



## Temperament w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych

*Temperament in bipolar affective disorders*

FILIP RYBAKOWSKI

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Akademii Medycznej w Poznaniu

**STRESZCZENIE.** *Cel.* Artykuł przedstawia współczesne koncepcje dotyczące roli temperamentu w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych. *Poglądy.* Wyniki niedawnych badań wskazują na trafność obserwacji Emila Kraepelina, twórcy koncepcji choroby maniakałno-depresyjnej, który zakładał, że temperament rozumiany jako wrodzony, uwarunkowany głównie biologicznie sposób funkcjonowania, oparty o czynność ośrodkowego układu nerwowego, może stanowić istotny czynnik predysponujący do wystąpienia zaburzeń afektywnych. Obecnie badania nad temperamentem koncentrują się wokół czterech zagadnień – roli temperamentu jako czynnika predysponującego do zachorowania na zaburzenia dwubiegunowe, znaczenia cech temperamentalnych dla występujących w wieku rozwojowym zaburzeń zachowania poprzedzających wystąpienie zaburzeń dwubiegunowych, roli temperamentu jako wskaźnika tzw. zaburzeń ze spektrum dwubiegunowego, oraz wpływu temperamentu na obraz kliniczny zaburzeń afektywnych. *Wnioski.* Badania nad temperamentem mogą poprawić rozumienie etiologii, związków nozologicznych i udoskonalić postępowanie kliniczne w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych.

**SUMMARY.** *Aim.* The article presents current concepts on the role of temperament in bipolar affective disorder. *Review.* Results of recent studies confirm accuracy of the observation made by Emil Kraepelin, the author of the concept of manic-depressive illness, that temperament-understood as an inborn, mostly biologically determined behavior style based on the function of the central nervous system-may be a significant predictor of affective disorders. Current research on temperament is focused on four issues – the role of temperament as a factor predisposing to bipolar disorder, the importance of temperamental traits for problem behaviours in adolescence preceding the onset of bipolar disorder, the significance of temperament as an indicator of the so-called bipolar spectrum disorders and finally the effect of temperament on the clinical picture of affective disorders. *Conclusions.* Research on temperament may contribute to our better understanding of the etiology and nosological associations of bipolar disorder, as well as to improve clinical management of the condition.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia afektywne dwubiegunowe / temperament / spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych

**Key words:** bipolar affective disorders / temperament / bipolar spectrum disorders

### HISTORYCZNE ŹRÓDŁA I WSPÓŁCZESNE ROZUMIENIE POJĘCIA TEMPERAMENT

Zgodnie z tezami starożytnej szkoły Hipokratesa optymalny stan zdrowia zapewnia człowiekowi istnienie równowagi pomiędzy

czterema płynami ustrojowymi (humorami). Opierając się na tych założeniach i na subiektywnej obserwacji Galen w dziele *De temperamentis* zaproponował, by różne sposoby ludzkiego zachowania definiować za pomocą dwóch wymiarów, które wg niego miały związek z humorami: ciepła–zimna oraz

suchości-wilgoci. Odpowiednia kompozycja tych wymiarów pozwalała na wyróżnienie dziewięciu rodzajów temperamentu. Cztery z nich (sangwinik, choleryk, melancholik i flegmatyk) znalazły swoje stałe miejsce w potocznym opisie ludzkich typów. Wartość powyższych koncepcji polegała na tym, że zaproponowano w nich, iż indywidualne różnice w zachowaniu mogą być wyjaśniane za pomocą mechanizmów fizjologicznych.

Kolejnym istotnym, choć również opartym wyłącznie na spekulacjach krokiem w badaniach nad temperamentem, było wprowadzenie przez Junga rozróżnienia pomiędzy ekstrawersją i introwersją, które znajduje swe odbicie w niektórych używanych do tej pory teoriach temperamentu (np. Eysencka).

Od początku XX wieku rozpoczęto badania doświadczalne nad cechami temperamentu. Największe osiągnięcia w zakresie pionierskich badań nad temperamentem mieli holenderski badacz Gerard Heymans i rosyjski uczony Iwan Pawłow. Ten pierwszy zwrócił uwagę na silne uwarunkowanie dziedziczne cech temperamentu, a drugi wskazał na związek pomiędzy temperamentem i typem układu nerwowego. W dalszych badaniach nad temperamentem poszukiwano związków pomiędzy budową ciała i cechami osobowości. Kretschmer wyróżnił typ schizotypiczny, cyklotypiczny i iksotypiczny temperamentu i powiązał je odpowiednio z budową asteniczną, pykniczną i atletyczną. Zaslugą tego badacza było zwrócenie uwagi na fakt, że cechy temperamentu występujące u osób z populacji ogólnej, w przypadku ich znaczącego nasilenia, mogą stanowić podłoże zaburzeń psychicznych [za 1].

