

# Bipolarni afektivni poremećaj i dinamika partnerskih odnosa - prilagodbe i oscilacije

---

Prkačin, Anđela

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:483912>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-03**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**PRAVNI FAKULTET**  
**STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

Andela Prkačin

**BIPOLARNI AFEKTIVNI POREMEĆAJ I DINAMIKA**  
**PARTNERSKIH ODNOSA – PRILAGODBE I**  
**OSCILACIJE**

**ZAVRŠNI RAD**

Mentorica: Izv. prof. prim. dr. sc. Tihana Jendričko

**Zagreb, 2024.**

## SADRŽAJ

1.	Uvod.....	1
1.1.	Bipolarni afektivni poremećaj .....	1
1.2.	Epidemiologija bipolarnog afektivnog poremećaja.....	3
1.3.	Etiologija bipolarnog afektivnog poremećaja.....	3
1.4.	Klinička slika bipolarnog afektivnog poremećaja .....	4
1.5.	Tijek i dijagnosticiranje bipolarnog afektivnog poremećaja .....	6
2.	Partnerski odnosi osoba s bipolarnim afektivnim poremećajem .....	8
2.1.	Povezanost partnerskih odnosa i mentalnog zdravlja .....	8
2.2.	Kvaliteta braka osoba s bipolarnim afektivnim poremećajem.....	10
2.3.	Društvena podrška i kvaliteta odnosa .....	13
2.4.	Partnerska prilagodba .....	16
3.	Zaključak.....	18
4.	Literatura .....	19

## Bipolarni afektivni poremećaj i dinamika partnerskih odnosa – prilagodbe i oscilacije

### Sažetak:

*Bipolarni poremećaj ima snažan utjecaj na bračne odnose, s različitim izazovima koji proizlaze iz njegovih podtipova. Tip I bipolarnog poremećaja, koji uključuje izraženije manične i depresivne epizode, često dovodi do ozbiljnijih problema u braku u usporedbi s tipom II. Osim toga, komorbiditeti i zloupotreba supstanci mogu dodatno pogoršati prilagodbu u vezi. Društvena podrška, osobito od strane intimnog partnera, ključna je za dobrobit osoba s bipolarnim poremećajem. Međutim, promjene raspoloženja koje su karakteristične za ovaj poremećaj mogu otežati komunikaciju i izazvati nesuglasice. Empatija, učinkovita komunikacija i briga o vlastitom mentalnom zdravlju važni su za održavanje stabilnosti i kvalitete veze. Terapijske intervencije, poput kognitivno-bihevioralne i obiteljske terapije, pokazale su se korisnima za parove koji se suočavaju s izazovima bipolarnog poremećaja. Stabilne rutine i krizni planovi mogu pomoći u smanjenju stresa i pružiti osjećaj sigurnosti oboma partnerima. Ovaj rad ističe kako bipolarni poremećaj može utjecati na bračne odnose i važnost podrške, razumijevanja i prilagodbe u održavanju stabilne i zdrave veze unatoč izazovima koje donosi bolest.*

**Ključne riječi:** bipolarni afektivni poremećaj, bračni odnosi, društvena podrška, partnerska prilagodba, komunikacijski izazovi, psihološka podrška

## Bipolar Affective Disorder and Partner Relationship Dynamics – Adjustments and Fluctuations

### Abstract:

*Bipolar disorder significantly impacts marital relationships, presenting various challenges depending on its subtypes. Bipolar I disorder, characterized by more severe manic and depressive episodes, often leads to greater marital difficulties compared to Bipolar II. Additionally, comorbidities and substance abuse can further complicate relationship adjustment. Social support, particularly from an intimate partner, is crucial for the well-being of individuals with bipolar disorder. However, the mood fluctuations typical of this disorder can strain communication and cause conflicts. Empathy, effective communication, and self-care are vital for maintaining stability and the quality of the relationship. Therapeutic interventions, such as cognitive-behavioral and family therapy, have proven helpful for couples facing the challenges of bipolar disorder. Establishing stable routines and crisis plans can help reduce stress and provide a sense of security for both partners. This paper highlights the impact of bipolar disorder on marital relationships and the importance of support, understanding, and adaptation in maintaining a stable and healthy relationship despite the challenges posed by the disorder.*

**Key words:** bipolar affective disorder, marital relationships, social support, partner adjustment, communication challenges, psychological support

## Izjava o izvornosti

Ja, **Andela Prkačin** (ime i prezime studenta/ice) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio/-la drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: *Andela Prkačin*

Datum: 23.9.2024.

## 1. Uvod

### 1.1. Bipolarni afektivni poremećaj

Kada govorimo o poremećajima raspoloženja, oni se odnose na mentalne poremećaje u kojima se osnovne psihičke promjene manifestiraju na razini raspoloženja, uz prateće promjene u nekim drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama. Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) spada u kategoriju poremećaja raspoloženja gdje je karakteristično promijenjeno emocionalno stanje koje utječe na percepciju, ponašanje i doživljaj okoline (Mihaljević-Peješ i sur., 2017). Ova promjena u raspoloženju manifestira se kroz dva glavna stanja, depresiju i maniju, koje se često smatraju suprotnim polovima afektivnog spektra (Mihaljević-Peješ i sur., 2017). Manija i depresija su osnovne komponente bipolarnog poremećaja, oko kojih se formira ciklus bolesti: u određenim vremenskim razmacima, pacijenti doživljavaju epizode povišenog raspoloženja koje se zovu manične epizode ili epizode sniženog raspoloženja, odnosno depresivne epizode (Mihaljević-Peješ i sur., 2017). Konkretno, manične epizode obično uključuju: postojano iritabilno raspoloženje s visokom razinom energije i aktivnosti, visoko samopoštovanje, smanjeno vrijeme sna/odmora, povećanu razinu govora, utrkujuće misli, poteškoće u usmjeravanju pažnje, interes za ciljane aktivnosti i ponašanja s rizikom (Parrish, 2018). Bipolarni poremećaj, ranije poznat kao manično-depresivna bolest, je ozbiljan kronični poremećaj raspoloženja karakteriziran osim epizodama manije, hipomanijom te izmjenjujućim ili isprepletenim epizodama depresije (Grande i sur., 2016). Manija se također može manifestirati u blažem obliku, poznatom kao hipomanija, ili se može transformirati u brze izmjene između manije i depresije, što se naziva brzocirkulirajući oblik bipolarnog poremećaja (Mihaljević-Peješ i sur., 2017). Hipomanija je slična maniji, iako je funkcioniranje manje oštećeno tijekom hipomaničnih epizoda jer nije karakterizirana psihozama i omogućuje više razine funkcioniranja (Američko psihijatrijsko udruženje, 2013). S druge strane, u usporedbi s maničnim epizodama, depresivne epizode uključuju depresivno raspoloženje (npr. tuga ili beznadnost), nedostatak interesa za aktivnosti, značajne fluktuacije u težini, nesanicu ili umor, nemogućnost koncentracije te suicidalne ideje ili misli o smrti (Američko psihijatrijsko udruženje, 2013). Bipolarna i unipolarna depresija dijele mnogo sličnosti od kojih se ističu: prisutnost hipotimičkih simptoma, preklapajuće obiteljske skupine, zajedničke strategije liječenja i mogućnost tranzicije

