http://dx.doi.org/10.18778/7525-974-2.08

Elżbieta Michałowska

(Uniwersytet Łódzki
Instytut Socjologii, Katedra Socjologii Wsi i Miasta)

Funkcjonowanie rodziny z chorymi na zespół psychozy dwubiegunowej afektywnej

Wstęp

Na chorobę afektywną dwubiegunową może cierpieć około 5% zachodniego społeczeństwa (Rybakowski 2008:23). Co dwudziesta osoba może mieć zdiagnozowaną tę dolegliwość. Należy zwrócić uwagę na słowo „zdiagnozowaną", gdyż oznacza to, że wokół nas może żyć o wiele więcej osób z tym schorzeniem, gdyż nie każda osoba udaje się do lekarza, gdy zauważa u siebie objawy choroby, bądź też nie jest tych objawów świadoma.

Przedmiotem zainteresowań tego artykułu uczyniono z jednej strony relacje członków rodziny, zarówno bezpośrednie, jak i te opisane na forach internetowych, poświęcone chorobie dwubiegunowej afektywnej (ChAD), na którą cierpią ich bliscy. Badanie podjęto, by uzyskać odpowiedzi na pytania: Czy zachorowanie jednego z członków rodziny na chorobę afektywną-dwubiegunową prowadzi do powstania w rodzinie dysfunkcji?; Czy regułą jest, iż choroba ta powoduje rozpad więzi rodzinnych na wszystkich ich poziomach?; Jakie zmiany w funkcjonowaniu rodziny zachodzą w wyniku wystąpienia choroby?; Które funkcje rodziny choroba ogranicza w największym zakresie?

W oparciu o dotychczasową wiedzę, można było przyjąć, że zmienność zachowania osoby cierpiącej na ChAD prowadzi do zachwiania funkcji materialnej, jak również, że w wyniku wystąpienia choroby u członka rodziny najbardziej ograniczona jest emocjonalna więź między osobą chorą a jej rodziną. Można również przyjąć, że choroba afektywna-dwubiegunowa powoduje zanik podstawowych funkcji rodziny pełnionych wobec wszystkich jej członków.

Kilka uwag o chorobie afektywno-dwubiegunowej (CHAD)

Choroba afektywno-dwubiegunowa (CHAD) jest zaburzeniem psychicznym polegającym na przemiennym występowaniu epizodów manii i depresji w cyklach o różnej długości i nasileniu. Epizody te mogą następować po sobie lub być oddzielone okresami zdrowia. Wystąpienie pierwszego epizodu choroby zazwyczaj wiązane jest z konkretnymi wydarzeniami w życiu chorego, natomiast kolejne nawroty najprawdopodobniej spowodowane są czynnikami biologicznymi. Niektóre objawy kliniczne zaburzeń dwubiegunowych są podobne (zaburzenia snu, zaburzenia koncentracji) mimo przeciwstawności pozostałych objawów – rytmów biologicznych, emocji i zachowania. Przyczyny powstawania chorób afektywnych nie są całkowicie rozpoznane. Wskazuje się na zaburzenia w funkcjonowaniu komórek nerwowych. Jednakże nadal podkreśla się wpływ zarówno czynników genetycznych, jak i środowiskowych. ChAD polega na naprzemiennym występowaniu stanów podwyższonej aktywności (fizycznej i psychicznej) oraz zaburzeń depresyjnych – nagłych nastrojów smutku wraz z ogólnym otępieniem umysłu. Zazwyczaj zmiany pojawiają się w odpowiedzi na wydarzenia z naszego życia i są krótkotrwałe. Niejednokrotnie jednak, stan podwyższonego lub obniżonego nastroju utrzymuje się znacznie dłużej, co może być pierwszym objawem wystąpienia zaburzeń afektywnych. Przebieg ChAD uzależniony od rodzaju zaburzenia (Goodwin, Sachs 2006:122). Zazwyczaj pierwszy pojawia się stan depresyjny, podczas którego chory nie odczuwa przyjemności, trwa w stanie głębokiego przygnębienia i smutku, który znajduje odzwierciedlenie w fizjologii organizmu (człowiek odmawia przyjmowania pokarmów, czuje ogólne osłabienie). Po fazie depresji następuje stan podwyższonej aktywności organizmu. Osoba chora odczuwa euforię, ma dobre samopoczucie i czuje chęć do życia lub wręcz przeciwnie – odczuwa dyskomfort i niepokój, jest drażliwa i pełna obaw. Niepokojącym objawem występującym na tym etapie choroby, może być także ogromna ilość energii (pomimo braku snu), problem ze skupieniem myśli, poczucie wyjątkowej wartości. W tej fazie choroby ludzie często przestają zażywać leki, myśląc, że zaburzenia ustępują. Skutkuje to przejściem do kolejnych stanów choroby, kolejnej manii lub depresji (Kłoszewska 2007).

Rodzina i jej funkcje

Rodzina – rozumiana jako *rodzina nuklearna*, jest to podstawowa, mała grupa społeczna spełniająca szereg funkcji wobec jej członków, jak i społeczeństwa. Rodzina w tym opracowaniu traktowana będzie,

za Tyszką (1974:59) „jako sieć związków emocjonalnych, (...) komunikacji, jako organizacja funkcjonujących ról...", grupa posiadająca określoną hierarchię autorytetów, podział obowiązków i władzy oraz „wzory rozmieszczenia miłości i względów" (Tyszka 1974:59). Na potrzeby tych rozważań przyjmuje się również znaczenie pojęcia funkcji, która „oznacza „(…) pewną działalność skierowaną na określony cel, kontynuowaną w ramach danej struktury społecznej bądź dla podtrzymania danej społeczności w jej stanie normalnym, bądź dla zaspokojenia potrzeb jednostkowych" (Adamski 1982:46). Funkcje rodziny rozważane z punktu widzenia ich trwałości i zmienności, a przez to i znaczenie dla samej rodziny, dzielimy na dwie grupy: funkcje istotne (pierwszorzędne) i funkcje akcydentalne (drugorzędne). „Do funkcji istotnych kwalifikują się niezbywalne funkcje rodziny, to jest prokreacja, socjalizacja i funkcja miłości. Do drugorzędnych – te, bez których rodzina może funkcjonować bez większego dla siebie i społeczeństwa uszczerbku, a więc: ekonomiczna, opiekuńcza, stratyfikacyjna, rekreacyjna, religijna – będąca częścią funkcji socjalizacyjnej, czy też integracyjna, aczkolwiek ta ostatnia nie może być w pełni zbywalna chociażby z tego względu, że jej elementy tkwią w funkcji socjalizacyjnej i funkcji miłości" (Adamski 1982:52–53).