Obecnie temperament jest charakteryzowany jako typ reakcji emocjonalnych, choć inni badacze poszerzają jego definicję na inne obszary funkcjonowania i definiują temperament całościowo, jako styl zachowania. Temperament może być określany przez kilka cech [1]:

1) temperament, to cechy zachowania, pod względem których ludzie różnią się od siebie,

- 2) temperament cechuje się stałością w ciągu życia i spójnością międzysytuacyjną,
- 3) temperament ma podłoże biologiczne,
- 4) pojęcie temperamentu odnosi się do formalnej charakterystyki zachowania, np. intensywność, energia, siła czy zmienność zachowań.

Istnieje wiele sposobów badania temperamentu, np. za pomocą obserwacji w warunkach naturalnych, obserwacji w warunkach doświadczalnych, czy dokładnego wywiadu. Jednakże największą popularność zdobyły badania kwestionariuszowe. W takich kwestionariuszach znajdują się pytania dotyczące zachowań i reakcji emocjonalnych, które miały miejsce w przeszłości i które są charakterystyczne dla pewnych cech temperamentu. Stosowane są kwestionariusze oceniające tylko cechy temperamentu, oraz kwestionariusze oceniające cechy, które kształtują się w czasie trwania rozwoju osobniczego, które określa się mianem charakteru. Uważa się, że dopiero łączna ocena temperamentu i charakteru pozwala na całościową ocenę osobowości. Stosowane powszechnie kwestionariusze oceniają zwykle kilka wymiarów osobowości, w tym cechy temperamentalne, aczkolwiek liczba mierzonych cech różni się w zależności od przyjętego modelu osobowości i temperamentu.

## **ZWIĄZEK TEMPERAMENTU I ZABURZEŃ AFEKTYWNYCH DWUBIEGUNOWYCH**

Autor współcześnie obowiązującego podziału zaburzeń psychicznych Emil Kraepelin zakładał, że w okresie poprzedzającym wystąpienie zaburzeń maniakalno-depresyjnych, nazwanych później przez Eugena Bleulera zaburzeniami afektywnymi, oraz w okresie ich remisji, u pacjentów występują określone typy osobowości, które są uwarunkowane konstytucjonalnie i stanowią o predyspozycji do zachorowania. W chwili obecnej do tak uwarunkowanych cech osobniczych używa się określenia temperament,

choć Kraepelin dla dyspozycji do wystąpienia zaburzeń afektywnych użył terminu *Grundzustande* (stanów fundamentalnych). Zaliczył do nich temperament hipertymiczny, dystymiczny, cyklotymiczny oraz drażliwy [2]. Takie rodzaje osobowości miałyby wpływać na funkcjonowanie osób nimi obdarzonych, ale nie powodować odchyłeń nastroju na tyle silnych, by były one rozpoznawane jako zaburzenia psychiczne. Koncepcja spektrum sięgającego od predyspozycji temperamentalnych do w pełni wyrażonych zaburzeń afektywnych znalazła swoje odbicie również w teorii Kretschmera, który zakładał istnienie kontinuum cyklotymia – cykloidia – zaburzenia maniako-depresyjne [3]. Autor ten po raz pierwszy wprowadził rozróżnienie temperamentu jako biologicznie uwarunkowanego elementu życia psychicznego i charakteru, jako zbioru reakcji powstającego wskutek interakcji czynników biologicznych i oddziaływań środowiskowych. W chwili obecnej zarówno w klasyfikacji amerykańskiej jak i światowej cyklotymia i dystymia stanowią odrębne kategorie diagnostyczne, tak więc zostały zaliczone do zaburzeń psychicznych (a nie zaburzeń osobowości, ani do cech osobowości). Cyklotymia przez wielu autorów postrzegana jest za subkliniczną postać zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, choć część autorów używa tego pojęcia w sposób wymienny z terminem temperament cyklotymiczny, co świadczy o trwających kontrowersjach wokół nozologicznej pozycji tego zaburzenia [4, 5].

W połowie XX wieku m.in. za sprawą badań genetyczno-rodzinnych, w których oceniano również występowanie typów temperamentalnych u krewnych osób z zaburzeniami afektywnymi, zaproponowano wyróżnienie w stworzonej przez Kraepelina kategorii zaburzeń maniako-depresyjnych zaburzeń afektywnych dwubiegunowych i jednobiegunowych. Te pierwsze miałyby się cechować występowaniem epizodów manii i hipomanii naprzemiennie z epizodami depresji, a ich temperamentalnym odpowied-

nikiem występującym ze zwiększoną częstotliwością wśród krewnych miały być temperament hipertymiczny i cyklotymiczny. Odpowiednio temperament dystymiczny i drażliwy miał dominować u krewnych osób z nawracającymi epizodami depresyjnymi [6].