pojedinaца iz jednog tipa depresije u drugi (Rogers i Agius, 2012). Bipolarni poremećaj se, zbog svoje kompleksnosti i utjecaja na mnoge aspekte mentalnog i fizičkog zdravlja, smatra centralnim u psihijatriji (Hranov i sur., 2013). Bipolarni afektivni poremećaj (BAP), definiran prema MKB-10, zahtijeva najmanje dvije epizode poremećaja raspoloženja, uz stanje potpune remisije između njih, primjerice dvije manije ili hipomanije, depresija i manija, depresija i hipomanija (Mihaljević-Peješ i sur., 2017). DSM-5 razlikuje tipove I i II; tip I uključuje bar jednu maničnu epizodu i može se pojaviti u bilo koje životno doba (Mihaljević-Peješ i sur., 2017). Gotovo svi pacijenti s maničnom epizodom kasnije dožive ponavljane epizode raspoloženja (Mihaljević-Peješ i sur., 2017). Funkcionalni oporavak događa se u oko 2/3 slučajeva, dok kognitivni poremećaji utječu na radno i socijalno funkcioniranje u 1/3 slučajeva (Mihaljević-Peješ i sur., 2017). Bipolarni poremećaj tipa II karakterizira izmjena hipomaničnih i depresivnih faza (Mihaljević-Peješ i sur., 2017). Bipolarni poremećaji se klasificiraju prema longitudinalnom tijeku, koji je često obilježen prisutnošću simptoma ispod praga. Iako bipolarni poremećaj tipa I može izgledati ozbiljnije zbog jačine simptoma, bipolarni poremećaj tipa II ima visoku učestalost epizoda, visoke stope psihijatrijskih komorbiditeta i ponavljajuća suicidalna ponašanja koja značajno narušavaju kvalitetu života (Grande i sur., 2016). Osobe obično potraže liječenje tijekom depresivne epizode, dok hipomaničnu epizodu često ne prepoznaju kao problem. Informacije od osoba bliskih pacijentu su važne za postavljanje dijagnoze (Mihaljević-Peješ i sur., 2017). Česta je prisutnost impulzivnosti, što može rezultirati pokušajima suicida i konzumacijom psihoaktivnih tvari (Mihaljević-Peješ i sur., 2017). Tijek bolesti varira; prva epizoda može biti hipomanija, manija ili depresija, a nakon toga slijedi dugotrajna remisija. Međutim, s vremenom epizode postaju češće, a remisije kraće (Mihaljević-Peješ i sur., 2017). Ova klasifikacija i razumijevanje različitih tipova bipolarnog poremećaja ključni su za pravilno dijagnosticiranje i liječenje (Grande i sur., 2016). Grande i suradnici (2016) ističu kako terapijski pristupi moraju biti prilagođeni specifičnostima svakog tipa kako bi se osigurala adekvatna podrška pacijentima te smanjili rizici povezani s ovim poremećajem. U konačnici, cilj je pružiti sveobuhvatnu njegu koja uključuje farmakološke i psihološke intervencije, kao i edukaciju i podršku za obitelji i bliske osobe oboljelih (Grande i sur., 2016).

### 1.2. Epidemiologija bipolarnog afektivnog poremećaja

Prema dostupnim podacima, bipolarni afektivni poremećaj se točno dijagnosticira u samo 20% slučajeva (Hirschfeld, 2003 prema Mihaljević-Peješ, 2017). Kod 31% bolesnika postavlja se kriva dijagnoza ponavljajućeg depresivnog poremećaja, dok u 49% slučajeva dijagnoza nije čak ni postavljena (Hirschfeld, 2003 prema Mihaljević-Peješ, 2017). Zbog preklapanja pojedinih simptoma, postoji široka rasprava o tome kako razlikovati bipolarni poremećaj, shizofreniju i ponavljajuću depresiju (Hirschfeld, 2003 prema Mihaljević-Peješ, 2017).

Pretpostavlja se da zlouporaba alkohola, droga i različitih psihostimulansa značajno povećava učestalost bipolarnog poremećaja raspoloženja (Mihaljević-Peješ i sur., 2017). Osobe s bipolarnim poremećajem raspoloženja provode gotovo 50% svog života u normalnom raspoloženju, dok tijekom preostale polovice života 33% vremena provedu u depresiji, 11% u maniji te 6% u izmjenjivanju faza bolesti (Mihaljević-Peješ i sur., 2017).

### 1.3. Etiologija bipolarnog afektivnog poremećaja

Iako je bipolarni poremećaj jedan od najnasljednijih psihijatrijskih poremećaja, trenutno se smatra da najbolje odgovara multifaktorski model u kojem geni i okolina međusobno djeluju (Grande i sur., 2016). Uzroci bipolarnog poremećaja još uvijek nisu u potpunosti razjašnjeni, no stručnjaci široko prihvaćaju da interakcija između biološke predispozicije i utjecaja okoline doprinosi njegovom razvoju (McInnis i sur., 2007 prema Greenberg i sur., 2014). Čimbenici okoline, uključujući društveni kontekst, mogu oblikovati biološke mehanizme određene genetikom ili utjecati na funkciju gena (ekspresiju) tijekom razvoja pojedinca (Greenberg i sur., 2014). Što se tiče obiteljskog faktora, nasljeđivanje kod bipolarnog poremećaja prisutno je u velikom omjeru (Hotujac, 2008). Prema Hotujac (2008) ako jedan roditelj ima bipolarni poremećaj raspoloženja, rizik od poremećaja raspoloženja kod djeteta iznosi 25%. S druge strane, ako oba roditelja imaju bipolarni poremećaj, rizik je veći, između 50% i 75% (Hotujac, 2008). Istraživanja su pokazala da posvojena djeca koja su patila od poremećaja raspoloženja pokazuju istu učestalost poremećaja raspoloženja kod svojih posvojitelja kao i opća populacija, dok su njihovi biološki roditelji imali povećanu učestalost poremećaja raspoloženja, slično roditeljima neposvojene djece s



istim poremećajem (Hotujac, 2008). Ovi podaci ukazuju na značajnu ulogu genetskih čimbenika u razvoju bolesti (Hotujac, 2008).