Dla potrzeb tej pracy przyjęto, iż rodzina powinna spełniać następujące funkcje:

- materialno-ekonomiczna: polegająca obecnie na pracy zawodowej, generującej dochody wystarczające do utrzymania wszystkich jej członków;
- opiekuńczo-zabezpieczająca: sprawowanie opieki nad niesamodzielnymi członkami rodziny, chorymi, niepełnosprawnymi lub niedołężnymi, pielęgnacja niemowląt, osób starszych, opieka nad dziećmi a także zapewnienie utrzymania i finansowego wsparcia;
- prokreacyjna: zaspokajanie rodzicielskich i emocjonalnych potrzeb małżonków i prokreacyjnych potrzeb społeczeństwa, tworzenie nowego pokolenia;
- seksualna: małżeństwo jako szeroko akceptowana i społecznie usankcjonowana forma współżycia płciowego;
- legalizacyjno-kontrolna: rodzina sankcjonuje zachowania powszechnie nieakceptowane poza jej obrębem – posiadanie dzieci, współżycie, wspólne mieszkanie dwóch niespokrewnionych osób, a także wzajemna kontrola członków;
- socjalizacyjna: rodzina jako źródło wychowania zamierzonego jak i spontanicznego, wiedzy o świecie, systemu wartości podzielanego

przez społeczeństwo, podstawa niezbędna dla odnalezienia się młodszego pokolenia w społeczeństwie, do którego jest wprowadzane;
- klasowa: w dzisiejszych czasach funkcja ta traci na znaczeniu, polega ona na przypisaniu jej członków do konkretnej klasy społecznej;
- kulturalna: zapoznanie młodego pokolenia z dziejami kultury społeczeństwa, w którym jest ono wychowywane, nauczenie korzystania z dorobku tej kultury;
- rekreacyjno-towarzyska: dom rodzinny jako miejsce wypoczynku, odwiedzin krewnych, ale także rodzinne wizyty u krewnych, dziadków; rodzina jest – a na pewno powinna być – dla wszystkich jej członków środowiskiem wypoczynku, przyjacielskich rozmów, wzajemnej pomocy i wsparcia w trudnych chwilach;
- emocjonalno-ekspresyjna: w rodzinie tworzymy całkowicie intymny kontakt psychiczny, nieosiągalny poza kręgiem rodzinnym. Każdy normalny człowiek odczuwa potrzebę posiadania kręgu najbliższych osób, które by kochał i przez które byłby kochany. Zazwyczaj rodzina najpełniej zaspokaja tę potrzebę.

Krótko o metodzie

Przebadane zostały dwie grupy badawcze – rodzina, która zgodziła się na wywiady ze wszystkimi jej członkami Wywiady miały charakter swobodnych, pogłębionych rozmów, których zakres wyznaczały doświadczenia rodzinne związane z chorobą jednego jej członka i struktura funkcji, jakie rodzina ma realizować i jakie zostały zakłócone przez chorobę ojca. Analizie poddano także wypowiedzi internautów – użytkowników forum internetowego bipolardisorder.fora.pl – w okresie 2011–2012: sześciu kobiet i jednego mężczyzny o nieustalonym wieku, którzy w tym czasie regularnie – poprzez wpisywane w tym czasie posty – uczestniczyli w forum: ukulele (kobieta), justice1 (kobieta), Wenus (kobieta), djarum (kobieta), atlantik75 (kobieta), kropla w morzu (kobieta), Dark-Faith (mężczyzna), kkruliczekk (kobieta).

Dane rodziny, z której członkami przeprowadzono wywiad to: Grzegorz – 52 lata, magister, chory na CHAD; Katarzyna, 52 lata, magister żona; Adam, 27 lat, licencjat, inżynier, syn; Piotr, 23 lata, wykształcenie średnie, syn.

Analiza oceny realizowanych funkcji w oparciu o zebrany materiał empiryczny

Funkcja materialno-ekonomiczna

Aby było możliwe jej długie trwanie, rodzina powinna generować dochody (Marody, Giza-Poleszczuk 2004:205). Zależnie od modelu rodziny, mogą one pochodzić ze sprzedaży dóbr wytworzonych przez daną rodzinę, bądź wynajmowanie się do pracy jej członków za opłatą. Niestety, choroba afektywna–dwubiegunowa, w okresie manii, powoduje wystąpienie „(…) szczególnej motywacji do działania wynikającego z nadmiernego poczucia własnej wartości i z nadmiernej wiary we własne możliwości" (Rybakowski 2008:31). Osoby dotknięte tą chorobą są dużo bardziej skłonne od osób zdrowych do podejmowania ryzykownych przedsięwzięć, również finansowych, właśnie z podanego wyżej powodu. „*Bardzo charakterystyczne jest robienie zakupów w niepohamowany sposób, często za pożyczone pieniądze, co może doprowadzić rodzinę do bankructwa* (Rybakowski 2008:32). Potwierdza to następująca wypowiedź użytkowniczki forum internetowego o pseudonimie *Ukulele*:

> *(…) to, że ktoś spłacał za mnie dług, który w dodatku zrobiłam sama przez swoją głupotę, nie napawało optymizmem. Wydaje mi się, że to był czynnik, który doprowadził mnie do tak poważnej depresji po okresie manii. Tym bardziej, że zawsze byłam uważana za osobę bardzo rozsądną. Długów nie byłam w stanie spłacić sama, gdyż nie pracowałam, napisałam maturę i szłam na studia, które właśnie przez depresję i tak zawaliłam. Ze świadomością co zrobiłam, jakie mam długi i że moja rodzina je za mnie spłaca i tak nie mogłam normalnie funkcjonować.*

Ojciec rodziny (Grzegorz), z którą przeprowadzano wywiady, w czasie ocenionego przez swoich najbliższych krewnych za jeden z najcięższych epizodów manii w jego życiu, zaciągnął kredyt w banku w celu uruchomienia firmy budowlanej, spontanicznie, bez sporządzenia biznesplanu, czy jakiegokolwiek planu działania, czym naraził swoją rodzinę na poważne straty finansowe:

> *Nabrał tylko kredytu w banku, zatrudnił swojego siostrzeńca, jemu sam pożyczył pieniądze z kredytu… Do tej pory nie może ich od niego odzyskać, ale bardziej mu się po prostu nie chce o nie pytać; Często jeździ na jakieś giełdy i rynki i zamiast odłożyć jakąś kasę, to skupuje rupiecie, nawet na allegro jakieś stare akordeony, się uparł, że będzie je kupował, remontował i sprzedawał. Na razie wyszło na to, że mamy w domu z sześć sztuk* (młodszy syn, Piotr).