Koncepcja występowania temperamentalnego podłoża depresji nawracającej znalazła swoje potwierdzenie zarówno w badaniach, w których zastosowano podejście typologiczne, jak i w badaniach opierających się na wymiarowej ocenie osobowości. Niemiecki psychiatra Tellenbach stwierdził, że istnieje typ osobowości, który wykazuje tendencję do reagowania obniżeniem nastroju na niekorzystne sytuacje i powiązał ten stały sposób zachowania z typem melancholicznym temperamentu – *typus melancholicus* [7]. W badaniach wykorzystujących kwestionariusze do samooceny osobowości – zarówno w modelu Eysencka, w modelu pięcioczynnikowym Normana, jak i w modelu psychobiologicznym Cloningera i wsp. [8, 9] – wymiar neurotyczności, niestałości emocjonalnej czy unikania urazów został opisany jako związany z ryzykiem wystąpienia zaburzeń depresyjnych [10, 11]. Związek pomiędzy depresją a wymiarem neurotyczności został wykazany w badaniach przekrojowych w populacjach klinicznych, jak również w grupie osób zdrowych wysokiego ryzyka ocenianych prospektywnie. Obserwacje osób, u których występują trwale objawy obniżenia nastroju upośledzające funkcjonowanie skłoniły niektórych autorów do zaproponowania koncepcji zaburzeń osobowości typu depresyjnego. Taka jednostka sytuowałaby się pod względem nozologicznym pomiędzy zaburzeniami osobowości typu unikającego a dystymią. Pomimo, że cechy temperamentu oceniane kwestionariuszami do samooceny mogą wykazywać wpływ podprogowych objawów depresyjnych, obecnie zgodnie zakłada się, że wymiar neurotyczności stanowi cechę uwarunkowaną częściowo genetycznie, która jest wskaźnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń depresyjnych.

## BADANIA NAD TEMPERAMENTEM W ZABURZENIACH AFEKTYWNYCH DWUBIEGUNOWYCH

### Badania o modelu przekrojowym

Zgodnie ze współczesnymi koncepcjami patogenetycznymi, w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych w okresach między epizodami podwyższonego i obniżonego nastroju występują cechy odróżniające osoby chore od osób z populacji ogólnej, które związane są z predyspozycją do zachorowania (np. zaburzenia funkcji poznawczych). Podobnie określone cechy osobowości mogą odróżniać osoby z chorobą afektywną dwubiegunową pozostające w eutyimii od osób zdrowych. Ocena osobowości u takich osób jest możliwa przy zastosowaniu kwestionariuszy, np. Inwentarza Temperamentu i Charakteru (*Temperament and Character Inventory – TCI*) [9]. W dwóch badaniach przeprowadzonych w populacji Izraela stwierdzono, że eutymiczne osoby z zaburzeniem dwubiegunowym różnią się od osób z grupy kontrolnej niższym poziomem wymiaru temperamentu – wytrwałości (*persistence – P*) [12, 13]. W badaniach prowadzonych u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową w Katedrze Psychiatrii w Poznaniu uzyskaliśmy potwierdzenie tej obserwacji. Jednocześnie zaobserwowano, że pomimo iż w ocenie klinicznej pacjenci znajdowali się w remisji – występowanie podprogowych objawów depresyjnych mierzonych za pomocą skal depresji Becka i Hamiltona w sposób istotny wpływało na ocenę przy użyciu kwestionariusza TCI [14].

W badaniach prowadzonych za pomocą pierwowzoru TCI – Trójwymiarowego Kwestionariusza Osobowości (*Tridimensional Personality Questionnaire – TPQ*) [8] porównywano wymiary osobowości u osób z zaburzeniem afektywnym jednobiegunowym i dwubiegunowym. Young i wsp. stwierdzili, że pacjenci z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym uzyskiwali wyższe wyniki w wymiarze zapotrzebowania na stymulację (*novelty seeking – NS*) niż chorzy na depresję nawracającą i osoby z grupy kontrolnej. W in-

nym badaniu, w którym porównywano grupy pacjentów z zaburzeniami afektywnymi jedno- i dwubiegunowymi stwierdzono różnice pomiędzy nimi w wymiarze zapotrzebowania na stymulację (TPQ) oraz w wymiarze ekstrawersji (Myers Briggs Type Indicator) [11].

Badania prowadzone w modelu przekrojowym nie pozwalają na określenie, czy mierzona cecha jest spowodowana występowaniem choroby, stanowi odpowiednik podprogowych objawów zaburzenia, albo czy jest związana z prowadzonym leczeniem, jednak wyniki powyższych badań mogą wskazywać na celowość poszukiwania czynników osobowościowych predysponujących do zachorowania w obrębie takich wymiarów temperamentu jak zapotrzebowanie na stymulację i wytrwałość.