#### 1.4. Klinička slika bipolarnog afektivnog poremećaja

Bipolarni poremećaj je mentalni poremećaj koji karakterizira prisutnost najmanje dvije epizode tijekom kojih su raspoloženje i razina aktivnosti osobe značajno poremećeni. Ovaj poremećaj, koji se ranije nazivao manična depresija, uključuje izmjene faza povišenog raspoloženja i povećane energije, poznate kao hipomanija ili manija, te faza sniženog raspoloženja i smanjene energije, poznatih kao depresija. Prema MKB-10 (Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. revizija), bipolarni poremećaj obuhvaća nekoliko podtipova, ovisno o trenutačnoj epizodi koju osoba doživljava. Klinička slika može uključivati različite faze, uključujući hipomaniju ili maniju bez psihotičnih simptoma, u kojima osoba doživljava povišeno raspoloženje, povećanu energiju i aktivnost, ali bez prisutnosti psihotičnih simptoma poput halucinacija ili deluzija. Takve epizode mogu dovesti do povećane potrebe za razgovorom, smanjenja potrebe za snom te naglašeno optimističnog ili razdražljivog raspoloženja. S druge strane, manija s psihotičnim simptomima uključuje sve simptome manije, ali uz prisutnost psihotičnih simptoma kao što su halucinacije ili deluzije, što može značajno utjecati na sposobnost osobe da funkcionira u svakodnevnom životu i zahtijeva hitnu medicinsku intervenciju. Također, blaga do umjerena depresija obilježena je sniženim raspoloženjem, smanjenjem energije i smanjenom sposobnošću uživanja u svakodnevnim aktivnostima. Iako ti simptomi nisu toliko ozbiljni da bi potpuno onemogućili funkcioniranje, mogu značajno narušiti kvalitetu života. U slučaju teške depresije, simptomi su vrlo izraženi, često uključujući osjećaje bezvrijednosti, krivnje te suicidalne misli. Kada su prisutni psihotični simptomi, kao što su halucinacije ili deluzije, stanje zahtijeva intenzivno liječenje i može ozbiljno ugroziti život osobe. Mješovita epizoda, već spomenuti brzocirkulirajući oblik bipolarnog afektivnog poremećaja, karakterizirana je prisutnošću simptoma manije i depresije istovremeno ili brzim izmjenama između ta dva stanja. Mješovite epizode često su posebno izazovne za liječenje zbog varijabilne prirode simptoma. Kada osoba ne pokazuje značajne poremećaje raspoloženja tijekom određenog vremenskog razdoblja, nalazi se u fazi remisije. Ipak, remisija ne znači izlječenje, već razdoblje bez akutnih simptoma

tijekom kojeg je moguće održavanje stabilnosti uz pomoć preventivnih mjera. Prema DSM-5 (Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, 5. izdanje), dodatno se uvodi pojam Bipolarnog II poremećaja, koji uključuje hipomanične epizode i najmanje jednu veliku depresivnu epizodu, ali bez ikakvih punih maničnih epizoda. Ovaj podtip je osobito važan jer može biti teško prepoznat, budući da hipomanija može izgledati kao „normalno“ ili čak poželjno povišeno raspoloženje, a ne kao simptom poremećaja. Uz podtipove bipolarnog afektivnog poremećaja, I i II ciklotimijski poremećaj, prema DSM-5, opisuje dugotrajne promjene između hipomaničnih i depresivnih simptoma koji nisu dovoljno ozbiljni da se kvalificiraju kao potpune hipomanične ili depresivne epizode. Da bi se postavila dijagnoza, simptomi moraju trajati barem dvije godine (ili jednu godinu kod djece i adolescenata) te uzrokovati značajne smetnje u svakodnevnom funkcioniranju. Zaključno, bipolarni poremećaj predstavlja kompleksan i ozbiljan mentalni poremećaj koji se manifestira kroz različite kliničke slike, ovisno o tipu i težini epizoda. Pravilna dijagnoza i liječenje su ključni za upravljanje ovim poremećajem i poboljšanje kvalitete života oboljelih osoba.

Problemi s radom i socijalnim funkcioniranjem perzistiraju tijekom dugog razdoblja kod mnogih pacijenata s bipolarnim poremećajem nakon prestanka maničnih ili depresivnih epizoda, čak i ako nema simptoma srednjeg intenziteta (Basso i sur. 2002, Thompson i sur.. 2005). Ti problemi upućuju na druge čimbenike koji vjerojatno utječu na funkcijski oporavak, uključujući sposobnost planiranja, jasnog razmišljanja, razumijevanja veze između svakodnevnih situacija i emocija, rješavanja problema s razumijevanjem konteksta situacije te upotrebe emocija kao alata za razumijevanje interpersonalnih situacija (Latalova i sur, 2010). Također, istaknuta je važnost pamćenja važnih informacija, što može biti problematično u slučaju disocijacije (Latalova i sur, 2010). Fenomenološka raznolikost kliničke slike unutar dijagnostičkog spektra bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP), čiji je glavni znak patološko raspoloženje, jasno definira njihovu poziciju unutar kategorije poremećaja raspoloženja.

Prvi korak u upravljanju bipolarnim poremećajem je potvrda dijagnoze manije ili hipomanije i određivanje pacijentovog stanja raspoloženja, jer se terapijski pristupi

značajno razlikuju za hipomaniju, maniju, depresiju i eutimiju. Razni čimbenici mogu utjecati na farmakološke i psihološke strategije, uključujući medicinske i psihijatrijske komorbiditete, prethodne ili aktualne tretmane, odgovor na liječenje ili nuspojave kod pacijenata i rodbine te spremnost pacijenta na liječenje. Liječnici trebaju uzeti u obzir ove čimbenike, posebno pri inicijalnom liječenju akutne epizode, kako bi optimizirali učinkovitost, smanjili rizik od nuspojava i nepoštivanja terapije te izbjegli promjene lijekova. U akutnom liječenju, glavni ciljevi su osigurati sigurnost pacijenta i ljudi u njegovoj okolini te postići kliničku i funkcionalnu stabilizaciju s minimalnim nuspojavama. Osim toga, angažman i razvoj terapijskog saveza su važni u bilo kojem doživotnom poremećaju koji zahtijeva dugotrajno pridržavanje terapije, posebno tijekom prve epizode. U dugoročnom liječenju, glavni ciljevi su prevencija ponovnih epizoda i osiguranje funkcionalnosti uz optimizaciju liječenja.

#### 1.5. Tijek i dijagnosticiranje bipolarnog afektivnog poremećaja

U posljednjih nekoliko godina došlo je do promjene u načinu prepoznavanja i dijagnosticiranja poremećaja raspoloženja (Mihaljević-Peš i sur., 2017). Povećana pojava bipolarnog spektra može se pripisati višoj incidenciji poremećaja hiperaktivnosti s nedostatkom pažnje (ADHD) u djetinjstvu, kao i graničnog poremećaja ličnosti (borderline) (Mihaljević-Peš i sur., 2017). Dijagnoza se temelji na kliničkim kriterijima budući da još uvijek nije odobren nijedan biomarker za dijagnosticiranje mentalnih poremećaja. Najpriznatije dijagnostičke klasifikacije su 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) i 5. izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-5). Prema klasifikaciji MKB-10, poremećaji raspoloženja označeni su kategorijama od F30 do F39, uključujući maniju, bipolarni afektivni poremećaj, depresiju, povratni depresivni poremećaj i perzistirajuće poremećaje raspoloženja (Svjetska zdravstvena organizacija, 2023). Svaka epizoda definira se prema težini kao blaga, umjereno teška, teška bez psihotičnih elemenata i teška sa psihotičnim elementima, što se označava trećim brojem nakon točke (Mihaljević-Peš i sur., 2017). Ispravna dijagnoza bipolarnog poremećaja značajno se olakšava ciljanom intervjuom s pacijentom i njihovom rodbinom, kako bi se uočio longitudinalni tijek poremećaja, koji se često razlikuje od odgovora danih u presječnom intervjuu. Samo 20% pacijenata s bipolarnim poremećajem u depresivnoj epizodi bude dijagnosticirano unutar prve godine traženja

