,569 ns	OR=0,32 [0.06-1.66] p=0,176 ns	OR=2,78 [0.42-18.23] p=0,285 ns	OR=2,56 [0.21-31.76] p=0,464 ns	38,22±13,97 38,55±10,75 z=0,327 p=0,743 ns
Opuszczenie przez ojca	31,5±11,02 29,54±11,35 z=-0,459 p=0,646 ns	OR=0,36 [0.05-2.35] p=0,285 ns	OR=5,25 [0.72-38.14] p=0,101 ns	- TAK/NIE 00,00/6,52 $\chi^2=0,415$ p=1,0 ns	33,83±9,68 39,10±11,36 z=0,975 p=0,329 ns
Rozwód rodziców	32,5±7,60 29,41±11,63 z=-0,961 p=0,336 ns	OR=0,36 [0.05-2.35] p=0,285 ns	OR=1,64 [0.15-17.01] p=0,679 ns	OR=4,40 [0.33-57.63] p=0,259 ns	35,33±6,86 38,91±11,66 z=0,731 p=0,464 ns
Śmierć ojca	29,28±14,46 29,84±10,84 z=0,497 p=0,619 ns	OR=1,29 [0.13-12.32] p=0,821 ns	- TAK/NIE 0,00/13,33 $\chi^2=1,055$ p=0,304 ns	OR=3,58 [0.28-45.79] p=0,326 ns	41,71±14,51 38±10,74 z=-0,470 p=0,638 ns
Śmierć rodziców	-	OR=1,55 [0.17-14.48] p=0,698 ns	-	-	-
Długotrwała rozłąka z rodzicem	r=-0,018 p=0,894 ns	OR=1,07 [0.23-4.90] p=0,929 ns	OR=2,06 [0.37-11.48] p=0,407 ns	- TAK/NIE 00,00/8,82 $\chi^2=1,685$ p=0,543 ns	r=-0,079 p=0,575 ns
Długotrwała rozłąka z matką	r=-0,094 p=0,505 ns	OR=0,80 [0.14-4.59] p=0,803 ns	OR=2,37 [0.37-15.26] p=0,362 ns	- TAK/NIE 00,00/7,14 $\chi^2=0,758$ p=1,00 ns	r=-0,017 p=0,899 ns
Długotrwała rozłąka z ojcem	r=0,012 p=0,928 ns	OR=0,77 [0.16-3.60] p=0,744 ns	OR=2,83 [0.50-15.99] p=0,238 ns	- TAK/NIE 00,00/8,11 $\chi^2=1,290$ p=0,548 ns	r=-0,164 p=0,244 ns
Okres rozłąki z matką	r=-0,513 p=0,128 ns	OR=1,05 [0.80-1.37] p=0,724 ns	OR=0,95 [0.73-1.24] p=0,724 ns	-	r=-0,079 p=0,826 ns
Okres rozłąki z ojcem	r=-0,106 p=0,706 ns	OR=1,07 [0.85-1.34] p=0,563 ns	OR=0,94 [0.75-1.17] p=0,563 ns	-	r=0,066 p=0,815 ns
Poważna choroba somatyczna w rodzinie	<b>25,43±9,38</b> <b>31,69±11,55</b> <b>z=1,985</b> <b>p=0,047</b>	OR=0,87 [0.18-4.00] p=0,855 ns	OR=0,41 [0.04-3.86] p=0,438 ns	OR=5,00 [0.42-59.66] p=0,203 ns	34,37±9,27 40,33±9,27 z=1,726 p=0,084 ns

- analiza nie była możliwa do przeprowadzenia

**Tabela 27.** Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej a występowanie objawów psychicznych i prób samobójczych.

Charakterystyka kliniczna	Objawy psychiczne	Próby samobójcze	Ilość prób samobójczych
CTQ wynik ogólny	<b>OR=1,06</b> <b>[1.00-1.13]</b> <b>p=0,033</b>	OR=1,04 [0.99-1.10] p=0,052 ns	<b>r=0,349</b> <b>p=0,01</b>
Przemoc emocjonalna	<b>OR=1,21</b> <b>[1.03-1.42]</b> <b>p=0,017</b>	<b>OR=1,13</b> <b>[1.00-1.29]</b> <b>p=0,047</b>	<b>r=0,322</b> <b>p=0,01</b>
Przemoc fizyczna	OR=1,03 [0.89-1.18] p=0,680 ns	OR=1,04 [0.91-1.18] p=0,555 ns	r=0,069 p=0,62 ns
Przemoc seksualna	OR=1,08 [0.79-1.48] p=0,621 ns	OR=1,11 [0.83-1.49] p=0,472	r=0,197 p=0,16 ns
Emocjonalne zaniedbanie	<b>OR=1,15</b> <b>[1.01-1.32]</b> <b>p=0,026</b>	<b>OR=1,21</b> <b>[1.06-1.38]</b> <b>p=0,005</b>	<b>r=0,467</b> <b>p=0,0005</b>
Fizyczne zaniedbanie	OR=1,21 [0.96-1.52] p=0,101 ns	OR=1,02 [0.87-1.20] p=0,768 ns	r=0,141 p=0,31 ns

**Tabela 28.** Obciążenia rodzinne chorobami psychicznymi a występowanie objawów psychotycznych i prób samobójczych.

Charakterystyka kliniczna	Objawy psychotyczne	Próby samobójcze	Ilość prób samobójczych
Alkoholizm w rodzinie	OR=2,73 [0.74-10.07] p=0,130 ns	OR=1,85 [0.58-5.87] p=0,292 ns	-
Alkoholizm u ojca	OR=3,11 [0.75-12.85] p=0,117 ns	OR=1,73 [0.52-5.72] p=0,368 ns	-
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	OR=3,43 [0.66-17.70] p=0,140 ns	OR=2,13 [0.56-8.12] p=0,265 ns	-
Leczenie psychiatryczne matki	OR=2,22 [0.41-11.84] p=0,350 ns	OR=1,23 [0.30-5.04] p=0,765 ns	-
Choroby psychiczne w rodzinie	OR=1,93 [0.58-6.37] p=0,275 ns	<b>OR=3,42</b> <b>[1.05-11.15]</b> <b>p=0,041</b>	-
Depresja w rodzinie	OR=1,12 [0.29-4.35] p=0,865 ns	OR=2,13 [0.56-8.12] p=0,265 ns	-
Depresja u matki	OR=0,96 [0.15-5.88] p=0,972 ns	OR=1,68 [0.27-10.10] p=0,571 ns	-
ChAD w rodzinie	- TAK/NIE 100,00/63,04 $\chi^2=3,294$ p=0,07 ns	OR=4,58 [0.49-42.35] p=0,180 ns	-
Schizofrenia w rodzinie	- TAK/NIE 100,00/64,58 $\chi^2=2,104$ p=0,147 ns	OR=2,53 [0.24-26.17] p=0,434 ns	-
Samobójstwo w rodzinie	OR=2,99 [0.57-15.58] p=0,191 ns	<b>OR=5,52</b> <b>[1.07-28.49]</b> <b>p=0,041</b>	-
Uzależnienia w rodzinie	OR=1,34 [0.41-4.35] p=0,616 ns	OR=1,66 [0.54-5.05] p=0,367 ns	-