Zarówno z literatury, jak i z wypowiedzi członków badanej rodziny wynika, że choroba ta może doprowadzić do zachwiania jednej z podstawowych funkcji, które powinna spełniać rodzina (Tyszka 1974:42). Podjęto próbę pogłębienia problemów w zakresie tej funkcji. Rodzina musi zaspokajać materialne potrzeby jej członków. W przypadku, gdy źródłem przychodu jest praca tylko jednej osoby i właśnie ta osoba choruje na zaburzenia afektywne-dwubiegunowe, może dojść do poważnego zachwiania funkcji materialno-ekonomicznej. W przypadku badanej rodziny, przestała ona pod pewnymi względami tę funkcję pełnić:

> *W ogóle myślę, że za to wszystko, to mi się od niego coś należy, dlatego nie mam jakichś skrupułów, żeby żyć na jego utrzymaniu, po tym wszystkim, co przez niego przeszłam. On mi teraz wypomina, że ja nie pracuję i palę papierosy za jego pieniądze* (żona, Katarzyna).

Poznając rodziny, których członkowie cierpią na zaburzenia maniakalno-depresyjne, trzeba pamiętać, iż rodzina rozumiana także jako gospodarstwo rodzinne musi generować dochód wystarczający do utrzymania wszystkich jej członków. Jeszcze większy wpływ choroby na tę funkcję zauważyć można w kolejnej wypowiedzi, która obrazuje sytuacje, do jakich ChAD może doprowadzić rodzinę:

> *Nie płacone na czas rachunki to standard, a konta są zdebetowane maksymalnie od paru lat. Kilka miesięcy temu dostałem spore odszkodowanie za wypadek i wydałem wszystko w ciągu kilku dni i jeszcze przy okazji zaciągnąłem parę tysięcy długu, który ciągnie się za mną do tej pory. A mogłem spokojnie pospłacać długi... Dobrze, że nie mam zbyt dużych możliwości zadłużania się i „drugą połowę", która potrafi mnie czasem sprowadzić na ziemię* (niezarejestrowany gość forum).

Funkcja materialno-ekonomiczna jest jedną z podstawowych, jakie powinna pełnić rodzina i ChAD ma na nią najczęściej znaczny wpływ, właściwie prowadzi do jej rozpadu – rodzina przestaje być źródłem utrzymania dla jej członków, a zaczyna generować długi spowodowane zachowaniem osoby chorej, za które odpowiadają wszyscy członkowie.

Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca

Realizowanie kolejnej funkcji, opiekuńczo-zabezpieczającej, oznacza „fizyczne i materialne zabezpieczenie członków rodziny", sprawowanie nadzoru, pielęgnację dzieci oraz osób starszych, niedołężnych bądź niepełnosprawnych czyli tych, którzy tego wymagają (Tyszka 1974:62).

Funkcja ta powinna działać w dwie strony, to jest, gdy dzieci są niepełnoletnie, pozostają pod opieką i odpowiedzialnością swoich rodziców lub opiekunów prawnych, natomiast gdy dorosną, a jeden z rodziców bądź oboje tego potrzebują, ich dzieci mają prawny obowiązek wspierać rodziców psychicznie, materialnie, przy podejmowaniu ważnych życiowych decyzji a także fizycznie, jeżeli zajdzie taka potrzeba (Kodeks Rodzinny, art. 87: 24 lipca 2003).

Przeprowadzając wywiady i analizując wypowiedzi na forum internetowym, szukano odpowiedzi na pytanie, jaki jest wpływ chorego z ChAD na funkcjonowanie rodziny w zakresie sprawowania wzajemnej opieki między członkami rodzin. Oto jedna z wypowiedzi:

> *Nie no, może to dziwne, ale jak miewał [ojciec przyp. aut.] te manie, to zawsze lepiej się dogadywaliśmy, to znaczy, nigdy nie mieliśmy zbyt dobrego kontaktu, jakoś ojciec nigdy się nie angażował w nasze wychowanie, zwykle tylko w podstawówce po wywiadówkach, jak były jakieś problemy, to mi dawał wykłady. No ale do tematu, jeżeli choroba miała jakiś wpływ, tak? No to chyba pozytywny, bo jak miał takie łagodne epizody, to mi na przykład kupił stary rower i razem, powiedzmy, go doprowadzaliśmy do używalności. No tak, tak w sumie to rzeczywiście lepiej mi się z nim rozmawiało jak miewał manię* (młodszy syn, Piotr).

Ojciec zaczął w pewien sposób sprawować opiekę nad swoim synem, gdy u niego samego zaczęły występować epizody manii, jest to więc niewątpliwie efekt wpływu jego choroby. Sytuacja uległa jednak radykalnej zmianie w 2010 r., kiedy to u pana Grzegorza [ojca] wystąpił epizod manii, według relacji jego rodziny o największym jak dotąd nasileniu, z halucynacjami i silnymi urojeniami. Wtedy to właśnie Piotr (Adam, starszy syn, przebywa za granicą) musiał przez pewien czas sprawować opiekę nad swoim ojcem. W tym momencie role odwróciły się, jednak funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca nie została zachwiana, zmieniło się jedynie diametralnie podejście młodszego syna, Piotra, do choroby swojego ojca:

> *Byłem wykończony ciągłym pilnowaniem go, żeby nie wypadł przez balkon albo czegoś nie zniszczył… Wiem, że dzieci tam mają prawny obowiązek opieki nad rodzicami, no ale bez przesady, on nie jest w wieku ani w stanie zdrowotnym wymagającym opieki, tylko ta choroba.*

W świetle zebranych materiałów można stwierdzić, iż choroba afektywna-dwubiegunowa ma nie tylko destrukcyjny wpływ na funkcję opiekuńczo-zabezpieczającą, ale wręcz działa niszczycielsko na osoby w otoczeniu chorego, które nieprzygotowane na zwiększony zakres obowiązków, nagle nimi obarczone nie dają sobie rady:

Jest mi strasznie ciężko, nie mogę jeść, zaczęłam palić papierosy, jestem wrakiem człowieka. Jak to długo może jeszcze trwać?! Chce żeby było jak dawniej. Najgorsza jest bezsilność i zero pomocy z żadnej strony... nic nie boli tak jak życie, a ja jestem kompletnie sama... (justice1, użytkowniczka forum).