Grupa Akiskala i wsp. [15] wykorzystując koncepcję stanów fundamentalnych stworzyła kwestionariusz TEMPS (*Temperament Evaluation of Memphis, Piza and San Diego*). Kwestionariusz ten zarówno w formie do samooceny (TEMPS-A), jak i wywiadu klinicznego (TEMPS-I) pozwala na ocenę wymiarów osobowości, a następnie na podstawie występowania określonych cech przeważających na zakwalifikowanie danej osoby do jednego z typów temperamentu dominującego – cyklotymicznego, hipertymicznego, drażliwego, depresyjnego i lękowego [16]. Kesebir i wsp. [17] dokonali oceny temperamentu u 100 pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, ich 281 krewnych pierwszego stopnia oraz w dwóch grupach kontrolnych osób dobranych pod względem wieku i płci odpowiednio do chorych i ich krewnych. Stwierdzono, że co najmniej jeden typ dominującego temperamentu występował u 26% osób chorych oraz u 23% krewnych pierwszego stopnia. Istotnie częściej u pacjentów oraz u ich krewnych niż w grupie kontrolnej występował temperament cyklotymiczny i hipertymiczny, natomiast w grupie pacjentów istotnie częściej niż w grupie ich krewnych pierwszego stopnia występował temperament cyklotymiczny i drażliwy. Powyższe wyniki wskazują na dziedziczne uwarunkowanie

temperamentalnej podatności na występowanie zaburzeń dwubiegunowych i są zgodne z koncepcjami Kraepelina.

### Badania longitudinalne

W przeciwieństwie do pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi, u osób z zaburzeniami dwubiegunowymi wiele badań longitudinalnych nad cechami osobowości ocenianych za pomocą standardowych kwestionariuszy przyniosło wyniki negatywne. W badaniu prospektywnie oceniającym kohortę młodych mężczyzn nie stwierdzono różnic pomiędzy 26 osobami, u których wystąpiła choroba afektywna dwubiegunowa a 2842 osobami z grupy kontrolnej pod względem takich czynników jak ekstrowersja, neurotyzm i agresja [18]. Von Zerseen [19] zaproponował, że podobnie jak temperament melancholiczny miałby predysponować do depresji, to do wystąpienia manii predysponowałyby maniakalne cechy osobowości – *typus manicus*, natomiast brak różnic pomiędzy pacjentami z chorobą dwubiegunową a osobami zdrowymi wynikałby ze współwystępowania u tych pierwszych mieszanki maniakalnych i depresyjnych cech osobowości.

### Badania dzieci z grupy wysokiego ryzyka

Odrębną grupę badań, które mogą przyczynić się do wyjaśnienia temperamentalnego podłoża zaburzeń afektywnych dwubiegunowych stanowią badania dzieci z grupy wysokiego ryzyka – dzieci, u których u co najmniej jednego z rodziców występuje zaburzenie afektywne dwubiegunowe. Carlson i Weintraub [20] porównali częstość występowania zaburzeń zachowania i uwagi u dzieci z grupy wysokiego ryzyka w wieku 7–16 lat oraz u dzieci zdrowych rodziców i stwierdzili, że w tej pierwszej grupie zaburzenia zachowania i uwagi występowały częściej. Nasilenie zaburzeń zachowania i uwagi wykazywało związek z nasileniem objawów afektywnych w późniejszym wieku. Uważa się, że w grupie dzieci wysokiego ryzyka częstość występowania zespołu nadruchliwości i deficytu uwagi (*attention deficit/hyperactivity disorder*

– ADHD) może wynosić do 30%. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że zaburzenia afektywne dwubiegunowe o początku w dzieciństwie bardzo często współwystępują z ADHD. Nie można również wykluczyć, że w niektórych przypadkach objawy ADHD stanowią prodromalny obraz zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. W badaniu za pomocą Kwestionariusza Wymiarów Temperamentu (*Dimensions of Temperament Survey-Revised*), ocenianym przez rodziców, wykazano, że dzieci osób z zaburzeniami dwubiegunowymi wykazywały mniejsze wartości w skali oceniającej ogólny poziom aktywności oraz większe wartości w skalach oceniających angażowanie się w nowe sytuacje oraz rytmiczność niż dzieci w populacji ogólnej. Ponadto dzieci, u których już występowały pierwsze objawy zaburzeń dwubiegunowych, cechowały się zwiększonym ogólnym poziomem aktywności oraz zmniejszoną elastycznością zachowania [21].