- analiza nie była możliwa do przeprowadzenia

**Tabela 29.** Pozostałe negatywne doświadczenia dziecięce a występowanie objawów psychotycznych i prób samobójczych.

Charakterystyka kliniczna	Objawy psychotyczne	Próby samobójcze	Ilość prób samobójczych
Opuszczenie przez rodzica	OR=0,96 [0.20-4.43] p=0,964 ns	OR=0,98 [0.23-4.20] p=0,989 ns	
Opuszczenie przez ojca	OR=2,66 [0.28-24.82] p=0,389 ns	OR=4,58 [0.49-42.35] p=0,180 ns	-
Rozwód rodziców	OR=2,66 [0.28-24.82] p=0,389 ns	OR=4,58 [0.49-42.35] p=0,180 ns	-
Śmierć ojca	OR=0,60 [0.11-3.05] p=0,541 ns	OR=0,54 [0.10-2.74] p=0,464 ns	-
Śmierć rodziców	OR=0,77 [0.16-3.72] p=0,753 ns	OR=0,76 [0.16-3.43] p=0,721 ns	-
Długotrwała rozłąka z rodzicem	OR=2,16 [0.58-8.02] p=0,247 ns	OR=0,98 [0.31-3.11] p=0,982 ns	r=0,040 p=0,773 ns
Długotrwała rozłąka z matką	OR=5,53 [0.64-47.91] p=0,120 ns	OR=1,23 [0.30-5.04] p=0,765 ns	r=0,013 p=0,923 ns
Długotrwała rozłąka z ojcem	OR=2,43 [0.58-10.16] p=0,222 ns	OR=1,27 [0.37-4.31] p=0,696 ns	r=0,077 p=0,587 ns
Okres rozłąki z matką	OR=1,30 [0.72-2.32] p=0,373 ns	OR=0,85 [0.66-1.11] p=0,253 ns	<b>r=-0,739</b> <b>p=0,014</b>
Okres rozłąki z ojcem	OR=1,06 [0.85-1.33] p=0,563 ns	OR=0,94 [0.79-1.12] p=0,526 ns	r=-0,375 p=0,168 ns
Poważna choroba somatyczna w rodzinie	OR=0,73 [0.21-2.52] p=0,623 ns	OR=0,71 [0.21-2.33] p=0,577 ns	-

- analiza nie była możliwa do przeprowadzenia

**Tabela 30.** Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumy Wczesnodziecięcej a przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej.

Charakterystyka kliniczna	Typ ChAD	Rapid cycling	Lekooporność	Opóźnienie w diagnozie
CTQ wynik ogólny	OR=1,02 [0.97-1.08] p=0,34 ns	<b>OR=1.07</b> <b>[1.02-1.14]</b> <b>p=0,006</b>	<b>OR=1,05</b> <b>[1.00-1.11]</b> <b>p=0,046</b>	r=0,160 p=0,25 ns
Przemoc emocjonalna	OR=1,06 [0.92-1.24] p=0,37 ns	<b>OR=1.24</b> <b>[1.07-1.43]</b> <b>p=0,004</b>	OR=1,16 [0.98-1.38] p=0,07 ns	r=0,123 p=0,38 ns
Przemoc fizyczna	OR=0,98 [0.85-1.13] p=0,81 ns	OR=1,13 [0.99-1.29] p=0,07 ns	OR=0,98 [0.80-1.21] p=0,90 ns	r=0,087 p=0,53 ns
Przemoc seksualna	OR=1,07 [0.74-1.58] p=0,69 ns	OR=1,33 [0.94-1.89] p=0,10 ns	OR=1,34 [0.98-1.83] p=0,06 ns	r=0,149 p=0,28 ns
Emocjonalne zaniedbanie	OR=1,09 [0.95-1.26] p=0,20 ns	<b>OR=1,18</b> <b>[1.03-1.35]</b> <b>p=0,017</b>	<b>OR=1.22</b> <b>[1.00-1.48]</b> <b>p=0,047</b>	r=-0,0005 p=0,99 ns
Fizyczne zaniedbanie	OR=1,13 [0.88-1.44] p=0,32 ns	OR=1,05 [0.89-1.25] p=0,52 ns	OR=1,16 [0.94-1.48] p=0,14 ns	r=0,153 p=0,27 ns