Również forumowiczka Wenus narzeka na brak wsparcia ze strony swojej rodziny, a wręcz na gorsze traktowanie, jakie ją spotyka ze strony rodziców, od kiedy jej choroba została zdiagnozowana: *Jak zaakceptować chorobę, skoro nikt mnie nie akceptuje chorej, bo nie ma się czym chwalić, tylko trzeba ukrywać nieszczęście rodzinne, którym jestem ja?*

Kolejna z użytkowniczek forum stara się nawet dostrzec przyczyny takiego postępowania reszty rodziny wobec osoby, w tym przypadku dziecka, które choruje:

Ale wyobraźcie sobie taka sytuację – wasze dziecko oświadcza Wam, że jest nieuleczalnie chore psychicznie, że musi brać silne leki do końca życia, może zawalić szkole, pracę albo popełnić samobójstwo. W mojej rodzinie tylko jedna osoba to rozumie – i mam wielki szacun dla Niej, bo to jest coś czego niemal nie da się ogarnąć. Nie da się nad tym przejść obojętnie, przejść do porządku dziennego. Dlatego rodzina woli udawać sama przed sobą, że to tylko taka fanaberia, niegroźna choroba, trochę jak grypa. I że wystarczy nami potrząsnąć a wyzdrowiejemy. Krzyczą, bo są bezsilni. I chcą, by dziecko wyzdrowiało, było normalne i szczęśliwe.

Analizując te wypowiedzi, można zauważyć, iż najbliższa rodzina osoby chorującej ma najczęściej problem ze zrozumieniem natury tej choroby, przez co nie zapewniają osobie tej odpowiedniej opieki i wsparcia psychicznego. Z kolei osoby cierpiące na ChAD nie potrafią z powodu zarówno manii jak i depresji występujących przemiennie opiekować się swoją rodziną. Rodzina, w której osoba dorosła, odpowiedzialna dotąd całkowicie bądź też częściowo za finansowe utrzymanie gospodarstwa domowego zaczyna borykać się z chorobą psychiczną, może zacząć mieć trudności ze spełnianiem tejże funkcji zarówno w aspekcie materialnym, jak i opiekuńczym. Osoba chora, w zależności od nasilenia tej choroby, może stać się niezdolna do pracy zarobkowej, co wywiera silny wpływ na resztę rodziny. Gdy to dziecko zapada na chorobę, stale wymaga większego zakresu opieki niż do tej pory. Jedno z rodziców może być zmuszone do rezygnacji z pracy zawodowej, aby móc zaangażować się pełniej w celu zapewnienia lepszej opieki. Wtedy można mówić o zmianie aspektu pełnionej przez rodzinę funkcji. Jest to przykład występującego czasem, choć rzadkiego, wyłamania się ze zinternalizowanych wzorów i ról, które nastąpiło w wyniku nadszarpnięcia więzi międzyosobniczych i niezgodności norm ojca i jego dzieci (Adamski 1982:94).

Funkcja seksualna i funkcja legalizacyjno-kontrolna

Te dwie funkcje postanowiono opisać w jednym podrozdziale. Funkcja seksualna, czyli uznanie małżeństwa za akceptowalną formę współżycia płciowego, zawiera się w funkcji legalizacyjno-kontrolnej rodziny, w której dozwolone są postępowania uznawane przez społeczeństwo za niewłaściwe i – choć coraz rzadziej i łagodniej – potępiane, (np. wspólne mieszkaniu pary młodych ludzi, którzy nie zawarli związku małżeńskiego, ale razem tworzą gospodarstwo domowe, co nazywamy niewątpliwie pejoratywnym określeniem – konkubinat), seks przedmałżeński oraz swoboda seksualna już po zawarciu związku małżeńskiego (Tyszka 1974:59). Dodatkowo jednak funkcję legalizacyjno-kontrolną Z. Tyszka opisuje jako wzajemną kontrolę małżonków, rodziców i dzieci i innych członków w rodzinie dużej (Tyszka 1974:63).

Choroba maniakalno-depresyjna potrafi zmienić zachowanie osoby na nią cierpiącej na tyle, iż rodzina właściwie przestaje spełniać dla niej opisaną powyżej funkcję. Oczywiście, do zdrady małżeńskiej dochodzi również u osób zdrowych psychicznie, jednak w tym opracowaniu analizowany jest wpływ ChAD na funkcjonowanie rodziny. „Funkcjonowanie pacjenta w stanie maniakalnym w różnych sferach ulega istotnym zmianom. Jest ono wynikiem nastawienia wielkościowego, wzmożenia motywacji do działania oraz niedostatecznego funkcjonowania mechanizmów mózgowych wywierających hamujący wpływ na niektóre zachowania. W sferze interpersonalnej występuje tendencja do nadmiernie łatwego nawiązywania kontaktów, w tym również seksualnych" (Rybakowski 2008:33).

Znany jest z literatury przedmiotu wpływ tych zaburzeń na seksualne zachowania osób dotkniętych ChDA. Należy stwierdzić, iż w niektórych przypadkach, jak m.in. w rodzinie badanej, to właśnie choroba nasila występowanie zachowań nieakceptowanych w rodzinie. Przykładem tego są wydarzenia, które miały miejsce w krótkim czasie po zaobserwowaniu przez rodzinę pierwszych objawów manii:

> *No i jak mama zaczęła sprawdzać komórkę ojca, to po pewnym czasie zobaczyła smsy od jakiejś Eli. Jakiej treści to nie wiem, ale chyba wiadomej, bo wtedy właśnie mama się wściekła…* (młodszy syn, Piotr).

W tym przypadku należy uznać, iż dla małżonków rodzina przestała pełnić funkcję seksualną, gdyż jedno z nich znalazło zaspokojenie tych potrzeb poza obrębem rodziny, po czym pani Katarzyna nie chciała już więcej współżyć ze swoim mężem:

… nie ma tu o czym rozmawiać, po prostu mąż znalazł sobie jakąś pocieszycielkę, która go zrozumiała, w Tomaszowie Mazowieckim (żona, Katarzyna).