pomoći. Prosječno kašnjenje između početka bolesti i postavljanja dijagnoze iznosi 5 do 10 godina. Najčešće diferencijalne dijagnoze, osim velikog depresivnog poremećaja i shizofrenije, uključuju anksiozni poremećaj, zlouporabu supstanci, poremećaje osobnosti, te kod djece, poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (ADHD) i opozicijski prkosni poremećaj, koje su često komorbidne s bipolarnim poremećajem (Grande i sur., 2016) Rana dijagnoza je ključna za pacijente s bipolarnom depresivnom epizodom jer se adekvatno liječenje treba započeti što je prije moguće (Motovsky i Pecenak, 2013). Samo antidepresivno liječenje nije dovoljno za upravljanje bipolarnim poremećajem, koji zahtijeva terapiju stabilizatorima raspoloženja ili atipičnim antipsihotičkim lijekovima, s ili bez kombinacije s antidepresivima. Budući da se bipolarni poremećaji često otkrivaju kasno, neka istraživanja sugeriraju da većina pacijenata s bipolarnim poremećajem prvotno prima tretman za rekurentni depresivni poremećaj (Filaković i sur., 2011 prema Motovsky i Pecenak, 2013). Nепрепознавање bipolarnih obilježja depresije i liječenje samo antidepresivima mogu rezultirati brzim ponovnim pojavljivanjem simptoma, brzim promjenama raspoloženja, indukcijom hipomanije, manije ili mješovitih epizoda, kroničnim tijekom bolesti, samo djelomičnim poboljšanjem simptoma, lošom kvalitetom života, narušenim socijalnim i radnim funkcijama, te povećanim rizikom od suicidalnih misli ili ponašanja. Pored preklapanja s depresijom i shizofrenijom, bipolarni poremećaj često započinje s drugim psihijatrijskim poremećajima (Mihaljević-Peješ i sur., 2015). Najčešće su to različiti anksiozni poremećaji, zatim poremećaji hranjenja i ovisnost o psihoaktivnim tvarima (Mihaljević-Peješ i sur., 2015). Ta stanja često zamagljuju kliničku sliku i odgađaju rano postavljanje dijagnoze bipolarnog poremećaja (Mihaljević-Peješ i sur., 2015). Na kraju, često je teško prepoznati hipomaniju, jer nedostaje uvid u prisutnost maničnih simptoma zbog mogućeg postojećeg kognitivnog poremećaja (Mihaljević-Peješ i sur., 2015). Također, ne treba zanemariti ni stigmatizirajući učinak psihijatrijskog poremećaja, što bitno ometa pravodobnu dijagnostiku (Mihaljević-Peješ i sur., 2015). Točno dijagnosticiranje je ključni izazov u području mentalnog zdravlja. Istraživanje je također pokazalo da pacijenti koji imaju partnere i djecu češće dosljedno slijede liječenje, za razliku od onih koji nemaju takvu obiteljsku podršku. Osobe bez podrške obitelji sklonije su čestim napadajima i odustajanju od uzimanja lijekova (Elias i sur., 2019 prema Silva i Souza, 2023).

Bipolarni poremećaj predstavlja doživotnu epizodičnu bolest s promjenjivim tijekom koja može značajno narušiti funkcionalne i kognitivne sposobnosti te smanjiti kvalitetu života oboljelih. Prema svjetskim anketama Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) o mentalnom zdravlju, bipolarni poremećaj rangiran je kao bolest s drugim najvećim utjecajem na odsustvo s posla i drugih važnih uloga u životu. Budući da se bipolarni poremećaj najčešće dijagnosticira u mladosti, pogađa ekonomski aktivno stanovništvo, što rezultira visokim društvenim i ekonomskim troškovima (Grande i sur., 2016). Nadalje, Grande i suradnici (2016) ističu kako pojava manije u kasnijoj životnoj dobi može ukazivati na prisutnost dodatnih medicinskih komorbiditeta. S obzirom na to da je bipolarni poremećaj obilježen ponavljanjem i kroničnošću epizoda raspoloženja, ključno je ne samo akutno liječenje za upravljanje trenutnim epizodama, već i dugoročni farmakološki i psihološki pristupi kako bi se spriječile daljnje epizode (Grande i sur., 2016). Akutno liječenje uključuje stabilizaciju raspoloženja i smanjenje simptoma, dok prevencija daljnjih epizoda zahtijeva kontinuirano praćenje i prilagodbu terapije te edukaciju pacijenata i njihovih obitelji o prirodi bolesti i načinima suočavanja s njom (Grande i sur., 2016). Integracija ovih terapijskih pristupa može značajno poboljšati ishode liječenja, smanjiti učestalost hospitalizacija i poboljšati ukupnu kvalitetu života pacijenata (Grande i sur., 2016). Kroz kontinuiranu podršku i edukaciju, moguće je postići bolju kontrolu nad simptomima i smanjiti negativne učinke bipolarnog poremećaja na svakodnevni život oboljelih (Grande i sur., 2016).

## 2. Partnerski odnosi osoba s bipolarnim afektivnim poremećajem

### 2.1. Povezanost partnerskih odnosa i mentalnog zdravlja

Teškoće s kojima se može suočiti u partnerskim vezama u kojima jedna osoba pati od mentalne bolesti povezane su s posebnostima muško-ženskih odnosa, posebno bračnih odnosa, a to su: potreba za bliskošću i intimnošću, reorganizacija dnevnih rasporeda i novi raspored odgovornosti, kao i promjene u životnim planovima (Dembińska 2010 prema Arciszewska i sur., 2017).

Funkcionalni ishod kod bipolarnog poremećaja povezan je s brojnim varijablama, uključujući demografske, kliničke i neurokognitivne čimbenike (Bonnín i sur., 2019). Kako je ranije spomenuto, postoji značajna varijabilnost ne samo u procjeni

funkcioniranja, već i u faktorima koji na njega utječu. Na primjer, brak može djelovati kao zaštitni faktor protiv funkcionalnih oštećenja (Kupfer i sur., 2002; Wingo i sur., 2010 prema Bonnín i sur., 2019), dok je viši socioekonomski status, zasnovan na obrazovanju i zaposlenju, također povezan s boljim funkcionalnim ishodima (Keck i sur., 1998; Wingo i sur., 2010 prema Bonnín i sur., 2019).

Bipolarni poremećaj, poremećaj mentalnog zdravlja, ističe se u komunikaciji unutar romantičnih veza (Parrish, 2018). Ovaj poremećaj, koji pogađa nešto više od 2% stanovništva SAD-a, obilježen je izazovima u međuljudskim odnosima i komunikaciji zbog stalne promjene između maničnih i depresivnih faza pojedinca (Američko psihijatrijsko udruženje, 2013; NAMI, 2017 prema Parrish, 2018). Ova kombinacija faza utječe na obrasce komunikacije, stvarajući nejasnoću i nesigurnost u međuljudskoj komunikaciji, što potencijalno utječe i na stres i način na koji partneri u romantičnom odnosu pripisuju krivnju jedno drugome (Parrish, 2018).

Psihološki aspekti koji se javljaju u romantičnim odnosima s osobom koja pati od bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP) u fazama manije i hipomanije predstavljaju temu iznimne važnosti, koja zahtijeva dubinsku analizu složenih dinamika koje oblikuju takve međuljudske odnose (Silva i Souza, 2023).

Tijekom maničnih epizoda, pojedinci često mijenjaju svoju komunikaciju kroz povećanu brzinu govora, veću upotrebu šala i teatralnosti ili kroz pritužbe i neprijateljstvo (Američko psihijatrijsko udruženje, 2013). Prema Hlastali i Franku (2006), osobe s bipolarnim poremećajem suočavaju se s različitim međuljudskim izazovima, poput nezadovoljstva u romantičnim odnosima i razdražljivosti tijekom maničnih i depresivnih epizoda, što može negativno utjecati na partnere i odnose (Parrish, 2018). Osim toga, osobe s bipolarnim poremećajem podložne su fluktuacijama između kritiziranja svojih romantičnih partnera ili stavljanja ih na pijedestal (Hlastala i Frank, 2006 prema Parrish, 2018). Takvo ponašanje u odnosima potencijalno povećava rizik od konflikta ili prekida u bliskim vezama (Hlastala i Frank, 2006 prema Parrish, 2018).

