

WIELOWYMIAROWOŚĆ DOŚWIADCZENIA ZESPOŁU POLICYSTYCZNYCH JAJNIKÓW U KOBIET W WIEKU ROZRODCZYM: PRZEGLĄD BADAŃ

PCOS EXPERIENCE MULTIDIMENSIONALITY AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE: A RESEARCH REVIEW

Instytut Psychologii
Zakład Psychologii Ogólnej i Psychodiagnostyki
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Władysław Jacek Paluchowski

Streszczenie

Zespół policystycznych jajników (PCOS) dotyka od 5 do 10% populacji kobiet, a spektrum objawów manifestujących się w jego przebiegu (m.in. otyłość, hirsutyzm, problemy z cerą, niepłodność) wywiera ogromny wpływ na funkcjonowanie psychiczne i fizyczne jednostki, przez co może prowadzić do znacznego pogorszenia się jakości ich życia oraz do zmiany stosunku do własnego ciała. Celem artykułu jest dokonanie przeglądu istniejących badań dotyczących biologicznych, społecznych oraz psychologicznych konsekwencji PCOS u kobiet w wieku rozrodczym wraz z refleksją nad psychospołecznym znaczeniem choroby.

SŁOWA KLUCZOWE: zespół policystycznych jajników, niepłodność, obraz ciała, hirsutyzm, hiperandrogenizm, stres, depresja.

Summary

Polycystic ovary syndrome (PCOS) affects 5–10% of the population of women, and the spectrum of its symptoms such as obesity, hirsutism, skin problems, and finally fertility problems has a huge negative impact on the individual's psychological and interpersonal functioning. This can lead to significant deterioration in quality of life and to changes in women's attitude to the body. The main aim of the paper is to review and to present conclusions from existing research on the biological, social and psychological consequences of PCOS among women of reproductive age. Furthermore, some reflection on the psychosocial meaning of the illness has been made.

KEY WORDS: polycystic ovary syndrome, infertility, body image, hirsutism, hyperandrogenism, stress, depression.

Wstęp

Zespół policystycznych jajników (ang. *polycystic ovary syndrome*, PCOS) jest jedną z najczęstszych chorób endokrynologicznych u kobiet w wieku rozrodczym i jednocześnie najczęstszą przyczyną niepłodności. Charakteryzuje się występowaniem licznych torbieli na jajnikach, przewlekłymi zaburzeniami owulacji a nawet jej brakiem, hiperandrogenizmem oraz często występującą otyłością. Szeroko stosowane kryteria rozpoznania tego zespołu obejmują: *kliniczne i/lub biochemiczne objawy hiperandrogenizacji, zaburzenia owulacji przynajmniej w 6 cyklach miesięczkowych w ciągu roku oraz mnogość cyst na jajnikach widoczna na obrazie USG* [1]. Szacuje się, iż schorzenie to dotyka od 5% do 15% kobiet [2, 3] i jest najczęstszą przyczyną niepłodności wynikającej z braku owulacji – dotyczy aż 73% kobiet mających trudności z zajściem w ciążę [4].

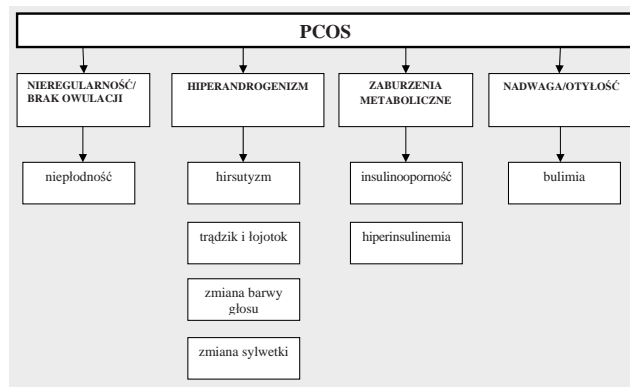
Zespół policystycznych jajników implikuje pojawienie się zaburzeń metabolicznych; w wielu przypadkach stwierdza się występowanie braku wrażliwości tkanek na insulinę (insulinooporność), co w konsekwencji prowadzi do stanu chronicznego podwyższenia poziomu tego hormonu we krwi (hiperinsulinemia). Hiper-

insulinemia stymuluje z kolei jajniki i/lub nadnercza do produkcji androgenów, nadmiar których wywołuje kolejne objawy, takie jak: hirsutyzm (nadmierne owłosienie u kobiet), trądzik, łojotok, łysienie, a w skrajnych przypadkach – obniżenie barwy głosu i zmiana sylwetki ciała [4]. Nadmierne owłosienie może pojawiać się na klatce piersiowej, twarzy, ramionach, brzuchu oraz innych częściach ciała. Często zauważa się jednocześnie wzmożone wypadanie włosów lub też łysienie typu męskiego [4, 5].