**Tabela 31.** Obciążenia rodzinne chorobami psychicznymi a przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej.

Charakterystyka kliniczna	Typ ChAD	Rapid cycling	Lekooporność	Opóźnienie w diagnozie
Alkoholizm w rodzinie	OR=3,52 [0.67-18.37] p=0,135 ns	OR=1,615 [0.48-5.46] p=0,440 ns	OR=1,70 [0.30-9.41] p=0,540 ns	7,6±6,79 9,43±10,20 z=0,113 p=0,909 ns
Alkoholizm u ojca	OR=6,40 [0.75-54.90] p=0,09 ns	OR=1,575n [0.45-5.50] p=0,476 ns	OR=1,03 [0.16-6.28] p=0,972 ns	7,64±6,90 9,25±9,93 z=0,137 p=0,890 ns
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	OR=1,65 [0.30-8.86] p=0,559 ns	OR=0,675 [0.16-2.90] p=0,597 ns	OR=1,59 [0.25-9.89] p=0,619 ns	<b>4,76±6,05</b> <b>10,05±9,50</b> <b>z=1,998</b> <b>p=0,045</b>
Leczenie psychiatryczne matki	OR=1,09 [0.19-6.07] p=0,921 ns	OR=1,071 [0.24-4.84] p=0,929 ns	OR=2,37 [0.36-15.26] p=0,362 ns	5,6±6,55 9,47±9,42 z=1,249 p=0,211 ns
Choroby psychiczne w rodzinie	OR=1,60 [0.42-6.20] p=0,491 ns	OR=3,047 [0.73-12.64] p=0,125 ns	OR=1,17 [0.19-7.09] p=0,862 ns	7,30±8,25 11,21±9,94 z=1,385 p=0,165 ns
Depresja w rodzinie	OR=0,67 [0.25-1.83] p=0,441 ns	OR=1,131 [0.29-4.45] p=0,860 ns	OR=3,6 [0.62-20.65] p=0,151 ns	7,46±10,22 9,15±8,68 z=0,818 p=0,413 ns
Depresja u matki	- TAK/NIE 66,67/80,43 $\chi^2=0,603$ p=0,437 ns	OR=1,269 [0.21-7.79] p=0,797 ns	OR=5,25 [0.72-38.14] p=0,101 ns	8±6,57 8,82±9,34 z=-0,302 p=0,762 ns
ChAD w rodzinie	- TAK/NIE 100,00/76,09 $\chi^2=1,819$ p=0,177 ns	OR=1,269 [0.21-7.79] p=0,797 ns	OR=1,64 [0.15-17.01] p=0,679 ns	4,16±4,83 9,32±9,29 z=1,382 p=0,166 ns
Schizofrenia w rodzinie	- TAK/NIE 100,00/77,08 $\chi^2=1,162$ p=0,281 ns	OR=9,00 [0.85-94.89] p=0,068 ns <b>TAK/NIE</b> <b>75,00/25,00</b> <b><math>\chi^2=4,497</math></b> <b>p=0,034</b>	- TAK/NIE 00,00/12,50 $\chi^2=0,565$ p=1,0 ns	11,25±7,80 8,52±9,15 z=-0,777 p=0,437 ns
Samobójstwo w rodzinie	OR=3,66 [0.42-32.07] p=0,240 ns	OR=2,142 [0.55-8.28] p=0,269 ns	OR=1,8 [0.28-11.29] p=0,530 ns	4,83±5,93 9,9±9,50 z=1,714 p=0,086 ns
Uzależnienia w rodzinie	OR=1,417 [0.50-3.99] p=0,510 ns	OR=2,20 [0.65-7.48] p=0,207 ns	OR=1,190 [0.21-6.53] p=0,841 ns	8,66±8,84 8,78±9,31 z=-0,185 p=0,853 ns



**Tabela 32.** Pozostałe negatywne doświadczenia dziecięce a przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej.

Charakterystyka kliniczna	Typ ChAD	Rapid cycling	Lekooporność	Opóźnienie w diagnozie
Opuszczenie przez rodzica	OR=0,46 [0.09-2.23] p=0,333 ns	OR=0,66 [0.12-3.61] p=0,631 ns	OR=0,95 [0.09-9.27] p=0,965 ns	6±8,29 9,30±9,14 z=1,119 p=0,263 ns
Opuszczenie przez ojca	OR=1,38 [0.14-13.29] p=0,776 ns	OR=1,27 [0.20-7.79] p=0,797 ns	OR=1,64 [0.15-17.01] p=0,679 ns	2,33±1,96 9,56±9,24 z=1,901 p=0,057 ns
Rozwód rodziców	OR=1,38 [0.14-13.29] p=0,776 ns	OR=2,83 [0.50-15.98] p=0,238 ns	OR=5,25 [0.72-38.14] p=0,101 ns	2,83±3,43 9,5±9,25 z=1,757 p=0,078 ns
Śmierć ojca	OR=0,28 [0.05-1.15] p=0,147 ns	OR=0,98 [0.17-5.73] p=0,986 ns	- TAK/NIE 00,00/13,33 $\chi^2=1,055$ p=0,580 ns	12,42±12,19 8,15±8,45 z=-0,661 p=0,508 ns
Śmierć rodziców	OR=0,37 [0.07-1.88] p=0,230 ns	OR=0,79 [0.14-4.47] p=0,794 ns	- TAK/NIE 0,00/13,64 $\chi^2=1,233$ p=0,573 ns	-
Długotrwała rozłąka z rodzicem	OR=0,55 [0.14-2.16] p=0,398 ns	OR=3,08 [0.88-10.74] p=0,077 ns	OR=0,93 [0.15-5.68] p=0,944 ns	r=-0,058 p=0,681 ns
Długotrwała rozłąka z matką	OR=1,09 [0.19-6.06] p=0,921 ns	OR=1,07 [0.23-4.84] p=0,929 ns	- TAK/NIE 00,00/14,29 $\chi^2=1,614$ p=0,582 ns	r=0,215 p=0,124 ns
Długotrwała rozłąka z ojcem	OR=0,64 [0.15-2.62] p=0,537 ns	OR=3,17 [0.88-11.42] p=0,077 ns	OR=1,26 [0.20-7.79] p=0,797 ns	r=-0,203 p=0,148 ns
Okres rozłąki z matką	OR=1,02 [0.79-1.34] p=0,827 ns	OR=1,04 [0.82-1.33] p=0,713 ns	-	r=0,355 p=0,312 ns
Okres rozłąki z ojcem	OR=0,98 [0.81-1.19] p=0,885 ns	OR=0,98 [0.83-1.17] p=0,866 ns	OR=0,97 [0.76-1.26] p=0,872 ns	r=0,274 p=0,322 ns
Poważna choroba somatyczna w rodzinie	OR=0,44 [0.11-1.74] p=0,241 ns	OR=2,72 [0.77-9.61] p=0,120 ns	OR=2,53 [0.45-14.23] p=0,290 ns	8,93±10,44 8,63±8,46 z=0,140 p=0,889 ns

- analiza nie była możliwa do przeprowadzenia

**Tabela 33.** Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumy Wczesnodziecięcej a współwystępujące zaburzenia psychiczne.

Charakterystyka kliniczna	Zaburzenia współwystępujące psychiczne	Uzależnienie od alkoholu	Uzależnienie od tytoniu	Zaburzenia lękowe
CTQ wynik ogólny	OR=1,04 [0.98-1.11] p=0,10 ns	OR=1,02 [0.98-1.07] p=0,25 ns	OR=1,02 [0.97-1.06] p=0,32 ns	OR=1,04 [0.99-1.08] p=0,06 ns
Przemoc emocjonalna	OR=1,13 [0.97-1.32] p=0,09 ns	OR=1,13 [0.98-1.31] p=0,08 ns	OR=1,10 [0.97-1.26] p=0,11 ns	<b>OR=1,16</b> <b>[1.02-1.32]</b> <b>p=0,018</b>
Przemoc fizyczna	OR=1,15 [0.91-1.46] p=0,22 ns	OR=1,07 [0.93-1.23] p=0,32 ns	OR=1,15 [0.95-1.41] p=0,14 ns	OR=1,09 [0.95-1.25] p=0,198 ns
Przemoc seksualna	OR=1,19 [0.75-1.89] p=0,45 ns	OR=1,26 [0.94-1.68] p=0,11 ns	OR=0,93 [0.72-1.20] p=0,59 ns	OR=0,80 [0.53-1.20] p=0,29 ns
Emocjonalne zaniedbanie	OR=1,07 [0.95-1.22] p=0,23 ns	OR=1,02 [0.88-1.17] p=0,76 ns	OR=0,99 [0.89-1.10] p=0,88 ns	<b>OR=1,13</b> <b>[1.01-1.28]</b> <b>p=0,03</b>
Fizyczne zaniedbanie	OR=1,04 [0.86-1.25] p=0,67 ns	OR=0,95 [0.75-1.19] p=0,66 ns	OR=0,92 [0.82-1.12] p=0,64 ns	OR=1,03 [0.88-1.21] p=0,65 ns