W świetle tych argumentów i wypowiedzi uznać należy, iż funkcje legalizacyjno-kontrolna, jak i seksualna przestały w tej rodzinie właściwie być realizowane. Łatwo zauważyć, że stało się tak głównie z powodu zachorowania męża i ojca. Co prawda, choroba ta nie była przyczyną bezpośrednią takiego stanu rzeczy, lecz jej wpływ na zachowanie ojca rodziny doprowadziły do wyłączenia tych dwóch funkcji z rodziny. Przy tym pamiętać należy, biorąc pod uwagę całą definicję funkcji legalizacyjno-kontrolnej, iż w momencie urodzenia i w czasie wychowywania dwójki swoich dzieci, państwo Grzegorz i Katarzyna byli małżeństwem i w tym czasie ich rodzina bez wątpliwości te funkcje spełniała. Tę konkluzję zdają się potwierdzać wypowiedzi wybrane z forum: bipolardisorder.fora.pl:

Rozmawiałam z Nią, powiedziała mi, że On mówił iż nas łączy tylko dziecko (atlantik75, użytkowniczka forum).

W ten sposób *atlantik75* relacjonuje swoją rozmowę z kochanką swojego męża. Jej życiowy partner pod wpływem choroby nie tylko dokonał zdrady, ale także zostawił ją i jej młodego syna dla innej kobiety, czym pozbawił swoją rodzinę dwóch opisywanych powyżej funkcji – seksualnej i legalizacyjno-kontrolnej.

…Czuję się przez Niego brudna i tego brudu po dziś dzień nie mogę z siebie zmyć. Z premedytacją mnie zdradzał, bo miał nas obydwie naraz (atlantik75).

W mniejszym lub większym stopniu w zależności od konkretnego przypadku, choroba psychiczna jednego z członków rodziny doprowadziła do osłabienia funkcji legalizacyjno-kontrolnej, a czasami też seksualnej. Choroba afektywna dwubiegunowa u niektórych osób może powodować, bądź nasilać rozwiązłość seksualną, co stoi w sprzeczności z obiema tymi funkcjami (Carson, Butcher, Mineka 2006:375).

Funkcja socjalizacyjna

W trakcie procesu uspołeczniania dowiadujemy się, iż rodzina, jako podstawowa grupa społeczna, odpowiedzialna jest za wychowanie i przygotowanie dzieci do życia w społeczeństwie. Proces ten nazywa się socjalizacją pierwotną (Goodman 1993:88). Na wychowanie dziecka

największy wpływ, zwłaszcza w pierwszych latach życia, mają rodzice. Przygotowują go do podjęcia kolejnych ról, które będą wynikały z funkcjonowania w społeczeństwie. Taka socjalizacja nazywa się wychowaniem wewnątrzrodzinnym, jest działaniem zamierzonym i planowanym. Obok niej występuje jednak nieodłącznie socjalizacja spontaniczna (przykładowo w momencie, w którym dziecko obserwuje kłócących się rodziców), której skutki są trudne do przewidzenia (Tyszka 1974:35). Zatem warto ustalić, w jaki sposób choroba rodzica czy innego członka rodziny wpływa na przebieg tego procesu? Odpowiedzi na to pytanie uzyskano w trakcie wywiadów z młodszym synem chorego na ChDA:

> *… pamiętam, że jak ja wtedy byłem na tym grillu, to siostrzeniec wyciągnął taką niewielką foliówkę z marychą. Ojciec dał się namówić, żeby to zmieszać z tytoniem i zapalić…; … w każdym razie byłem zdruzgotany, he he, dobre słowo, no zawiedziony byłem, bo zapalił trawsko, a ja nigdy nie chciałem tego tykać…*

W czasie tego zdarzenia respondent miał już 15 lat i był na tyle świadomy, aby samemu ocenić ten czyn jako niewłaściwy i nie próbował go naśladować. Wszyscy pozostali członkowie rodziny: żona, drugi syn i chory ojciec uznali, że te zachowania były spowodowane chorobą.

> *Ojciec powiedział mi dokładnie tak – no przecież nic mi nie zaszkodzi, jak raz spróbuję*. (młodszy syn, Piotr).

Ojciec, podejmując takie działania, z pewnością nie był świadomy tego, iż nie tylko zachowuje się w sposób społecznie nieakceptowany, ale też nielegalny w sensie prawnym (samo zażywanie środka odurzającego nie jest karalne: Wyrok Sądu Najwyższego z 15 stycznia 2010 r., sygn. akt V KK 363/09). Przejawów takiej nieświadomości było jednak więcej, o czym można było wywnioskować z przeprowadzonych wywiadów z rodziną. Zdrada małżeńska z pewnością nie jest zjawiskiem społecznie akceptowanym, a także kłóci się z funkcją legalizacyjno-kontrolną. Chory na ChDA dawał nie tylko zły przykład, ale też ranił psychikę żony, jak i dzieci:

> *… Jak mógł zrobić coś takiego mamie? Wtedy sobie postanowiłem, że nie chcę być pod żadnym względem do niego podobny* (młodszy syn, Piotr).
>
> *(…) Dla mnie ojciec jest moim rodzicem, w sensie biologicznym i prawnym, bo w żadnym innym już nie.*

Zapytany, o powody tak ostrego zdania o swoim ojcu odpowiedział następująco:

Powiedział, że jesteśmy bękartami. Od tamtej pory powiedzmy że nie darzę go zbyt wielkim szacunkiem (starszy syn, Adam).

Analizując forum internetowe, znaleźć można również odniesienia do zachowania rodziców chorujących na ChAD względem swoich dzieci:

Wielokrotnie zamiast pracować obijała się, obżerała, leniła, spała, oglądała tv, byle nie pracować. I nie wolno jej zwrócić uwagi, teraz też tak jest, bo od razu kończy się to awanturą. A skoro już jestem przy temacie awantur – co jakiś czas mama urządza awantury ojcu. Zarzuca mu, że ogólnie mówiąc, nie spełnia swoich obowiązków względem niej. Że nie rozmawia z nią, że ją olewa, że się nie odzywa, nie podejmuje decyzji itd. A tata jest praktycznie cały czas zajęty pracą i nie ma wolnej chwili. A gdy mama mu zarzuca takie zarzuty, nie wie co odpowiedzieć. Podczas awantur nasz dom jest najniebezpieczniejszym miejscem na świecie. Potem się zwykle uspokaja, ale rany zostają i tak naprawdę jedyne o czym marzę to uciec stąd jak najdalej (kropla w morzu, użytkowniczka forum).