### POSZUKIWANIA TEMPERAMENTALNYCH PREDYKTORÓW ZABURZEŃ AFEKTYWNYCH DWUBIEGUNOWYCH W WIEKU WCZESNODZIECIĘCYM

Hirschfeld-Becker i wsp. [22] zaproponowali by za wczesnodziecięce predyktory wystąpienia zaburzeń afektywnych dwubiegunowych uznać dwa konstrukty: rozhamowanie behawioralne (*behavioral disinhibition*) oraz zaburzenia regulacji emocjonalnej (*emotional dysregulation*). Dzieci wykazujące rozhamowanie behawioralne cechują się dążeniem do nowych sytuacji, słabą kontrolą zachowania oraz rozhamowaniem mowy i zachowania w nowych okolicznościach. Tak więc powyższy konstrukt mógłby odpowiadać za związki pomiędzy zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi oraz ADHD i być związany z takimi cechami jak impulsywność, ekstrowersja, czy zapotrzebowanie na stymulację. Natomiast zaburzenia regulacji emocjonalnej polegają na trudnościach w modulowaniu reakcji

na bodźce (np. cechują się tendencją do silnych, negatywnych reakcji na niewielkie bodźce wyzwalające). Niektórzy autorzy włączają do powyższej definicji upośledzenie umiejętności kontroli reakcji emocjonalnych. Zaburzenia regulacji emocjonalnej stanowią podłoże drażliwości i „wybuchów” emocjonalnych obserwowanych u dzieci z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Zaobserwowano również, że zaburzenia regulacji emocjonalnej występują u dzieci z innymi zaburzeniami afektywnymi.

Powyższe spostrzeżenia wydają się zgodne z rozwojowym modelem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, które pomimo tego, iż najczęściej rozpoczynają się w adolescencji lub wczesnej dorosłości mogą manifestować się we wcześniejszych okresach życia. Wyjaśnienia wymaga, czy opisywane nieprawidłowe zachowania wynikają z cech temperamentu, stanowią objawy prodromalne (subkliniczne), czy są jednocześnie jednym i drugim.

### **TEMPERAMENT I SPEKTRUM ZABURZEŃ AFEKTYWNYCH DWUBIEGUNOWYCH**

Badania prowadzone w ostatnich kilkunastu latach, w tym badania w populacji polskiej, wskazują, że zaburzenia afektywne dwubiegunowe występują częściej niż dotychczas przypuszczano, a opisywana uprzednio 1% częstość występowania takich zaburzeń odnosi się do zaburzeń typu I, w których występują nasilone objawy maniakalne [23]. Typ II zaburzeń dwubiegunowych cechuje się występowaniem epizodów hipomanii trwających co najmniej 4 dni, a wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że częstość ich występowania może wynosić od 0,5% do 3%. Zaburzenia, w których epizody hipomanii trwają krócej, a także epizody depresji występujące u osób z cechami osobowości hipertymicznej i cyklotymicznej mogą stanowić kolejne przykłady zaburzeń dwubiegunowych, które obejmuje się wspólnym określeniem zaburzenia ze spektrum dwubiegunowego

(bipolar spectrum disorders – BSD) [24]. Wyróżnienie takiej grupy zaburzeń ma istotne znaczenie ze względów klinicznych, ponieważ uważa się, że stosowanie w nich monoterapii za pomocą leków przeciwdepresyjnych może mieć ograniczoną skuteczność i prowadzić do zmian przebiegu choroby, takich jak wyzwalanie epizodów manii i/lub hipomanii, a także indukowanie szybkiej zmiany faz chorobowych [25]. W badaniach Angsta i wsp. [26] (który był jednym z autorów kategoryjnego rozróżnienia depresji nawracającej od zaburzeń afektywnych dwubiegunowych) stwierdzono, że zaburzenia BSD mogą występować u 11% populacji, a u dalszych 13% występują cechy dwubiegunowości. W ponad 20-letniej prospektywnej obserwacji kohorty ponad 4500 osób stwierdzono, że używanie kryterium czasu trwania hipomanii  $\geq 4$  dni oraz niewłączenie do osiowych objawów hipomanii zwiększonej aktywności (oprócz podwyższonego/drażliwego nastroju) nie znajduje uzasadnienia z punktu widzenia klinicznego. Od końca lat siedemdziesiątych Akiskal i wsp. [27, 28] postulują konieczność włączenia nawracających zaburzeń depresyjnych, w których występuje temperament hipertymiczny i cyklotymiczny do BSD. Jest bardzo prawdopodobne, że zespoły kliniczne należące do spektrum dwubiegunowego, takie jak krótkie hipomanie (<4 dni), hipomanie indukowane lekami przeciwdepresyjnymi oraz epizody depresyjne z objawami mieszanymi powstają na cyklotymicznym podłożu temperamentalnym labilności emocjonalnej, a nadmierna aktywność (postulowana jako osiowy objaw hipomanii) [26] jest uwarunkowana cechami temperamentu hipertymicznego.