**Tabela 34.** Obciążenia rodzinne chorobami psychicznymi a współwystępujące zaburzenia psychiczne.

Charakterystyka kliniczna	Zaburzenia współwystępujące psychiczne	Uzależnienie od alkoholu	Uzależnienie od tytoniu	Zaburzenia lękowe
Alkoholizm w rodzinie	OR=2,96 [0.71-12.37] p=0,135 ns	OR=2,33 [0.54-10.01] p=0,254 ns	OR=1,27 [0.39-4.04] p=0,685 ns	OR=2,33 [0.74-7.32] p=0,147 ns
Alkoholizm u ojca	OR=2,13 [0.50-8.99] p=0,300 ns	OR=3,23 [0.73-14.10] p=0,119 ns	OR=0,84 [0.25-2.75] p=0,779 ns	OR=1,33 [0.41-4.28] p=0,629 ns
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	OR=0,77 [0.19-3.08] p=0,718 ns	OR=0,32 [0.03-2.86] p=0,310 ns	OR=0,42 [0.11-1.53] p=0,194 ns	OR=1,86 [0.52-6.62] p=0,334 ns
Leczenie psychiatryczne matki	OR=0,82 [0.18-3.77] p=0,807 ns	OR=0,47 [0.05-4.28] p=0,505 ns	OR=0,33 [0.08-1.37] p=0,129 ns	OR=1,47 [0.36-5.87] p=0,585 ns
Choroby psychiczne w rodzinie	OR=2,16 [0.62-7.57] p=0,226 ns	OR=2,28 [0.42-12.35] p=0,336 ns	OR=0,89 [0.28-2.87] p=0,855 ns	OR=2,97 [0,87 -10.16] p=0,08 ns
Depresja w rodzinie	OR=0,89 [0.33-3.38] p=0,829 ns	OR=1,65 [0.34-7.82] p=0,528 ns	OR=0,423 [0.11-1.53] p=0,194 ns	OR=0,96 [0.38-2.36] p=0,930 ns
Depresja u matki	TAK/NIE 66,67/73,91 $\chi^2=0,141$ p=0,707 ns	OR=2,78 [0.42-18.22] p=0,285 ns	OR=0,26 [0.04-1.61] p=0,151 ns	TAK/NIE 33,33/43,48 $\chi^2=0,223$ p=0,636 ns
ChAD w rodzinie	OR=1,96 [0.20-18.51] p=0,553 ns	OR=2,78 [0.42-18.22] p=0,285 ns	OR=1,28 [0.21-7.76] p=0,784 ns	OR=8,52 [0.91-79.23] p=0,05 ns TAK/NIE 83,33/36,96 $\chi^2=4,677$ p=0,031
Schizofrenia w rodzinie	OR=1,11 [0.10-11.69] p=0,928 ns	- TAK/NIE 00,00/18,75 $\chi^2=0,970$ p=0,341 ns	OR=0,6 [0.07-4.63] p=0,624 ns	OR=1,4 [0.18-10.79] p=0,747 ns
Samobójstwo w rodzinie	OR=1,13 [0.25-4.99] p=0,864 ns	OR=0,94 [0.16-5.28] p=0,947 ns	OR=1,07 [0.35-3.31] p=0,114 ns	OR=2,33 [0.62-8.68] p=0,206 ns
Uzależnienia w rodzinie	OR=2,05 [0.72-5.80] p=0,173 ns	OR=2,77 [0.61-12.60] p=0,186 ns	OR=1,07 [0.35-3.31] p=0,895 ns	OR=2,07 [0.89-4.77] p=0,08 ns

- analiza nie była możliwa do przeprowadzenia

**Tabela 35.** Pozostałe negatywne doświadczenia dziecięce a współwystępujące zaburzenia psychiczne.

Charakterystyka kliniczna	Zaburzenia współwystępujące psychiczne	Uzależnienie od alkoholu	Uzależnienie od tytoniu	Zaburzenia lękowe
Opuszczenie przez rodzica	OR=1,35 [0.24-7.46] p=0,727 ns	OR=1,46 [0.25-8.60] p=0,670 ns	OR=0,74 [0.17-3.16] p=0,685 ns	OR=1,91 [0.448-8.149] p=0,381 ns
Opuszczenie przez ojca	OR=1,96 [0.20-18.51] p=0,553 ns	- TAK/NIE 00,00/19,57 $\chi^2=1,419$ p=0,233 ns	OR=0,58 [0.10-3.23] p=0,540 ns	OR=3,11 [0.515-18.777] p=0,216 ns
Rozwód rodziców	OR=0,70 [0.11-4.35] p=0,708 ns	OR=0,95 [0.09-9.27] p=0,965 ns	OR=0,58 [0.10-3.23] p=0,540 ns	OR=1,42 [0.258-7.814] p=0,686 ns
Śmierć ojca	OR=0,43 [0.08-2.23] p=0,316 ns	OR=0,77 [0.08-7.31] p=0,821 ns	OR=0,20 [0.03-1.15] p=0,072 ns	OR=1,02 [0.205-5.132] p=0,975 ns
Śmierć rodziców	OR=0,55 [0.11-2.71] p=0,468 ns	OR=0,64 [0.06-5.98] p=0,698 ns	<b>OR=0,15</b> <b>[0.27-0.86]</b> <b>p=0,034</b>	OR=1,44 [0.31-6.54] p=0,633 ns
Długotrwała rozłąka z rodzicem	OR=1,45 [0.38-5.53] p=0,579 ns	OR=0,93 [0.20-4.27] p=0,929 ns	OR=1,40 [0.42-4.62] p=0,581 ns	OR=3,28 [1.00-10.79] p=0,050 ns  <b>TAK/NIE</b> <b>61,11/32,35</b> <b><math>\chi^2=3,987</math></b> <b>p=0,046</b>
Długotrwała rozłąka z matką	OR=4,03 [0.46-35.23] p=0,207 ns	OR=1,25 [0.21-7.18] p=0,803 ns	OR=3,00 [0.56-15.86] p=0,196 ns	OR=4,2 [0.94-18.68] p=0,059 ns  <b>TAK/NIE</b> <b>70,00/35,71</b> <b><math>\chi^2=3,889</math></b> <b>p=0,049</b>
Długotrwała rozłąka z ojcem	OR=1,69 [0.39-7.20] p=0,476 ns	OR=0,65 [0.12-3.61] p=0,631 ns	OR=1,36 [0.38-4.79] p=0,629 ns	OR=2,76 [0.80-9.51] p=0,106 ns
Okres rozłąki z matką	OR=1,30 [0.72-2.32] p=0,373 ns	OR=1,26 [0.78-2.04] p=0,339 ns	OR=1,65 [0.67-4.06] p=0,272 ns	OR=1,15 [0.89-1.49] p=0,259 ns
Okres rozłąki z ojcem	OR=1,05 [0.84-1.31] p=0,636 ns	OR=1,26 [0.83-1.91] p=0,266 ns	OR=1,13 [0.92-1.38] p=0,224 ns	OR=0,95 [0.81-1.16] p=0,777 ns
Poważna choroba somatyczna w rodzinie	OR=0,73 [0.20-2.68] p=0,200 ns	OR=1,15 [0.24-5.33] p=0,855 ns	OR=0,72 [0.21-3.49] p=0,602 ns	OR=1,08 [0.33-3.57] p=0,888 ns