W wypowiedziach zarówno rodziny jak i forumowiczów widać wyraźnie destrukcyjny wpływ choroby afektywnej–dwubiegunowej na relacje rodziców z dziećmi, na sposób, w jaki dzieci są kształtowane, przygotowywane do życia. Przy negacji choroby czy zaprzestaniu leczenia dzieci wystawione są na zachowania szkodliwe, które mogą być postrzegane jako normalne. Cytując Bastide'a: „(…) harmonijne środowisko rodzinne jest konieczne dla psychicznej równowagi dziecka i … zaburzenia, jakim może ono podlegać w dzieciństwie i później, w znacznym stopniu wywodzą się z konfliktów między rodzicami" (1972:148).

Możemy przyjąć, iż choroba psychiczna nie sprzyja tworzeniu „harmonijnego środowiska rodzinnego", niezależnie od tego, czy chore jest dziecko i jego stan przez występujące w rodzinie konflikty jeszcze się pogarsza, czy też chory jest rodzic, co niszczy relacje między małżonkami i negatywnie wpływa na socjalizację wewnątrzrodzinną, jak i tworzy atmosferę negatywnej socjalizacji spontanicznej, zarówno z powodu obserwacji przez dziecko nietypowych zachowań rodzica, jak i konsekwencji (napięć, konfliktów itp.), które te zachowania wywołują wśród członków rodziny.

Funkcja rekreacyjno-towarzyska

Rodzinny dom powinien być miejscem wypoczynku w czasie wolnym, powinien być miejscem o przyjaznej dla domowników atmosferze, stwarzać także możliwość wizyt krewnych i przyjaciół. Dom modelowo

stanowi również miejsce do wzajemnych, pozytywnych relacji i kontaktów towarzyskich między członkami rodziny. Florian Znaniecki używał terminu „potrzeba oddźwięku społecznego" i zdefiniował go jako „występującą u każdego człowieka..." – co warto zaznaczyć – „...(zdrowego psychicznie) dążności do utrzymywania zażyłych, nieformalnych kontaktów z niewielkim kręgiem osób" (Tyszka 1974:66). Zdarza się jednak, iż choroba afektywno-dwubiegunowa zniechęca, pośrednio przez strach przed etykietowaniem, do zapraszania do domu znajomych, czy dalszej rodziny, niejako zmusza do ukrywania się ze swoimi dolegliwościami, jak w przypadku pewnej użytkowniczki forum traktującego o ChAD, w wypowiedzi której możemy zauważyć wręcz przerażenie i ogromny wstyd na myśl o spotkaniu ze starą koleżanką:

> *Boże, jak ja się przeraziłam, gdy usłyszałam dzwonek do drzwi, a byłam wtedy sama w domu, otworzyłam a w drzwiach stała ona; … myślałam, ze się pod ziemię zapadnę* (justice1, kobieta).

Jak można się dowiedzieć z zapisu kontynuacji tego wątku, forumowiczka nie była przez swoją przyjaciółkę w ogóle oceniona, odnowiła za to znajomość.

Pani Katarzyna [żona] narzeka na brak wizyt znajomych rodziny i krewnych:

> *Przestaliśmy zapraszać kogokolwiek, bo co będzie, jak Grzesiek się napije i znowu zacznie chodzić z wazonem postawionym na głowie?*

Rodziny chorych na ChAD boją się upokorzenia, jakie mogłoby wywołać takie zachowanie, które nie zdarza się poza okresem manii. Jednocześnie jednak nie boją się rozmawiać o tym temacie otwarcie ze swoimi przyjaciółmi. Czy zaburzenia afektywne–dwubiegunowe wpływają na relacje między samymi członkami rodziny dwupokoleniowej? Jeśli tak, to w jaki sposób w jakim stopniu? Na pytanie o uczucia żywione do ojca, starszy syn – Adam – odpowiedział następująco:

> *No wtedy to byłem na niego wściekły, że rozwala dom, rodzinę, a teraz to czasem z nim porozmawiam, jak potrzebuję jakiejś porady odnośnie naprawy samochodu czy coś takiego, ale nie utrzymuję z nim jakichś bliższych kontaktów i jakikolwiek kontakt staram się właśnie ograniczać do minimum.*

Sytuacja w domu wywołana chorobą, a przez to zmienionym zachowaniem ojca, działała destrukcyjnie na wzajemne relacje między synami i ojcem. Tak działo się również nie tylko w przypadku badanej

rodziny, również rodzinna sytuacja kolejnej użytkowniczki forum uległa znaczącemu pogorszeniu w wyniku wystąpienia u niej analogicznych zaburzeń:

> *Czułam się tak zaszczuta przez niego (ojca), reszta rodziny (matka i brat) też nie odzywali się do mnie, ze się załamałam całkowicie; Ojciec codziennie po powrocie z pracy pastwił się nade mną, mówił np. ze nie zasługuję na jedzenie, bo nic nie robię, nie pracuję, nie uczę się i że mam się cieszyć, że mi przynajmniej talerz zupy daje, bo na drugie danie to już nie zasługuje i chleb to mam jeść posmarowany samym smalcem, bo masła też na mnie szkoda* (ukulele, kobieta).

Gdy spotykamy osobę cierpiącą na ChAD, zauważamy, iż jej zachowanie nie jest normalne, dlatego też trudno jest odnosić się do takiej osoby i trudno poradzić sobie z tą nową sytuacją. Obraz choroby psychicznej bardzo często zbudowany jest głównie na stereotypach, które zazwyczaj bardzo trudno zmienić. Dlatego też prowadząc te rozważania koniecznym jest przywołanie pojęcia stygmatu i stygmatyzacji. Pochodzą one jeszcze z czasów starożytnej Grecji, kiedy to wypalano lub wycinano piętno na ciele przestępców, zdrajców, niewolników, czyli osób potępionych lub wyklętych. Do współczesnych realiów przeniósł to pojęcie Erving Goffman. Za stygmatyzację rozumie on tworzenie pewnej wypaczonej tożsamości, które polega na projekcji na jednostkę lub większą grupę sądów na temat tego, co gorsze, haniebne. Twierdził, że jest to atrybut dotkliwie dyskredytujący i kładł nacisk na fakt, iż ważny jest język relacji, ponieważ ten sam atrybut może w zależności od kontekstu albo dyskredytować, albo potwierdzać zwyczajność, albo niekiedy wpływać pozytywnie i tym samym wyróżniać jednostkę (Goffman 2005:42). We wszystkich rodzinach wystąpiły konflikty na tyle silne i długotrwałe, tak znacząco stygmatyzujące osoby chore, że właściwie, z lęku przed reakcją otoczenia przestały one pełnić rolę rekreacyjno-towarzyską.