### **TEMPERAMENT I GENETYCZNE UWARUNKOWANIE ZABURZEŃ AFEKTYWNYCH DWUBIEGUNOWYCH**

Wiele danych wskazuje na genetyczne uwarunkowanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych typu I. Zgodność zachorowania

na to zaburzenie wynosi wśród bliźniąt monozygotycznych ok. 70%, a odziedziczalność szacuje się na ok. 85%. Jednocześnie badania sprzężeń oraz wzorców występowania tych zaburzeń w rodzinach pozwalają na stwierdzenie, że zaburzenie jest uwarunkowane poligenicznie (działa wiele genów o niewielkim wpływie, jak np. w przypadku determinacji wzrostu danej osoby), choć nie można wykluczyć roli kilku polimorfizmów o większym efekcie [29]. Koncepcja spektrum dwubiegunowego sięgającego od zdefiniowanych zaburzeń dwubiegunowych poprzez temperament cyklotymiczny do różnicowania osobowości w populacji ogólnej jest zgodna z poligenicznym modelem dziedziczenia zaburzeń typu I. Hipotetycznie „dwubiegunowość” (jak inne cechy uwarunkowane poligenicznie) posiada w populacji rozkład normalny. Osoby ze skrajnym nasileniem „dwubiegunowości” (prawy koniec krzywej) chorują na zaburzenia dwubiegunowe typu I, które występują z częstością 1%. Z praw statystyki wynika zatem, że formy pośrednie (pomiędzy zaburzeniami typu I a normalnymi cechami osobowości), np. zaburzenia ze spektrum dwubiegunowego, będą występować istotnie częściej [30]. Tak więc wyniki badań genetycznych nad zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi typu I mogą w sposób niezależny potwierdzać rozpowszechnienie spektrum zaburzeń dwubiegunowych. Taki wniosek jest zgodny z obserwacjami epidemiologicznymi, w których stwierdzono np., że temperament cyklotymiczny występuje u ok. 6% osób w wieku od 14 do 25 roku życia [16].

## WPLYW TEMPERAMENTU NA OBRAZ ZABURZEŃ DWUBIEGUNOWYCH

Depresja atypowa charakteryzująca się takimi cechami jak zwiększona senność oraz zwiększone łaknienie jest w sposób istotny związana z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi typu II. Około 2/3 pacjentów zgłaszających objawy depresji atypowej speł-

nia kryteria zaburzeń afektywnych dwubiegunowych typu II lub BSD. Jednocześnie wykazano, że istotna część pacjentów z depresją atypową wykazuje cechy temperamentu cyklotymicznego lub hipertymicznego. Perugi i wsp. [31] porównali cechy kliniczne pacjentów z depresją atypową, u których występowały cyklotymiczne cechy temperamentu z osobami, u których takie cechy nie występowały. U osób z depresją atypową i cyklotymicznymi cechami temperamentu występował wcześniejszy wiek początku choroby oraz większe nasilenie takich cech, jak: reaktywność nastroju, wrażliwość interpersonalna, upośledzenie funkcjonowania oraz unikanie bliskich związków społecznych. Jednocześnie u takich osób częściej występowały niektóre zaburzenia psychiczne: zespół lęku napadowego z agorafobią, bulimia oraz nadużywanie alkoholu. Na podstawie cech klinicznych oraz wzorca współzachorowalności zaproponowano, że cechy atypowej depresji w połączeniu z cyklotymiczną niestabilnością nastroju, zachowaniami impulsywnymi i lękowymi mogą stanowić wyjaśnienie enigmatycznej jednostki diagnostycznej jaką są zaburzenia osobowości typu granicznego.

Benazzi i Akiskal [32] dokonali oceny częstości występowania objawów manii w epizodach depresji w przebiegu depresji nawracającej i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych typu II. Występowanie 2 lub więcej objawów manii w trakcie epizodu depresji zostało zdefiniowane jako stan depresyjny mieszany (*depressive mixed state*). Najczęściej występującymi objawami maniakalnymi w trakcie epizodu depresji były drażliwość, nadmierna rozpraszalność uwagi i gonitwa myśli. Autorzy zaproponowali, że jedną z możliwych przyczyn występowania stanów mieszanych może być występowanie hipertymicznych lub cyklotymicznych cech temperamentu u pacjentów z depresją nawracającą.

Akiskal i wsp. [33] porównali grupy pacjentów z zaburzeniami dwubiegunowymi typu II, którzy wykazują cechy temperamentu cyklotymicznego z osobami nie

posiadającymi takiego podłoża temperamentalnego. Stwierdzono, że obie grupy nie różniły się w sposób istotny pod względem cech demograficznych, natomiast w pierwszej grupie występował wcześniejszy wiek zachorowania i pierwszej hospitalizacji, natomiast w drugiej częściej występowały depresje oporne na leczenie. Poza tym u osób z temperamentem cyklotymicznym istotnie częściej występowały stany mieszane oraz współzachorowalność z innymi zaburzeniami psychicznymi. We wczesnym okresie choroby u osób z zaburzeniami typu II i temperamentem cyklotymicznym najczęściej stawiano rozpoznanie zaburzeń osobowości z drugiego skupienia, co prowadziło do opóźnienia prawidłowego rozpoznania, które u niemal 60% osób z tej grupy zostało postawione dopiero po 10 lub więcej latach. Autorzy zwrócili uwagę, że temperament cyklotymiczny zwiększa nasilenie wahań nastroju, a jego współwystępowanie może opóźniać postawienie właściwego rozpoznania i przyczyniać się do zwiększonego ryzyka zachowań autoagresyjnych i samobójczych.