**Tabela 36.** Wartości wskaźników Kwestionariusza Trauma Wczesnodziecięcej a współwystępowanie chorób somatycznych.

Charakterystyka kliniczna	Choroby somatyczne ogółem	Nadciśnienie	Otyłość	Cukrzyca	Choroby tarczycy	Inne choroby somatyczne
CTQ wynik ogólny	OR=1,01 [0.97-1.06] p=0,44 ns	OR=0,94 [0.89-1.00] p=0,05 ns	OR=1,01 [0,97-1,05] p=0,58 ns	OR=0,95 [0.88-1.03] p=0,26 ns	OR=0,94 [0.86-1.03] p=0,23 ns	OR=1,04 [0.99-1.09] p=0,05 ns
Przemoc emocjonalna	OR=0,99 [0.88-1.11] p=0,91 ns	<b>OR=0,78</b> <b>[0.65-0.93]</b> <b>p=0,007</b>	OR=0,98 [0,87-1,10] p=0,76 ns	OR=0,76 [0,57-1,01] p=0,06 ns	OR=0,74 [0.53-1.03] p=0,08 ns	<b>OR=1,14</b> <b>[1.00-1.30]</b> <b>p=0,03</b>
Przemoc fizyczna	OR=1,07 [0.91-1.25] p=0,37 ns	OR=0,88 [0.73-1.07] p=0,22 ns	OR=1,04 [0,92-1,18] p=0,47 ns	OR=0,90 [0.68-1.19] p=0,48 ns	OR=0,87 [0.61-1.24] p=0,44 ns	OR=1,02 [0.90-1.17] p=0,68 ns
Przemoc seksualna	OR=1,21 [0.79-1.86] p=0,36 ns	OR=0,92 [0.67-1.26] p=0,62 ns	OR=1,09 [0.84-1,40] p=0,49 ns	OR=0,96 [0.64-1.44] p=0,87 ns	OR=1,15 [0.88-1.52] p=0,29 ns	OR=1,13 [0.87-1.47] p=0,32 ns
Zaniedbanie emocjonalne	OR=0,99 [0.89-1.11] p=0,93 ns	OR=0,88 [0,78-1,00] p=0,05 ns	OR=1,01 [0.90-1.13] p=0,82 ns	OR=0,96 [0.82-1.13] p=0,69 ns	OR=0,87 [0.72-1.06] p=0,17 ns	OR=1,13 [0.99-1.28] p=0,06 ns
Zaniedbanie fizyczne	OR=1,08 [0.90-1.29] p=0,40 ns	OR=1,02 [0.86-1.20] p=0,79 ns	OR=1,04 [0.88-1.22] p=0,60 ns	OR=0,92 [0.70-1.21] p=0,57 ns	OR=0,98 [0.76-1.27] p=0,93 ns	OR=1,10 [0.93-1.30] p=0,25 ns