Štetne poruke prenose osjećaj manje vrijednosti i odbacivanja, što može biti osobito štetno ako se odnose na nešto što osoba ne može promijeniti, kao što je dijagnoza mentalnog zdravlja (Parrish, 2018). Te poruke razlikuju se po težini zbog različitih

faktora, ali mogu biti posebno štetne u bliskim odnosima, poput romantičnih veza (Feeney, 2004; Rittenour i Koenig Kellas, 2015; Vangelisti, 1994 prema Parrish, 2018). Vangelisti (1994) definira štetne poruke kao one koje prenose osjećaj obezvrjeđivanja prema drugoj osobi (Feeney, 2004; Rittenour i Koenig Kellas, 2015 prema Parrish, 2018). On identificira deset vrsta takvih poruka, a među najčešće prijavljenima su optužbe (koje označavaju krivicu ili uvredu), vrednovanje (opis vrijednosti, kvalitete ili vrijednosti), izražavanje želje (izjava o preferenciji) i informacije (otkrivanje informacija). Rjeđe prijavljene štetne poruke uključuju pitanja, prijetnje, viceve i laži (Parrish, 2018). Iako se uobičajeno pojavljuju štetne poruke u međuljudskim odnosima, one koje se odnose na bipolarnu dijagnozu osobe od njenog romantičnog partnera bit će posebno oblikovane ovisno o vrsti same poruke, koliko se osoba sama stigmatizira te kako primatelj poruke tumači kontekst u kojem je poruka izgovorena (Parrish, 2018).

Teorija atribucije, poput one koju je razvio Heider 1958., objašnjava kako ljudi oblikuju svoje razumijevanje situacija poput primanja štetne poruke (Parrish, 2018). Općenito, atribucije pomažu pojedincima u procjeni osobnih ponašanja i ponašanja drugih, ne samo u tumačenju prošlih interakcija, već i stvaranju očekivanja za buduće susrete (Manusov i Spitzberg, 2008 prema Parrish, 2018). Stoga, atribucije omogućuju pojedincima da pokušaju kontrolirati ili utjecati na buduće interakcije i postići željene reakcije, izbjegavajući manje poželjne odgovore (Parrish, 2018).

Poremećaji mentalnog zdravlja tradicionalno su percipirani kao stigmatizirajući, a pojedinci koji su dio stigmatiziranih grupa obično su svjesni svoje stigmatizacije (Corrigan i Watson, 2002; Hinshaw, 2005 prema Parrish, 2018). Internalizirana stigma posebno je važna u kontekstu poremećaja mentalnog zdravlja i romantičnih veza jer su ti poremećaji često nevidljivi, za razliku od mnogih fizičkih bolesti (Weiner, Perry, i Magnusson, 1988 prema Parrish, 2018).

## 2.2. Kvaliteta braka osoba s bipolarnim afektivnim poremećajem

Prilagodba u braku je stanje u kojem supružnici osjećaju opću sreću i zadovoljstvo svojim brakom i međusobno (Burns i sur., 1994 prema Grover i sur., 2017). Dobra bračna prilagodba, koja obuhvaća međusobnu brigu, pažnju, razumijevanje i

prihvatanje, važan je aspekt socijalnog blagostanja (Grover i sur., 2017). Loša prilagodba može negativno utjecati na fizičko i mentalno zdravlje te općenito na kvalitetu života i financijski status pojedinaca (Grover i sur., 2017). Da bi veza bila uspješna, potrebno je da su partneri zreli te da podržavaju rast i razvoj jedno drugoga (Grover i sur., 2017). Seksualna kompatibilnost i zadovoljstvo igraju ključnu ulogu u održavanju kvalitetne bračne veze (Grover i sur., 2017). Stoga Grover i suradnici (2017) naglašavaju važnost razumijevanja dinamike bračne prilagodbe u društvu.

Veza između braka i mentalnog zdravlja ima višestruke dimenzije (Grover i sur., 2017). Brak može biti izvor stresa i pokretač početka ili povratka mentalnih bolesti (Grover i sur., 2017). Nedostatak prilagodbe u braku također može potaknuti pojavu ili povratak mentalnih bolesti (Grover i sur., 2017). S druge strane, brak se smatra zaštitnim faktorom protiv mentalnih poremećaja (Grover i sur., 2017). Postoje dokazi koji sugeriraju da pacijenti s mentalnim poremećajima često imaju problema u braku, što može dovesti do nesuglasica, razdvajanja i razvoda (Grover i sur., 2017). U kulturama poput one u Indiji, često se vjeruje da brak može poslužiti kao lijek za mentalne bolesti (Behere i sur., 2011 prema Grover i sur., 2017). Stoga je važno razumjeti kako se pacijenti s različitim mentalnim bolestima i njihovi partneri prilagođavaju bračnom i seksualnom životu (Grover i sur., 2017). Rješavanje problema u bračnoj i seksualnoj prilagodbi može znatno poboljšati ishod bolesti (Grover i sur., 2017).

Istraživanja pokazuju da su bračni odnosi posebno ranjivi na stres povezan s teretom skrbi, što se potvrđuje mnogim istraživanjima koja ukazuju na značajno pogoršanje stanja odnosa među osobama s mentalnim poremećajima (Janowsky 1970, Hoover & Fitzgerald 1981, Lesser 1983, Dore & Romans 2001, Crowe 2004, Lam et al. 2005, Tranvåg & Kristoffersen 2008 prema Arciszewska i sur., 2017). Također su zabilježene veće šanse za razvod ili rastavu u brakovima pacijenata s psihijatrijskim dijagnozama, posebno onih koji imaju bipolarni poremećaj (Kessler et al. 1998, Baker 2002 prema Arciszewska i sur., 2017).

Seksualna disfunkcija često se pojavljuje (Dore i Romans 200, Lam i sur. 2005, van der Voort i sur. 2009, Borowiecka-Karpiuk i sur. 2014, Bossini i sur. 2014 prema Arciszewska i sur., 2017; Grover, 2017), a zdravi supružnici su gotovo uvijek



pogođeni patnjom i stigmatizacijom uzrokovanom bolešću (Meyer 2003, Angermeyer i sur. 2003, Angermeyer i Matschinger 2003, Ostman i sur. 2005 prema Arciszewska i sur., 2017), te aktivno sudjeluju u njezinom liječenju (Jeon i Madjar, 1998, Crowe 2004, Ostman i sur. 2005 prema Arciszewska i sur., 2017). Često moraju odustati od svojih aktivnosti ili posla, suočavaju se s vlastitim mentalnim izazovima i često se javlja potreba za podrškom (Arciszewska i sur., 2017). Njihova zabrinutost za povratak simptoma ili pokušaje samoubojstva pacijenta česta je, a mogu biti i izloženi fizičkom i verbalnom nasilju (Arciszewska i sur., 2017). Za razliku od obitelji pacijenata s shizofrenijom, među bliskim rođacima pacijenata s afektivnim poremećajima, supružnici obično osjećaju veliki teret i manje zadovoljstva brakom (Perlick et al. 1999, Borowiecka-Kluza et al. 2013, Borowiecka-Karpiuk i sur. 2014, Arciszewska i sur. 2015 prema Arciszewska i sur., 2017).