Emocjonalna-ekspresyjna funkcja rodziny

W pełni funkcjonalnej rodzinie każdy z jej członków powinien czuć się bezpiecznie. Co się jednak dzieje, gdy jeden z jej członków zachoruje na ChAD? Czy wpływa to na funkcję emocjonalną, ekspresyjną rodziny? Jeżeli tak, to w jaki sposób? Łatwo będzie wskazać odpowiedzi na te pytania w przytaczanych wypowiedziach zarówno badanej rodziny, jak i w tych, udzielonych przez internautów – użytkowników internetowego forum bipolardisorder.pl. Już jedna z pierwszych, udzielonych przez

młodszego syna chorego na ChDA odpowiedzi wskazuje na to, iż wywołana chorobą sytuacja w domu, nie wpływała pozytywnie na wzajemne relacje domowników, a wręcz je niszczyła:

> *Zresztą, zanim to wszystko się zaczęło to i tak sytuacja w domu była taka, że chciałem tylko wyjść na rower i nie wracać kilka godzin, bo czułem, że to wszystko mnie po prostu niszcz i gniecie.*

Jeszcze bardziej przekonująca może być opinia na temat własnego ojca właśnie starszego syna – Adama: *Chciałbym, żeby ojciec wreszcie zniknął z naszego życia, chociaż wiem, że to raczej niemożliwe. Chciałbym móc się nie martwić o mamę*.

Z kolei pewna użytkowniczka forum, która cierpi na zaburzenia afektywne–dwubiegunowe, w następujący sposób wypowiada się na temat swoich relacji z ojcem:

> *Długo miałam żal do Ojca a On chyba do mnie, dopiero od 3–4 lat znów zaczęliśmy się odzywać i wtedy minęła mi ta cała gorycz do Jego osoby; Ale zadra niestety pozostała i niektórych słów Jego nie jestem w stanie wymazać z pamięci, chociaż oboje udajemy, że te sytuacje nie miały nigdy miejsca* (kkruliczekk, kobieta).

Internautka odnosi się do opisanych przez siebie wydarzeń, które miały miejsce, kiedy jej dolegliwości się rozpoczęły i nie zostały jeszcze zdiagnozowane. Również po diagnozie, a nawet hospitalizacji – wspominała na forum o szyderstwach, jakie spotykały ją ze strony ojca, wytykach, jakoby jej dolegliwości, epizody manii i depresji były tylko i wyłącznie jej kaprysami. Właściwie tę funkcję dla użytkowniczki forum *kkruliczekk* przejęła stara przyjaciółka ze szkoły, którą pewnego razu spotkała przypadkiem na osiedlu w czasie spaceru: *Okazało się, że już nie jestem sama, że jednak komuś na mnie zależy i w ten sposób powoli moja depresja zaczęła łagodnieć po 10 miesiącach trwania*.

Właściwie funkcja ta przestaje być pełniona przez rodzinę z dwóch powodów. Pierwszym jest wyjście choroby na pierwszy plan, kiedy staje się ona głównym problemem wszystkich jej członków, a ich własne problemy, potrzeby emocjonalne, potrzeby kontaktów schodzą na dalszy plan, zaś głównym zadaniem staje się potrzeba sprawowania opieki nad chorym. Drugim powodem jest fakt, iż osoba cierpiąca na ChAD, zwłaszcza w skrajnych stadiach choroby, nie jest już w stanie znaleźć wspólnej płaszczyzny porozumienia z pozostałymi, zdrowymi członkami rodziny. Kończą się wspólne tematy do rozmów, następuje również zerwanie swoistej solidarności intelektualnej, tak ważnej dla utrzymania harmonijnych relacji w rodzinie (Tyszka 1974:49). Ponadto u części

badanych, osoba chora psychicznie postrzegana jest jako niepożądana, co potwierdza się również w wynikach przeprowadzonych badań. Niestety negatywne nastawienie rodziny do chorego wiąże się ze złymi prognozami pacjenta na wyzdrowienie (Brodniak 2000:132).

Choroba psychiczna zdecydowanie negatywnie wpływa na emocjonalno-ekspresyjny aspekt funkcjonalności rodziny, a dzieje się tak z dwóch najważniejszych powodów – osoba chora psychicznie traci kontakt z najbliższymi przez zmianę postrzegania otoczenia i przez to zmianę zachowania, a co za tym idzie, zaczyna być traktowana przez swoich najbliższych jako osoba niepożądana. Chory psychicznie nie jest w stanie spełniać również funkcji emocjonalno-ekspresyjnej wobec członków rodziny.

Podsumowanie, wnioski końcowe

W wyniku istnienia choroby psychicznej jednego z rodziców lub innego członka rodziny oboje rodzice, spychając dzieci na drugi plan, często nie zaspokajają ich podstawowych, psychicznych potrzeb, takich jak np.: potrzeba bezpieczeństwa, miłości, akceptacji, zainteresowania, częstego z nim kontaktu. Niezaspokojenie którejś z tych potrzeb rodzi zaburzenia w zachowaniu, prowadzące do trwałych zniekształceń. Chory rodzic nie dostarcza też dzieciom modeli osobowych i wzorów zachowania. Rodzina jest dla dziecka polem doświadczalnym, na którym próbuje ono swych sił i możliwości, znajdując oparcie i punkt odniesienia w rodzicach. Niestety w chorym psychicznie rodzicu dziecko nie znajduje tego oparcia.