**Tabela 37.** Obciążenia rodzinne chorobami psychicznymi a współwystępowanie chorób somatycznych.

Charakterystyka kliniczna	Choroby somatyczne ogółem	Nadciśnienie	Otyłość	Cukrzyca	Choroby tarczycy	Inne choroby somatyczne
Alkoholizm w rodzinie	OR=2,05 [0.59-7.04] p=0,253 ns	OR=0,55 [0.16-1.91] p=0,353 ns	OR=2,45 [0.74-8.06] p=0,139 ns	OR=1,23 [0.24-6.20] p=0,797 ns	OR=0,77 [0.12-4.69] p=0,784 ns	<b>OR=3,54</b> <b>[1.01-12.38]</b> <b>p=0,047</b>
Alkoholizm u ojca	OR=2,16 [0.58-8.02] p=0,247 ns	OR=0,79 [0.22-2.80] p=0,725 ns	OR=1,75 [0.52-5.88] p=0,366 ns	OR=1,66 [0.32-8.42] p=0,541 ns	OR=1,03 [0.16-6.28] p=0,972 ns	<b>OR=3,55</b> <b>[1.00-12.56]</b> <b>p=0,049</b>
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	OR=2,08 [0.49-8.81] p=0,319 ns	OR=0,88 [0.22-3.43] p=0,865 ns	OR=0,88 [0.22-3.43] p=0,865 ns	OR=0,45 [0.04-4.21] p=0,491 ns	OR=1,59 [0.25-9.89] p=0,619 ns	OR=2,85 [0.76-10.70] p=0,119 ns
Leczenie psychiatryczne matki	OR=1,29 [0.73-7.82] p=0,733 ns	OR=0,85 [0.19-3.82] p=0,840 ns	OR=0,85 [0.19-3.82] p=0,840 ns	OR=0,66 [0.07-6.25] p=0,723 ns	OR=0,82 [0.08-7.93] p=0,866 ns	OR=1,87 [0.44-7.93] p=0,391 ns
Choroby psychiczne w rodzinie	OR=2,4 [0.81-1.16] p=0,147 ns	OR=0,51 [0.15-1.69] p=0,275 ns	OR=1,08 [0.32-3.62] p=0,897 ns	OR=0,37 [0.07-1.89] p=0,235 ns	OR=0,53 [0.09-2.95] p=0,472 ns	<b>OR=13,26</b> <b>[1.57-111.46]</b> <b>p=0,017</b>
Depresja w rodzinie	OR=2,08 [0.49-8.81] p=0,319 ns	OR=0,88 [0.22-3.43] p=0,865 ns	OR=0,88 [0.22-3.43] p=0,865 ns	OR=0,45 [0.04-4.21] p=0,491 ns	OR=0,56 [0.05-5.35] p=0,620 ns	<b>OR=4,52</b> <b>[1.18-17.24]</b> <b>p=0,027</b>
Depresja u matki	OR=1,06 [0.17-6.46] p=0,944 ns	OR=0,37 [0.04-3.49] p=0,389 ns	- TAK/NIE 00,00/36,96 $\chi^2=3,294$ p=0,070 ns	- TAK/NIE 00,00/15,22 $\chi^2=1,055$ p=0,304 ns	- TAK/NIE 00,00/13,04 $\chi^2=0,884$ p=0,347 ns	<b>OR=6,36</b> <b>[1.02-39.57]</b> <b>p=0,047</b>
ChAD w rodzinie	OR=2,93 [0.31-27.22] p=0,344 ns	OR=0,37 [0.04-3.49] p=0,389 ns	OR=1,03 [0.16-6.28] p=0,972 ns	OR=1,33 [0.13-13.46] p=0,807 ns	- TAK/NIE 00,00/13,04 $\chi^2=0,884$ p=0,347 ns	<b>OR=6,36</b> <b>[1.02-39.57]</b> <b>p=0,047</b>
Schizofrenia w rodzinie	OR=0,5 [0.06-3.88] p=0,507 ns	OR=0,66 [0.06-6.93] p=0,734 ns	OR=2,2 [0.28-17.13] p=0,452 ns	- TAK/NIE 00,00/14,58 $\chi^2=0,674$ p=1,0 ns	OR=2,86 [0.24-33.06] p=0,399 ns	- TAK/NIE 00,00/31,25 $\chi^2=1,756$ p=0,185 ns
Samobójstwo w rodzinie	OR=3,33 [0.64-17.26] p=0,151 ns	OR=1,03 [0.26-4.08] p=0,957 ns	OR=0,61 [0.14-2.66] p=0,519 ns	OR=1,4 [0.23-8.33] p=0,712 ns	OR=0,63 [0.06-6.04] p=0,694 ns	OR=3,44 [0.89-13.32] p=0,073 ns
Uzależnienia w rodzinie	OR=1,57 [0.49-5.02] p=0,446 ns	OR=0,51 [0.15-1.70] p=0,277 ns	OR=2,14 [0.65-6.96] p=0,205 ns	OR=0,85 [0.17-4.27] p=0,851 ns	OR=0,54 [0.09-3.27] p=0,508 ns	OR=3,28 [0.92-11.61] p=0,065 ns

- analiza nie była możliwa do przeprowadzenia

**Tabela 38.** Pozostałe negatywne doświadczenia dziecięce a współwystępowanie chorób somatycznych.

Charakterystyka kliniczna	Choroby somatyczne ogółem	Nadciśnienie	Otyłość	Cukrzyca	Choroby tarczycy	Inne choroby somatyczne
Opuszczenie przez rodzica	OR=1,07 [0.23-4.90] p=0,929 ns	OR=0,21 [0.24-1.84] p=0,160 ns	OR=1,03 [0.22-4.76] p=0,964 ns	OR=0,77 [0.08-7.32] p=0,821 ns	- TAK/NIE 00,00/13,95 $\chi^2=1,419$ p=0,233 ns	OR=1,29 [0.27-6.01] p=0,744 ns
Opuszczenie przez ojca	OR=0,48 [0.08-2.68] p=0,407 ns	- TAK/NIE 00,00/36,96 $\chi^2=3,294$ p=0,161 ns	OR=2,28 [0.40-12.75] p=0,346 ns	- TAK/NIE 00,00/15,22 $\chi^2=1,055$ p=0,304 ns	- TAK/NIE 00,00/13,04 $\chi^2=0,884$ p=0,347 ns	OR=0,45 [0.04-4.28] p=0,493 ns
Rozwód rodziców	OR=2,93 [0.31-27.22] p=0,344 ns	OR=1,03 [0.16-6.28] p=0,972 ns	OR=5,07 [0.82-31.16] p=0,079 ns	OR=4,1 [0.59-28.38] p=0,153 ns	- TAK/NIE 00,00/13,04 $\chi^2=0,884$ p=0,347 ns	OR=1,26 [0.20-7.79] p=0,797 ns
Śmierć ojca	OR=3,64 [0.40-32.91] p=0,250 ns	<b>OR=6,87</b> <b>[1.17-40.27]</b> <b>p=0,033</b>	OR=1,66 [0.32-8.42] p=0,541 ns	OR=3,2 [0.48-21.07] p=0,227 ns	OR=1,333 [0.13-13.46] p=0,807 ns	OR=0,98 [0.16-5.73] p=0,986 ns
Śmierć rodziców	OR=1,71 [0.30-9.51] p=0,538 ns	OR=4,44 [0.91-21.52] p=0,06 ns	OR=1,28 [0.26-6.15] p=0,753 ns	OR=2,6 [0.40-16.55] p=0,312 ns	OR=1,11 [0.11-11.03] p=0,926 ns	OR=0,79 [0.40-16.55] p=0,794 ns
Długotrwała rozłąka z rodzicem	OR=2,44 [0.66-9.02] p=0,178 ns	OR=0,70 [0.20-2.45] p=0,583 ns	<b>OR=4,82</b> <b>[1.38-16.78]</b> <b>p=0,013</b>	OR=2,95 [0.58-14.98] p=0,192 ns	OR=0,34 [0.03-3.16] p=0,344 ns	OR=1,38 [0.40-4.80] p=0,604 ns
Długotrwała rozłąka z matką	OR=6,12 [0.70-52.85] p=0,100 ns	OR=0,85 [0.19-3.82] p=0,840 ns	OR=4,22 [1.00-17.84] p=0,05 ns	OR=4,07 [0.74-22.29] p=0,106 ns	- TAK/NIE 00,00/14,29 $\chi^2=1,614$ p=0,204 ns	OR=1,87 [0.44-7.93] p=0,391 ns
Długotrwała rozłąka z ojcem	OR=1,67 [0.44-6.28] p=0,445 ns	OR=0,67 [0.17-2.53] p=0,557 ns	<b>OR=5,43</b> <b>[1.48-19.87]</b> <b>p=0,010</b>	OR=2,06 [0.40-10.59] p=0,386 ns	OR=0,45 [0.04-4.28] p=0,493 ns	OR=1,35 [0.36-4.93] p=0,650 ns
Okres rozłąki z matką	11,22±5,67 2,00±0,00 z=-1,401 p=0,161 ns	OR=1,04 [0.82-1.33] p=0,713 ns	OR=1,02 [0.82-1.27] p=0,806 ns	OR=1,04 [0.82-1.33] p=0,713 ns	-	OR=1,42 [0.88-2.31] p=0,145 ns
Okres rozłąki z ojcem	OR=1,39 [0.91-2.12] p=0,126 ns	OR=1,23 [0.95-1.60] p=0,109 ns	OR=1,05 [0.88-1.26] p=0,549 ns	OR=1,46 [0.81-2.63] p=0,201 ns	OR=0,93 [0.64-1.34] p=0,716 ns	OR=1,16 [0.94-1.42] p=0,152 ns
Poważna choroba somatyczna w rodzinie	OR=1,24 [0.35-4.37] p=0,734 ns	OR=0,36 [0.08-1.50] p=0,162 ns	OR=0,90 [0.25-3.21] p=0,883 ns	- TAK/NIE 00,00/19,44 $\chi^2=3,595$ p=0,085 ns	OR=2,53 [0.45-14.23] p=0,290 ns	OR=1,81 [0.32-4.26] p=0,799 ns