Spanier (1976, 1979) istraživao je koncept opće kvalitete partnerskih odnosa, definiran kao individualno svojstvo (osjećaj pojedinca) i dijadni indeks (osjećaj para) (Arciszewska i sur., 2017). Bračna ili dijadna prilagodba opisana je kao dinamički proces, čiji ishod određuje stupanj poteškoća u partnerskom odnosu, interpersonalne napetosti, osobnu anksioznost, zadovoljstvo, koheziju i suglasnost o važnim pitanjima para (Arciszewska i sur., 2017). Postoji postulat da bračni sukob može biti pokazatelj prisutnosti bolesti kod jednog od partnera, a dokazano je da je razina sukoba u tim brakovima/obiteljima veća nego u drugima (Hoover i Fitzgerald 1981, Lesser 1983, Romans i McPherson 1992, Lam i sur. 2005, Barron i sur. 2014 prema Arciszewska i sur., 2017). U istraživanju van der Voort i suradnika (2009), supruzi pacijenata s bipolarnim poremećajem osjećali su veliki teret i često su se osjećali "samima zajedno" (Arciszewska i sur., 2017). Životni partneri osoba s bipolarnim poremećajem, koji su sudjelovali u istraživanju Tranvåg i Kristoffersen (2008) opisali su svoj život s bolesnim partnerima kao lišen naklonosti i istakli su osjećaj neprocijenjenosti (Arciszewska i sur., 2017). Jedan set čimbenika koji doprinose bračnoj napetosti kod bipolarnog poremećaja uključuje posljedice bolesti ili ponašanja i stavova pacijenta poput prebacivanja odgovornosti za vlastite postupke na druge, osjetljivost, te prekoračenje kulturnih i partnerskih normi, što je sve povezano s interpersonalnim teškoćama (Lam i sur., 2005 prema Arciszewska i sur., 2017). Također je važno napomenuti da pacijenti s bipolarnim poremećajem mogu imati veću vjerojatnost

drugih za razvoj ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i komorbidnih psihijatrijskih poremećaja (McElroy i sur. 2001, Grabski i sur. 2008, Klimkiewicz i sur. 2015 prema Arciszewska i sur., 2017), što dodatno opterećuje bračni odnos i može uzrokovati njegovo pogoršanje (Whisman, 2007 prema Arciszewska i sur., 2017).

Bipolarni poremećaj je vrlo heterogeno stanje s različitim podtipovima koji se razlikuju po tijeku, liječenju i posljedicama (Arciszewska i sur., 2017). Kada se promatra utjecaj bolesti na brak, važno je uzeti u obzir podjele navedene u uvodnom poglavlju (tip 1 i tip 2), jer one mogu utjecati na ukupnu prilagodbu para (Arciszewska i sur., 2017). Manične i hipomanične faze često se stavljaju u istu kategoriju, što otežava razlikovanje između njihovih različitih učinaka (Beentjes i sur., 2012 prema Arciszewska i sur., 2017). Također, depresivne epizode imaju različit tijek, a njihovi subklinički simptomi mogu biti prisutni čak i tijekom remisije (Judd i sur., 2003, Rybakowski i sur., 2007 prema Arciszewska i sur., 2017). Sve ove činjenice značajno utječu na percepciju oboljelih partnera od strane zdravih supružnika te mogu utjecati na njihovu prilagodbu u braku (Arciszewska i sur., 2017).

Istraživanje koje su proveli Arciszewska i sur. (2017) ima za cilj utvrditi kako razlikovanje podtipova bipolarnog poremećaja (BD-a) može utjecati na funkcioniranje bračnih odnosa, s obzirom na perspektivu supružnika. Rezultati istraživanja pokazali su sljedeće ključne zaključke: 1) Tip I bipolarnog poremećaja povezan je s lošijom ukupnom dijadnom prilagodbom u usporedbi s tipom II 2) Epizode depresije i manije kod tipa I imaju veći utjecaj na bračnu disfunkciju nego depresija ili hipomanija kod tipa II 3) Komorbiditet i zloupotreba supstanci kod pacijenata s bipolarnim poremećajem povezani su s nižim ocjenama supružnika na skalama DAS (Arciszewska i sur., 2017). Dakle, na temelju rezultata želi se istaknuti da bipolarni poremećaj utječe na brak (čak i na zdravog supružnika) te da različiti podtipovi (posebno tip I) i dodatni faktori mogu biti povezani sa značajnim pogoršanjem odnosa (Arciszewska i sur., 2017).

### 2.3. Društvena podrška i kvaliteta odnosa

Društvena podrška pozitivno je povezana s individualnim blagostanjem, posebno ako tu podršku pruža intimni partner (Boyers i Rowe, 2018). Međutim, unatoč dokazima

koji ukazuju na to da su osobe s bipolarnim poremećajem izložene visokom riziku od nesuglasica u odnosima i posebno su ranjive na nisku ili nedostatnu društvenu podršku, malo istraživanja istražilo je odnos između društvene podrške i kvalitete odnosa među parovima u kojima jedan partner ima bipolarni afektivni poremećaj (Boyers i Rowe, 2018). Dvije godine nakon prve manične epizode, samo trećina osoba vraća se na svoju prijašnju razinu funkcioniranja (Tohen i sur., 2000; Duffy i sur., 2007 prema Greenberg i sur., 2014). Greenberg i suradnici (2014) ističu kako osobe s bipolarnim poremećajem općenito imaju poteškoća u odnosima tijekom cijelog života. Poremećena životna područja kod osoba s bipolarnim poremećajem uključuju samoizražavanje/samopoboljšanje, obiteljske odnose, druge društvene odnose i radne odnose; ovi poremećaji su uočeni čak i kada su osobe s bipolarnim poremećajem eutimične u vrijeme procjene (Robb i sur., 1997 prema Greenberg i sur., 2014). Greenberg i suradnici (2014) navode kako se društvena ograničenja ove bolesti dodatno pogoršavaju kaotičnom epizodnom prirodom poremećaja, kao i smanjenom sposobnošću oboljelih da uspostave zdrave veze koje služe kao osnova za trajne odnose. U opisu hipomanije, osobe pokazuju povećanu aktivaciju svih mentalnih procesa, uključujući seksualni nagon, što rezultira povećanom seksualnom željom i potragom za zadovoljstvom, iako ne nužno u produženom razdoblju (Silva i Souza, 2023). Međutim, dugotrajni hipomanični epizodi mogu negativno utjecati na intimne odnose. Približno 40% osoba s bipolarnim afektivnim poremećajem skloni su zlouporabi alkohola, što ih čini podložnima za uporabu tvari (Silva i Souza, 2023). Simptomi hipomanije uključuju povišeno raspoloženje, brze misli i poteškoće u komunikaciji s partnerom zbog nerazgovjetnih verbalnih izraza (Silva i Souza, 2023). Ove poteškoće mogu također proizaći iz povećane distrakcije i miješanih raspoloženja, što doprinosi razdražljivosti, posebno kada nedostaje empatija od strane partnera (Melo, 2018 prema Silva i Souza, 2023). Kada je osoba u epizodi manije, očekuje se da će pokazati euforično i uzbuđeno ponašanje, što može dovesti do sukoba u emocionalnim odnosima zbog impulzivnosti i ekspanzivnog raspoloženja karakterističnog za bipolarni poremećaj. Ti sukobi mogu rezultirati povećanom razdražljivošću, agresivnim ponašanjem te većim izražavanjem seksualnosti (Mondero, 1975 prema Silva i Souza, 2023). Konceptije koje ilustriraju ljubavne sukobe u vezi s osobom koja ima bipolarni poremećaj u stanju manije uključuju svađe