Brieger i wsp. [34] dokonali oceny wpływu cech temperamentalnych na obraz epizodów maniakalnych. Za pomocą kwestionariusza TEMPS-A dokonano oceny cech temperamentu u pozostających w eutymii pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, u których występowały epizody mieszane oraz u tych, którzy nie podawali występowania epizodów mieszanych. Stwierdzono, że u pacjentów z epizodami mieszanymi istotnie częściej występował temperament depresyjny, a u pacjentów z czystymi epizodami maniakalnymi temperament hipertymiczny.

Henry i wsp. [35] zastosowali ocenę temperamentu depresyjnego i hipertymicznego u 72 pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi typu I, znajdujących się w eutymii. Wykazano, że cechy temperamentu depresyjnego są związane z większą liczbą epizodów choroby, epizodów depresyjnych oraz prób samobójczych, natomiast temperament hipertymiczny wiązał się z większą

częstością występowania epizodów manii. Autorzy stwierdzili, że ich wyniki są zgodne z hipotezą continuum pomiędzy stałymi cechami osobowości i obrazem klinicznym zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Ta sama grupa badaczy zaobserwowała również, że wymiar temperamentu – zapotrzebowanie na stymulację wykazuje związek z ryzykiem współwystępowania z zaburzeniami dwubiegunowymi nadużywania substancji psychoaktywnych [36].

## WNIOSKI

Temperament definiowany jako biologicznie uwarunkowany styl zachowania związany z czynnością ośrodkowego układu nerwowego może odgrywać istotną rolę w podatności na wystąpienie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Predyspozycja do wystąpienia zaburzeń afektywnych dwubiegunowych może być określana przez takie cechy zachowania we wczesnym dzieciństwie jak rozhamowanie behawioralne oraz zaburzenia regulacji emocjonalnej, które wraz z rozwojem osobniczym mogą ulegać ewolucji w cechy takie jak temperament cyklotymiczny i hipertymiczny. W badaniach prowadzonych w populacji osób dorosłych za pomocą standardowych kwestionariuszy do oceny temperamentu tego rodzaju cechy osobnicze mogą nie być łatwe do zidentyfikowania, choć niektóre wyniki wskazują, że osoby z zaburzeniami dwubiegunowymi cechują się występowaniem istotnie większego zapotrzebowania na stymulację i/lub niższej wytrzymałości niż osoby z populacji ogólnej. Podłoże temperamentalne wydaje się mieć szczególne znaczenie dla kształtującej się obecnie koncepcji zaburzeń ze spektrum dwubiegunowego. Występowanie hipertymicznych i cyklotymicznych cech temperamentu u osób z dominującymi objawami depresyjnymi może oznaczać występowanie zaburzeń ze spektrum dwubiegunowego i wskazywać na ryzyko wystąpienia zaburzeń afektywnych dwubiegunowych typu I lub II



w przyszłości lub w przypadku stosowania monoterapii za pomocą leków przeciwdepresyjnych. Jednocześnie występowanie określonych cech temperamentalnych może modyfikować obraz kliniczny i przebieg zaburzeń afektywnych, np. występowanie cech temperamentalnych przeciwnych do dominujących objawów może powodować obraz stanu mieszanego, a występowanie temperamentu cyklotymicznego u osób z atypowymi objawami depresji może dawać obraz zaburzeń osobowości typu granicznego. Jak z tego wynika, badania nad temperamentem mogą w sposób istotny poprawić rozumienie etiologii, związków nozologicznych i udoskonalić postępowanie kliniczne w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Strelau J. Psychologia temperamentu. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2002.
2. Kraepelin E. Das manisch-depressive Irresein. W: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. III. Band II. Teil: Das manisch-depressive Irresein. Lipsk: Barth; 1913: 1183–395.
3. Kretschmer E. Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutions – problem und zur Lehre von den Temperamenten. Berlin: Springer; 1921.
4. Akiskal HS, Hirschfeld RMA, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. A critical review. Arch Gen Psychiatry. 1983; 40: 801–10.
5. Akiskal HS. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. J Affect Disord. 2001; 62: 17–31.
6. Angst J. Zur Aetiologie und Nosologiae endogener depressiver Psychosen. Eine genetische, soziologische und klinische Studie. Berlin–Heidelberg–Nowy Jork: Springer; 1966.
7. Tellenbach H. Melancholie. Zur Problemgeschichte. Typologie, Pathogenese und Klinik. Berlin: Springer; 1961.
8. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Arch Gen Psychiatry. 1987; 44: 573–88.
9. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 975–90.
10. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. A longitudinal twin study of personality and major depression in women. Arch Gen Psychiatry. 1993; 50: 853–62.
11. Janowsky DS, Morte S, Hong L, Howe L. Myers Briggs Type Indicator and Tridimensional Personality Questionnaire differences between bipolar patients and unipolar depressed patients. Bipolar Disord. 1999; 1: 98–108.
12. Osher Y, Cloninger CR, Belmaker RH. TPQ in euthymic manic-depressive patients. J Psychiatr Res. 1996; 30: 353–7.
13. Osher Y, Lefkifker E, Kotler M. Low persistence in euthymic manic-depressive patients: a replication. J Affect Disord. 1999; 53: 87–90.
14. Rybakowski F, Kosmowska M, Leszczyńska-Rodziewicz A, Kałwa A, Zakrzewska M, Hauser J. Temperament and Character Inventory in patients with bipolar disorder: influence of depressive symptoms. Arch Psych Psychother. 2003; 4: 13–20.
15. Akiskal HS, Placidi GF, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Maremmani I, Mallaya G, Puzantian VR. TEMPS-I: Delineating the most discriminant traits of cyclothymic, depressive, irritable and hyperthymic temperaments in a non-patient population. J Affect Disord. 1998; 51: 7–19.
16. Placidi GF, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Maremmani I, Akiskal HS. The semi-structured affective temperamental interview (TEMPS-I): reliability and psychometric properties in 1010 14–26 year-old students. J Affect Disord. 1998; 47: 1–10.
17. Kessibir S, Vahip S, Akiskal H, Yuncu Z, Kocadere M. Affective temperamental features of bipolar patients and their first degree relatives: a controlled study. Bipolar Disord. 2003; 5 (supl 1): 59.
18. Angst J, Clayton PJ. Premorbid personality of depressive, bipolar and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. Compr Psychiatry. 1986; 27: 511–32.
19. von Zerssen D. Development of an integrated model of personality, personality disorders and severe axis I disorders, with special reference to major affective disorders. J Affect Disord. 2002; 68: 143–58.