- analiza nie była możliwa do przeprowadzenia

**Tabela 39.** Porównanie czynników związanych z traumą w dzieciństwie w zależności od występowania specyficznych negatywnych doświadczeń w dzieciństwie (w tabeli podano średnie, odchylenie standardowe, wartość Z dla testu Manna-Whineya oraz istotność różnicy).

Charakterystyka kliniczna	CTQ wynik ogólny	Przemoc emocjonalna	Przemoc fizyczna	Przemoc seksualna	Emocjonalne zaniedbanie	Fizyczne zaniedbanie
Opuszczenie przez rodzica	48,22±14,73	11,11±4,83	9,22±4,17	5±0	14,55±5,81	9,11±5,48
	43,83±14,11	10,18±4,98	7,18±4,45	5,83±2,42	11,97±5,00	7,90±2,95
	z=-0,872 p= 0,383 ns	z = -0,502 p= 0,615 ns	z = -1,672 p= 0,094 ns	z = 1,284 p= 0,199 ns	z = -1,108 p= 0,268 ns	z = -0,099 p= 0,921 ns
Opuszczenie przez ojca	50,66±17,58	11,66±5,78	8,16±4,49	5±0	<b>17,16±5,38</b>	9,83±6,14
	43,80±13,70	10,17±4,85	7,45±4,47	5,78±2,35	<b>11,80±4,88</b>	7,89±3,02
	z=-0,889 p= 0,374 ns	z = -0,493 p= 0,621 ns	z=-0,289 p= 0,772 ns	z = 1,014 p= 0,310 ns	z = -2,018 <b>p=0,043</b>	z = -0,526 p= 0,598 ns
Rozwód rodziców	46,16±20,06	9,66±5,24	7,33±4,27	5,66±1,63	14,33±6,34	8,83±6,27
	44,39±13,51	10,43±4,93	7,56±4,50	5,69±2,30	12,17±5,04	8,02±3,05
	z=0,229 p=0,818 ns	z = 0,392 p= 0,695 ns	z = -0,091 p= 0,927 ns	z = -0,241 p= 0,809 ns	z = -0,908 p= 0,363 ns	z = 0,512 p= 0,608 ns
Śmierć ojca	40,57±7,48	9,57±2,63	6,85±3,23	5±0	9,57±3,10	8,71±3,45
	45,22±14,90	10,46±5,20	7,64±4,61	5,8±2,37	12,86±5,32	8,02±3,51
	z=0,416 p=0,677 ns	z = 0,027 p= 0,978 ns	z = 0,128 p= 0,897 ns	z = 1,107 p= 0,268 ns	z = 1,390 p= 0,164 ns	z = -0,643 p= 0,520 ns
Śmierć rodziców	40,62±6,92	9±2,92	6,62±3,06	5±0	11,25±5,54	9,25±3,53
	45,31±15,06	10,59±5,19	7,70±4,64	5,81±2,40	12,63±5,15	7,90±3,47
	z=0,533 p=0,594 ns	z = 0,527 p= 0,598 ns	z = 0,486 p= 0,627 ns	z = 1,197 p= 0,231 ns	z = 0,689 p= 0,490 ns	z = -1,178 p= 0,238 ns
Długotrwała rozłąka z rodzicem	48,72±17,98	11,5±5,71	9,5±5,91	5,38±1,14	13,22±5,96	8,94±4,75
	42,41±11,38	9,73±4,42	6,5±3,02	5,85±2,63	12/4,76	7,67±2,55
	z=-1,213 p=0,225 ns	z = -0,838 p= 0,402 ns	z = -1,933 p= 0,053 ns	z = 0,405 p= 0,685 ns	z = -0,542 p= 0,587 ns	z = -0,422 p= 0,672 ns
Długotrwała rozłąka z matką	51,3±18,77	12,2±6,33	<b>11,5±6,73</b>	5,3±0,94	13,4±6,25	9±4,34
	43±12,60	9,90±4,50	<b>6,59±3,12</b>	5,78±2,43	12,19±4,95	7,90±3,27
	z=-1,418 p=0,156 ns	z = -1,023 p= 0,306 ns	z = -2,358 <b>p=0,018</b>	z = 0,411 p= 0,681 ns	z = -0,386 p= 0,699 ns	z = -0,676 p= 0,499 ns
Długotrwała rozłąka z ojcem	47,4±18,61	11,4±6,13	8±4,58	5,26±1,03	13,66±6,33	9,06±4,99
	43,45±12,05	9,91±4,36	7,35±4,42	5,86±2,55	11,91±4,65	7,72±2,64
	z=-0,516 p=0,606 ns	z=-0,440 p= 0,660 ns	z = -0,591 p= 0,554 ns	z = 0,902 p= 0,366 ns	z = -0,854 p= 0,393 ns	z = -0,392 p= 0,695 ns
Poważna choroba somatyczna w rodzinie	45,06±13,20	10,68±4,81	7,18±5,02	6,43±3,59	12,5±5,57	7,87±3,18
	44,38±14,76	10,19±5,03	7,69±4,21	5,36±1,15	12,38±5,08	8,22±3,64
	z = -0,546 p=0,585 ns	z = -0,442 p= 0,658 ns	z = 0,843 p= 0,399 ns	z = -0,852 p= 0,394 ns	z=0,140 p= 0,888 ns	z = 0,344 p= 0,730 ns



**Tabela 40.** Porównanie czynników związanych z traumą w dzieciństwie w zależności od występowania obciążenia chorobami psychicznymi (w tabeli podano średnie, odchylenie standardowe, wartość Z dla testu Manna-Whineya oraz istotność różnicy).