Hiperinsulinemia i insulinooporność mogą wiązać się ze skłonnością do nadwagi i otyłości, zwłaszcza typu wisceralnego (WHR > 0,8), co dotyczy aż 35% do 60% kobiet z PCOS (BMI > 25 kg/m²) [1, 6]. Nadmiar tkanki tłuszczowej w organizmie stanowi zaś czynnik zmniejszający szanse na prawidłową owulację i tym samym może wpływać na nasilenie objawów PCO, co prowadzi do mechanizmu błędnego koła. Stąd też PCOS jest najpowszechniejszą przyczyną niepłodności wynikającej z braku owulacji [4].

Dyslipidemia stanowi kolejne, często obecne w przebiegu PCOS zaburzenie metaboliczne. Charakteryzuje ją podwyższone stężenie LDL, trójglicerydów, cholesterolu i obniżony poziom HDL [4, 6]. Warto zauważyć, iż

taki stan rzeczy odpowiedzialny jest za późniejsze powikłania PCOS, takie jak m.in.: cukrzyca typu 2, choroby układu krążenia i dróg żółciowych.



Rycina 1. Dysfunkcje organizmu towarzyszące PCOS.

Figure 1. Dysfunctions associated with PCOS.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Pawlikowski, (red.): *Zaburzenia hormonalne*, Warszawa: 2003; J. Skotnicki: *Zespół policystycznych jajników*, dostępny pod adresem URL: http://www.skotnicki.pl/ginekologia/index2.php?Itemid=0&id=28&option=com_content&page=0&pop=1&task=view [dostęp: 20.11.2011]; Skommer, J.: *Nowiny Lekarskie*, 2004, 73(2), 148-157.

Przyczyny występowania PCOS nie są do tej pory całkowicie wyjaśnione. Badania wykazały jego podłoże genetyczne; w większości przypadków stwierdza się dziedziczenie autosomalne dominujące, jednak w niektórych rodzinach wykryto typ dziedziczenia recesywny [7]. Zakłada się, iż istotny czynnik patogeny stanowią mutacje kilkunastu genów związanych z syntezą hormonów steroidowych, szlakiem regulacji działania gonadotropin, szlakiem sygnałnym insuliny i szlakiem regulacji masy ciała [7]. Z kolei czynnikami środowiskowymi przyczyniającymi się do ujawnienia PCOS u kobiet obciążonych genetycznie insulinoopornością komórkową są głównie wzrost masy ciała i otyłość [4].

Jeden czy wiele obrazów PCOS?

Diagnoza PCOS obejmuje grupę pacjentek heterogeniczną pod względem stopnia nasilenia metabolicznej i hormonalnej dysregulacji. Choroba ta spotykana jest bowiem zarówno wśród kobiet z względnie regularnymi cyklami owulacyjnymi o prawidłowej masie ciała, u których torbiele w jajnikach wykryto przypadkowo podczas badania USG, jak również u kobiet z w pełni rozwiniętym obrazem klinicznym [7]. Ze względu na specyfikę i wielowątkowość wpływu pełnej manifestacji PCOS na funkcjonowanie psychospołeczne niniejsze rozważania będą w znacznej mierze dotyczyły właśnie tej drugiej grupy kobiet.

Wymiary doświadczenia PCOS

Według M. Featherstone'a, *ciało w kulturze konsumpcji stało się wehikulem przyjemności i narzędziem autoekspresji* [8]. W praktyce oznacza to, iż dla współczesnego człowieka przestało ono funkcjonować jedynie jako byt, a zaczęło być doświadczane jako narzędzie praktycznego radzenia sobie z codziennymi sytuacjami i zdarzeniami [9]. Pomimo, iż na gruncie psychologii brakuje całościowej koncepcji integrującej różnorodne podejścia do problemu relacji między ciałem i *psyche* [10, 11], pewne jest, iż sposób, w jaki jednostka doświadcza swej cielesności decyduje zarówno o jej samoocenie, poczuciu ciągłości i spójności z Ja, jak i o tym, w jaki sposób jest postrzegana przez otoczenie.