koje proizlaze iz visoke razine razdražljivosti zbog oscilacija raspoloženja. Osim toga, energetske fluktuacije i impulzivnosti mogu uzrokovati poteškoće u planiranju, što rezultira stalnim promjenama mišljenja i želja koje mogu ugroziti izgradnju stabilne budućnosti. Nedostatak razumijevanja i empatije prema osobi s bipolarnim afektivnim poremećajem može dodatno pogoršati gubitke i implikacije. Stoga, traženje psihološkog obrazovanja i razumijevanje prirode poremećaja mogu pružiti olakšanje partneru osobe s bipolarnim afektivnim poremećajem, posebno u kriznim situacijama, te pomoći u sprječavanju ili smanjenju intenziteta simptoma, s ciljem razvoja zdravijeg i čvršćeg odnosa (Berk, 2011 prema Silva i Souza, 2023). Drugi izvor sukoba nastaje kada se poremećaj zadržava ili prikriva, što može iznenaditi partnera tijekom epizoda promjena raspoloženja i otežati razumijevanje takvih ponašanja. Važno je da osobe s bipolarnim afektivnim poremećajem pridržavaju se terapijskog plana preporučenog od strane liječnika i psihologa, jer takav pristup predstavlja jedan od najučinkovitijih načina za smanjenje razdražljivosti u odnosu i minimaliziranje simptoma fluktuacija raspoloženja (Silva i Souza, 2023).

Utjecaj bipolarnog afektivnog poremećaja na afektivne veze je neosporno snažan, sagledavajući holistički kako perspektivu osobe s poremećajem, tako i njenog partnera (Silva i Souza, 2023). U tom kontekstu, ključno je detaljno istražiti poteškoće u komunikaciji, emocionalne izazove te štetne posljedice fluktuacija raspoloženja unutar same strukture veze, s ciljem razumijevanja izazova inherentnih ovom scenariju (Silva i Souza, 2023). Oliveira i Cavalcanti (2023) ističu kako je prvenstveno važno razumjeti kompleksan doživljaj onih koji su uključeni u veze s osobama koje prolaze kroz faze manije i hipomanije. Komunikacija u takvim situacijama predstavlja osjetljivo područje, često ispresijecano izazovima (Silva i Souza, 2023). Kratkotrajna izražavanja naklonosti kroz promjene raspoloženja obilježene pretjeranom euforijom i impulzivnošću mogu ozbiljno uzdrmati emocionalnu stabilnost partnera (Silva i Souza, 2023). Upravo u ovom kontekstu, empatija i međusobno razumijevanje izranjaju kao ključni elementi koji mogu izgraditi čvrsti i otporni most između oba partnera u vezi (Menezes, 2019 prema Silva i Souza, 2023).

#### 2.4. Partnerska prilagodba

Empatija, kao kompleksna i višestruka vještina, ima ključnu ulogu u izgradnji čvrstih temelja romantične veze (Silva i Souza, 2023). Mogućnost da se stavi u tuđe cipele, razumijevanje njihovih unutarnjih iskustava i anksioznosti inherentnih bipolarnom afektivnom poremećaju, omogućuje partneru da nasluti suptilne nijanse emocionalnih oscilacija koje karakteriziraju ovaj poremećaj (Silva i Souza, 2023). Osim toga, međusobno razumijevanje je ključno jer omogućuje partneru da vidi osobu izvan njezinih simptomatskih manifestacija, naslućujući bit koja prebiva u najdubljim slojevima njihove osobnosti (Hisatugo i sur., 2009 prema Silva i Souza, 2023). Učinkovita komunikacija ističe se kao neophodan alat za izgradnju otporne i trajne veze (Silva i Souza, 2023). U tom kontekstu, partner koji se suočava s fazama manije i hipomanije mora steći specifične vještine komunikacije kako bi izrazio svoje brige i potrebe na odlučan i suosjećajan način (Silva i Souza, 2023). Takav stav podrazumijeva upotrebu jasnog i objektivnog jezika, oslobođenog prosudbi i stigmi, uspostavljajući autentičan i poticajan kanal dijaloga (Silva i Souza, 2023).

S druge strane, samozbrinjavanje partnera izranja kao tema neosporne važnosti, zaslužujući razmatranje unutar okvira razumijevanja bipolarnog afektivnog poremećaja i njegovih implikacija na afektivne odnose (Silva i Souza, 2023). Iscrpljujuća i burna priroda fluktuacija raspoloženja inherentnih ovom poremećaju može potaknuti emocionalni stres i povećane zahtjeve na partnera (Silva i Souza, 2023). Ovaj scenarij pruža razmišljanje o važnosti uspostavljanja strategija samozbrinjavanja koje mogu štititi mentalno i fizičko zdravlje partnera, jačajući njihovu otpornost i pružajući čvrstu osnovu za suočavanje s izazovima koje nameće život s bipolarnim afektivnim poremećajem (Silva i Souza, 2023). Također treba napomenuti da složenost bipolarnog afektivnog poremećaja prelazi individualnu dimenziju i odnosi se na širi društveni kontekst, prožet stigmama i predrasudama koje odjekuju u životu afektivnih odnosa (Silva i Souza, 2023). Stigma povezana s poremećajem može izazvati osjećaje srama i izolacije, kako kod osobe s bipolarnim afektivnim poremećajem tako i kod partnera (Silva i Souza, 2023). Suočavanje s ovom stvarnošću zahtijeva duboku svijest o poremećaju, kao i proaktivni pristup u

dekonstrukciji stereotipa i promicanju okruženja međusobnog razumijevanja i prihvaćanja (Tonelli, 2011 prema (Silva i Souza, 2023).

U sklopu strategija intervencije, nekoliko terapijskih pristupa se pokazalo korisnim za parove koji se suočavaju s izazovima u vezi kada je jedan partner oboljeli od bipolarnog afektivnog poremećaja (Silva i Souza, 2023). Kognitivno-bihevioralna terapija, primjerice, temelji se na čvrstim znanstvenim osnovama i usmjerena je na razvoj vještina za suočavanje s poremećajem (Silva i Souza, 2023). Obiteljska terapija, s druge strane, pruža prostor za prihvaćanje i međusobno razumijevanje, omogućujući istraživanje i transformaciju relacijske dinamike u otpornost i rast (Hisatugo i sur., 2009 prema Silva i Souza, 2023).

Važno je također razviti strategije upravljanja i prilagodbe koje mogu umanjiti utjecaj fluktuacija raspoloženja u fazama manije i hipomanije (Silva i Souza, 2023). Uvođenje stabilnih i predvidljivih rutina korisno je za očuvanje emocionalne stabilnosti i smanjenje stresa kako za partnera tako i za osobu s bipolarnim afektivnim poremećajem (Silva i Souza, 2023). Planiranje za krizne situacije, koji uključuje prevenciju i upravljanje akutnim epizodama, pruža osjećaj sigurnosti i podrške obama stranama (Silva i Souza, 2023).