Charakterystyka kliniczna	CTQ wynik ogólny	Przemoc emocjonalna	Przemoc fizyczna	Przemoc seksualna	Emocjonalne zaniedbanie	Fizyczne zaniedbanie
Alkoholizm w rodzinie	<b>51,35±15,38</b>	<b>12,1±4,91</b>	8,7±5,55	6,15±3,04	<b>14,75±4,57</b>	<b>9,7±4,20</b>
	<b>40,37±11,73</b>	<b>9,25±4,67</b>	6,81±3,46	5,40±1,49	<b>10,96±5,07</b>	<b>7,12±2,54</b>
	<b>z = -2,654</b> <b>p=0,007</b>	<b>z = -2,258</b> <b>p=0,024</b>	z = -1,530 p= 0,125 ns	z = -1,078 p= 0,281 ns	<b>z = -2,518</b> <b>p=0,011</b>	<b>z = -2,526</b> <b>p=0,011</b>
Alkoholizm u ojca	48,47±13,01	11,41±4,87	7,52±3,79	6,17±3,26	14,23±4,50	<b>9,35±3,46</b>
	42,71±14,50	9,82±4,93	7,54±4,76	5,45±1,50	11,54±5,32	<b>7,51±3,38</b>
	z = -1,699 p=0,089 ns	z = -1,363 p= 0,172 ns	z = -0,871 p= 0,383 ns	z = -0,658 p= 0,510 ns	z = -1,914 p= 0,055 ns	<b>z = -2,171</b> <b>p=0,029</b>
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	49,23±15,56	11,38±4,46	8,38±6,02	5,30±0,85	15±4,89	9,30±4,51
	43,05±13,53	10±5,07	7,25±3,82	5,82±2,52	11,56±5,05	7,71±3,03
	z = -1,290 p=0,197 ns	z = -1,135 p= 0,256 ns	z = 0,011 p= 0,991 ns	z = -0,071 p= 0,943 ns	z = -1,765 p= 0,077 ns	z = -1,241 p= 0,214 ns
Leczenie psychiatryczne matki	52±15,97	12±4,49	9,2±6,69	5,4±0,96	<b>16±4,44</b>	9,8±4,98
	42,83±13,31	9,95±4,99	7,14±3,71	5,76±2,43	<b>11,57±5,02</b>	7,71±2,96
	z = -1,615 p=0,106	z = -1,341 p= 0,180 ns	z = -0,420 p= 0,674 ns	z = -0,489 p= 0,624 ns	<b>z = -2,208</b> <b>p=0,027</b>	z = -1,292 p= 0,196 ns
Choroby psychiczne w rodzinie	<b>48,78±15,17</b>	<b>11,93±4,92</b>	8,09±5,18	5,87±2,52	<b>13,66±5,10</b>	<b>8,87±3,78</b>
	<b>37,31±8,45</b>	<b>7,57±3,59</b>	6,57±2,54	5,36±1,60	<b>10,26±4,71</b>	<b>6,78±2,46</b>
	<b>z = -2,767</b> <b>p=0,005</b>	<b>z = -3,349</b> <b>p=0,0008</b>	z = -0,697 p=0,485 ns	z = -1,233 p= 0,217 ns	<b>z = -2,228</b> <b>p=0,025</b>	<b>z = -2,329</b> <b>p=0,019</b>
Depresja w rodzinie	44,23±11,10	10,15±3,41	6,15±1,99	6,38±3,66	13,38±5,10	8,53±3,40
	44,71±15,18	10,41±5,37	8±4,92	5,46±1,48	12,10±5,24	7,97±3,54
	z = -0,434 p = 0,664 ns	z = -0,343 p= 0,732 ns	z = 0,978 p= 0,328 ns	z = -1,158 p= 0,247 ns	z = -0,851 p= 0,394 ns	z = -0,583 p= 0,560 ns
ChAD w rodzinie	55,66±17,72	<b>15,5±6,44</b>	8±4,56	5±0	17±5,36	9,66±5,60
	43,15±13,20	<b>9,67±4,34</b>	7,47±4,46	5,78±2,35	11,82±4,91	7,91±3,14
	z = -1,44 p= 0,147 ns	<b>z = -2,220</b> <b>p=0,026</b>	z = -0,076 p= 0,939 ns	z = 1,014 p= 0,310 ns	z = -1,946 p = 0,051 ns	z = -1,024 p= 0,306 ns
Schizofrenia w rodzinie	54±13,78	13,5±1	11,5±9,03	5,75±1,5	13±4,24	9±2,94
	43,81±14,06	10,08±5,03	7,20±3,83	5,68±2,28	12,37±5,29	8,04±3,54
	z = -1,598 p=0,110 ns	z = -1,565 p= 0,117 ns	z = -1,881 p= 0,060 ns	z = -0,608 p= 0,543 ns	z = -0,363 p= 0,716 ns	z = -0,859 p= 0,390 ns
Samobójstwo w rodzinie	47±16,55	11,25±5,64	7,16±4,50	5,41±1,16	14,5±6,54	8,75±4,09
	43,87±13,53	10,07±4,73	7,65±4,46	5,77±2,46	11,8±4,62	7,92±3,31
	z = -0,489 p=0,624 ns	z = -0,660 p= 0,509 ns	z = 0,843 p= 0,399 ns	z = -0,256 p= 0,797 ns	z = -1,530 p= 0,126 ns	z = -0,566 p= 0,571 ns
Uzależnienia w rodzinie	<b>50,66±15,72</b>	<b>12,41±4,65</b>	8,83±5,77	6,16±2,91	13,45±4,41	<b>9,20±3,95</b>
	<b>39,39±10,39</b>	<b>8,57±4,50</b>	6,42±2,44	5,28±1,32	11,53±5,69	<b>7,17±2,76</b>
	<b>z = -2,682</b> <b>p=0,007</b>	<b>z = -3,152</b> <b>p=0,001</b>	z = -1,630 p= 0,103 ns	z = -1,454 p= 0,145 ns	z = -1,524 p= 0,127 ns	<b>z = -2,259</b> <b>p=0,023</b>