Analizując zakres realizowanych przez rodziny funkcji można stwierdzić, że każda z badanych osób, zarówno członkowie rodziny chorego na ChDA, jak i internauci zapytani: „Czy uznał/uznałabyś, iż choroba afektywna–dwubiegunowa wpłynęła negatywnie na sytuację finansową twojej rodziny?" odpowiedzieli twierdząco. Jest to wyraźny wskaźnik tego, jak niszczycielsko choroba wpływa na sytuację finansową rodziny, w której jeden z członków jest przez tę chorobę dotknięty. Rozpadowi uległa także emocjonalna więź między osobą chorą a jej rodziną. Biorąc pod uwagę analizowane wypowiedzi, dotyczące ostatniej z opisywanych, funkcji emocjonalnej–ekspresyjnej, można z całą pewnością stwierdzić, iż ChAD destrukcyjnie wpływa na tę, jak i inne, ważne dla wzajemnych relacji funkcje. Osoby, które choroba dotknęła, zdają się być izolowane od najbliższych krewnych, własnych rodziców, czy rodzeństwa, a osoby, które z kolei mają do czynienia z chorym krewnym, nieprzywykłe do zmienności zachowań pod wpływem choroby same od takiej osoby się odsuwają (Brodniak 2000:189). Chorzy w takim przypadku zmuszeni są często do szukania więzi emocjonalnych,

które normalnie znaleźliby w rodzinie, poza jej obrębem, pozbawiając ją w ten sposób jednej z podstawowych funkcji. Choroba afektywna–dwubiegunowa powoduje również dysfunkcjonalność w zakresie pozostałych funkcji rodziny pełnionych wobec wszystkich jej członków.

Funkcje takie, jak materialno-ekonomiczna, seksualna, legalizacyjno-kontrolna, socjalizacyjna oraz emocjonalna–ekspresyjna zdają się być mocno zaburzone w wyniku choroby, czy to rodzica, czy też dziecka. Kilka z nich zanika w wyniku zachowania osoby dotkniętej zaburzeniami dwubiegunowymi, które zmienia się pod wpływem doświadczanej choroby, pozostałe jednak, tak jak chociażby funkcja emocjonalna zanika zazwyczaj nie z winy chorego, lecz jego najbliższej rodziny, która bagatelizuje chorobę i zaczyna traktować chorego, mówiąc delikatnie, „szorstko", bądź wręcz odwraca się od osoby chorej, z powodów, które mogłyby posłużyć za grunt dla kolejnych badań. Potwierdzenia tych tez znajdujemy m. in. w wynikach badań, na które powołuje się Brodniak. Udowadniają one, iż choroba psychiczna działała niszcząco na relacje między chorymi a ich najbliższą rodziną (2000:221–222).

W rodzinie, w której jedno z rodziców lub inny jej członek cierpi na ChAD, można się spodziewać, iż pozostali ich członkowie, a zwłaszcza dzieci będą miały trudności m.in. w sferze ekspresji niewerbalnej, rozwiązywaniu konfliktów, dostosowaniu się do zmian i nowych sytuacji. Świadomość braków i trudności może obniżać ocenę własnych możliwości, efektów działania i ocenę obrazu samego siebie. Obniżony zwłaszcza u dzieci rozwój ego i superego jest związany z obniżonym systemem wartości, postaw moralnych, zachwianiem obrazu rzeczywistości fizycznej i społecznej. W rodzinie, w której choruje jeden z jej członków, występują osłabione stosunki uczuciowe. Brakuje wzorców osobowych i identyfikacji. Dzieci czują się także odrzucone przez zdrowego rodzica, który nierzadko jest skupiony na chorobie współmałżonka czy innego członka rodziny. Obojętny stosunek we wzajemnych relacjach odbierany jest przez niejako brak miłości, akceptacji i zainteresowania. U członków rodziny kształtuje się obniżone poczucie własnej wartości i zostaje zaburzona jego osobowość. Dziecko odepchnięte przez rodzica, czuje się ono gorsze i niechciane, przez co ucieka w swój świat i tworzy własne, negatywne systemy wartości. Sytuacja rodziny z osobą chorą psychicznie jest trudna i wymaga wielkiej roztropności. Na pewno bardzo ważne jest, aby członkowie rodziny zdobyli wiedzę na temat tak specyficznej choroby, jaką jest ChDA, i sposobów postępowania w poszczególnych jej fazach i towarzyszących im sytuacjach. Ważne jest, aby rozumieć potrzeby chorego, otoczyć go miłością i troską. Takie postępowanie może zwiększyć i przyspieszyć szanse powrotu do zdrowia i w miarę normalnego funkcjonowania w rodzinie i w szerszym środowisku.

Bibliografia

Adamski F. (1982), *Socjologia małżeństwa i rodziny*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
Bastide R. (1972) *Socjologia chorób psychicznych*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
Brodniak W. A. (2000), *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S. (2006), *Psychologia zaburzeń*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.
Goffman E. (2005), *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
Goodman N. (1993), *Wstęp do socjologii*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
Goodwin G., Sachs G. (2006), *Zaburzenia dwubiegunowe afektywne*, Alfa Medica Press, Bielsko-Biała.
Kłoszewska I. (2007), *Stany mieszane w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
Marody M., Giza-Poleszczuk A. (2004), *Przemiany więzi społecznych. Zarys teorii zmiany społecznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
Piotr Sztompka (2003), *Socjologia. Analiza Społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
Rybakowski J. (2008), *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*, Termedia, Wydawnictwa Medyczne, Poznań.
Tyszka Z. (1974), *Socjologia Rodziny*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.

Netografia

http://www.idn.org.pl/sonnszz/kod_rodz.htm
http://www.bipolardisorder.fora.pl
http://www.bipolardisorder.fora.pl/nasze-historie,2/miniowa-historia,5665.html
http://www.bipolardisorder.fora.pl/mania-hipomania,7/szalone-zakupy,5498.html
http://online.synapsis.pl/Choroba-afektywna-dwubiegunowa-ChAD-podstawowe-informacje/
http://www.afektywna.pl/chad/
http://zdrowie.onet.pl/psychologia/chad-owe-zycie,1,3670360,artykul.html
http://www.csk.lodz.pl/depresja/Choroba_afektywna_dwubiegunowa.htm
http://e-prawnik.pl/wiadomosci/orzecznictwo/sad-najwyzszy/samo-zazywanie-narkotyku-nie-jest-karalne.html

Functioning of the family including member suffering from bipolar disorder

Main points of interest of following paper are relations between family members of which one suffers from bipolar disorder. Relation were both observed directly as well as derived from bipolar disorder forum postings. Research was conducted to answer following questions: does having the disease leads to family dysfunction? Does the illness causes relation degradation on all levels as a rule? What changes are introduced to family functioning when disorder appears? Which functions are the most limited by the disorder?

Based on results we conclude that transience of diseased person's behaviour leads to undermining of material function. Also, most limited bond is the one between sick family member and the rest of the family. Bipolar disorder causes decay of basic family functions to all of its members.

Key words: bipolar disorder, dysfunctions, family function change.