Također treba imati na umu da utjecaj bipolarnog afektivnog poremećaja nije ograničen samo na partnerske odnose, već može se proširiti na djecu i cijelu obitelj (Silva i Souza, 2023). Obiteljska dinamika može biti pogođena fluktuacijama raspoloženja, stoga je važno osigurati podršku i razumijevanje za djecu. Ovakav pristup zahtijeva stvaranje sigurnog i poticajnog okruženja te pružanje adekvatnih informacija i resursa kako bi svi članovi obitelji mogli bolje razumjeti i nositi se s izazovima koje nosi bipolarni afektivni poremećaj (Silva i Souza, 2023).

Naposljetku, analiza psiholoških aspekata prisutnih u romantičnim odnosima s osobom koja ima bipolarni afektivni poremećaj u fazama manije i hipomanije otkriva kompleksan i višeslojan scenarij, obilježen emocionalnim i komunikacijskim izazovima (Silva i Souza, 2023). Empatija i međusobno razumijevanje su temeljne stupove za izgradnju zdravog odnosa u kojem je osoba s bipolarnim afektivnim poremećajem u potpunosti prihvaćena (Silva i Souza, 2023). Samozbrinjavanje

partnera, s druge strane, trebalo bi se njegovati kao nezaobilazna praksa radi osiguranja ravnoteže i emocionalnog zdravlja za oboje (Silva i Souza, 2023). Razumijevanje i suočavanje s izazovima bipolarnog afektivnog poremećaja zahtijevaju predanost, informiranost i međusobnu podršku, što omogućuje da odnos postane prostor za rast, učenje i otpornost (Silva i Souza, 2023). Traženje strategija upravljanja i prilagodbe koje omogućuju parovima suočavanje s promjenama raspoloženja tijekom faza manije i hipomanije ključan je element. Izgradnja čvrstih i predvidljivih rutina doprinosi stabilnosti i emocionalnoj sigurnosti, smanjujući moguće konflikte. Također, izrada zajedničkog kriznog plana s jasnim smjernicama za situacije veće intenzivnosti osigurava adekvatan odgovor i smanjuje stres (Tonelli, 2011 prema Silva i Souza, 2023).

### 3. Zaključak

Zaključno, U zaključku, psihoedukacija predstavlja ključni element u upravljanju bipolarnim afektivnim poremećajem, ne samo za osobu koja boluje od ovog poremećaja, već i za njene bliske partnere. Razumijevanje simptoma, poput razdražljivosti i povišenog raspoloženja, može pomoći u prepoznavanju potencijalnih sukoba i prevenciji kriza koje često dovode do društvenog odbacivanja i ozbiljnih komplikacija, uključujući gubitak posla i prekide u partnerskim odnosima. Osim toga, važnost rane dijagnoze ne može se dovoljno naglasiti, jer omogućava pravovremeno liječenje i smanjuje rizik od relapsa.

Odnosi s osobama koje imaju bipolarni poremećaj, posebno tijekom faza manije i hipomanije, predstavljaju izazove koji zahtijevaju empatiju i međusobno razumijevanje. Partneri trebaju njegovati samozbrinjavanje kako bi održali emocionalnu ravnotežu, čime doprinose zdravijem dinamičnom odnosu. Također, suradnja između profesionalaca, pacijenata i njihovih obitelji može poboljšati usklađenost s terapijom, dok izostanak humaniziranog liječenja može dovesti do pogoršanja simptoma i nestabilnosti.

Važno je istaknuti da su žene češće dijagnosticirane s bipolarnim poremećajem, što može rezultirati dodatnim stresom u osobnim odnosima, uključujući povećanu vjerojatnost razvoda kada se manifestiraju simptomi. U tom kontekstu, razumijevanje i podrška partnera postaju neophodni, omogućujući rast i otpornost unutar veze. Samo

zajedničkim naporima i informiranošću moguće je prevladati izazove koje nosi bipolarni afektivni poremećaj.

#### 4. Literatura

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
2. Arciszewska, A., Siwek, M., & Dudek, D. (2017). Dyadic adjustment among healthy spouses of bipolar I and II disorder patients. *Psychiatria Danubina*, 29(3), 322-329. <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.322>
3. Basso, M. R., Lowery, N., & Neel, J. (2002). Neuropsychological impairment among manic, depressed, and mixed-episode inpatients with bipolar disorder. *Neuropsychology*, 16, 84-91.
4. Bonnín, C. D. M., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Jiménez, E., Sánchez-Moreno, J., Solé, B., Montejo, L., & Vieta, E. (2019). Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients With Bipolar Disorder. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 22(8), 467–477.
5. Boyers, G. B., & Simpson Rowe, L. (2018). Social support and relationship satisfaction in bipolar disorder. *Journal of Family Psychology*, 32(4), 538–543.
6. G. Hranov, L., Marinova, P., Stoyanova, M., Pandova, M., & Hranov, G. (2013). Bipolar disorder—from endophenotypes to treatment. *Psychiatria Danubina*, 25(3), 0-291.
7. Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1572.
8. Greenberg, S., Rosenblum, K. L., McInnis, M. G., & Muzik, M. (2014). *The role of social relationships in bipolar disorder: A review. Psychiatry Research*, 219(2), 248-254. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.047>
9. Grover, S., Nehra, R., & Thakur, A. (2017). Bipolar affective disorder and its impact on various aspects of marital relationship. *Industrial Psychiatry Journal*, 26(2), 114-120. [https://doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_15\\_16](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_15_16)
10. Hotujac, M. (2008). Bipolarni afektivni poremećaj: klinička obilježja i terapija. *Medix: Specijalizirani medicinski časopis*, 14(76), 84-89.



11. Latalova, K., Prasko, J., Diveky, T., Kamaradova, D., & Velartova, H. (2010). Cognitive dysfunction, dissociation and quality of life in bipolar affective disorders in remission. *Psychiatria Danubina*, 22(4), 528-534.
12. Mihaljević-Peleš, A., Šagud, M., & Bajs Janović, M. (2017). Znamo li prepoznati i dijagnosticirati bipolarni afektivni poremećaj?. *Medicus*, 26(2 Psihijatrija danas), 167-172. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/189042>
13. Motovsky, B., & Pecenak, J. (2013). Psychopathological characteristics of bipolar and unipolar depression-potential indicators of bipolarity. *Psychiatria Danubina*, 25(1), 39-49.
14. Parrish, C. (2018). The role of bipolar disorder, stigma, and hurtful messages in romantic relationships (Graduate Student Theses, Dissertations, & Professional Papers, No. 11129). University of Montana. Preuzeto s <https://scholarworks.umt.edu/etd/11129>
15. Rogers, J., & Agius, M. (2012). Bipolar and unipolar depression. *Psychiatria Danubina*, 24(suppl 1), 100-105. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/264958>
16. Silva, J. O., & Souza, S. C. (2023). Psychological aspects present in romantic relationships with a person with bipolar affective disorder in the phases of mania and Hypomania. *Caderno De ANAIS HOME*.
17. Thompson, J. M., Gallagher, P., & Hughes, J. H. (2005). Neurocognitive impairment in euthymic patients with bipolar affective disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1), 32-40.
18. World Health Organization. (2023). *International Classification of Diseases (ICD-10)*. Preuzeto s <https://www.who.int/classifications/icd/en/>