20. Carlson G, Weintraub S. Childhood behavior problems and bipolar disorder: Relationship or coincidence. *J Affect Disord.* 1993; 28: 143–53.
21. Chang KD, Blasey CM, Ketter TA, Steiner H. Temperament characteristics of child and adolescent bipolar offspring. *J Affect Disord.* 2003; 77: 11–9.
22. Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Calltharp S, Rosenbaum ED, Faraone SV, Rosenbaum JF. Behavioral inhibition and disinhibition as hypothesized precursors to psychopathology: implications for pediatric bipolar disorder. *Biol Psychiatry.* 2003; 53: 985–99.
23. Rybakowski J, Suwalska A, Łojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. Częstość występowania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wśród chorych na depresję leczonych przez psychiatrów w warunkach ambulatoryjnych. *Psychiatr Pol.* 2004; w druku.
24. Hirschfeld RM. Bipolar spectrum disorder: improving its recognition and diagnosis. *J Clin Psychiatry.* 2001; 62 (supl 14): 5–9.
25. Dunner DL. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disord.* 2003; 5: 456–63.
26. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rossler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord.* 2003; 73: 133–46.
27. Akiskal HS, Cassano GB, Musetti L, Perugi G, Tundo A, Mignani V. Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions. I. Review of evidence for a bipolar spectrum. *Psychopathology.* 1989; 22: 268–77.
28. Akiskal HS. Developmental pathways to bipolarity: are juvenile-onset depressions pre-bipolar? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995; 34: 754–63.
29. Jones I, Craddock N. Candidate gene studies of bipolar disorder. *Ann Med.* 2001; 33: 248–56.
30. Kelsoe JR. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *J Affect Disord.* 2003; 73: 183–97.
31. Perugi G, Toni C, Traverso MC, Akiskal HS. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *J Affect Disord.* 2003; 73: 87–98.
32. Benazzi F, Akiskal HS. Delineating bipolar II mixed states in Ravenna–San Diego collaborative study: the relative prevalence and diagnostic significance of hypomanic features during major depressive episodes. *J Affect Disord.* 2001; 67: 115–22.
33. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: “dark” and “sunny” expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord.* 2003; 73: 49–57.
34. Brieger P, Roettig S, Ehrh U, Wenzel A, Bloink R, Marneros A. TEMPS-a scale in “mixed” and “pure” manic episodes: new data and methodological considerations on the relevance of joint anxious-depressive temperament traits. *J Affect Disord.* 2003; 73: 99–104.
35. Henry C, Lacoste J, Bellivier F, Verdoux H, Bourgeois ML. Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. *J Affect Disord.* 1999; 56: 103–8.
36. Henry C, Bellivier F, Sorbara F, Tangwongchai S, Lacoste J, Faure-Chaigneau M, Leboyer M. Bipolar sensation seeking is associated with a propensity to abuse rather than to temperamental characteristics. *Eur Psychiatry.* 2001; 16: 289–92.

*Adres: Dr Filip Rybakowski, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Akademii Medycznej, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań, e-mail: filrybak@polbox.com*