Można przypuszczać, iż cielesne objawy związane z PCOS, takie jak pojawienie się nadmiernego, „męskiego” owłosienia, trądzik, znaczący wzrost masy ciała, zanik miesiączki oraz bezpłodność prowadzą często do znaczącej zmiany stosunku do własnego ciała, a przez to wywierają ogromny wpływ na funkcjonowanie psychiczne i interpersonalne jednostki. Posługując się terminologią A. Giddensa [12], można bowiem stwierdzić, iż w przebiegu PCOS ciało *wyłamuje się z posłuszeństwa* wobec podmiotu, porzuca dawną *dyscyplinę*, co drastycznie obniża jakość życia i zaczyna zagrażać dotychczas utrzymywanej tożsamości. Załamanie się czynników hormonalnych manifestujące się w zmianach wyglądu zewnętrznego oraz funkcjonalności fizjologicznej organizmu może wpływać destabilizująco na obraz własnej osoby u jednostek szczególnie wrażliwych na utratę poczucia spójności „Ja”. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, iż pierwsze objawy PCOS pojawiają się tuż po pokwitaniu [7], co może mieć niebagatelny wpływ na dalszy rozwój psychoseksualny młodych dziewcząt, stąd też niezwykle ważne wydaje się zapewnienie w tej grupie wiekowej również opieki psychologicznej [13].

Hirsutyzm

Badania N. Sonino i wsp. ujawniają, iż kobiety cierpiące na hirsutyzm – a dotyczy to nawet 60% kobiet z PCOS – częściej ujawniają symptomy psychotyczne, wykazują wyższy poziom lęku i napięcia, oraz częściej zapadają na fobię społeczną [14]. J. Willmott i C. Kitzinger wskazują z kolei na poważne problemy tożsamościowe występujące w tej grupie kobiet. Okazuje się, iż często ujawniają one poczucie *nienormalności własnej osoby, bycia nie w pełni kobietą, bycia zdradzoną przez własne ciało* [15]. M. Ekback i wsp. na drodze analizy wypowiedzi uzyskanych podczas wywiadu z kobietami cierpiącymi na hirsutyzm, zidentyfikowali powtarzające się, uniwersalne tematy narracyjne odnoszące się do jakości ich życia. Okazało się, iż pacjentkom tym na co dzień towarzyszy poczucie wstydu i osamotnienia, na skutek czego postrzegają swoje życie jako *upływające w ciągłym bólu*, a własne ciało jako *więzienie, które od-*

biera im tożsamość [16]. Ponadto zauważono, iż osoby te mają tendencję do częstego używania samodeprecjujących określeń, takich jak np. *owłosiona małpa* (*hairy ape*), *kosmata* (*schaggy*), *obrzydliwa* (*disgusting*). Najbardziej niepokojący jest fakt, że większa część z osób badanych przyznaje, iż miewa myśli samobójcze [16].

Nadwaga i otyłość

Problemy z utrzymaniem optymalnej wagi ciała to kolejne źródło stresu u kobiet z PCOS. Kultura i media propagują niedościgniony dla wielu osób wzorzec ideału ciała zdrowego, smukłego i wysportowanego. Jednocześnie, każdy przypadek wykraczający poza ów imperatyw spotyka się nierzadko z ostrym osądem i dyskryminacją. W obliczu takiego stanu rzeczy nie dziwią więc wyniki badań N. L. Rasgona, według których otyłość u kobiet z PCOS wysoko koreluje z symptomami depresji [17].

Stwierdzenie o treści *JESTEM OTYŁA* rodzi negatywne emocje i niskie poczucie własnej wartości, co popycha do prób zmiany wyglądu nierzadko za pomocą restrykcyjnego odchudzania się. Jak wskazują E. Pietrzykowska i B. Wierusz-Wysocka, *stosowanie diet redukcyjnych może narażać osobę na dodatkowy stres i pojawienie się negatywnych emocji, które z kolei skłaniają do szukania pocieszenia w jedzeniu* [18]. Mechanizm ów wydaje się często występować właśnie w przypadku kobiet chorujących na PCOS, o czym świadczą odkrycia S. McCluskey'ego i wsp. Badacze ci wykazali, iż u kobiet z PCOS i widocznymi objawami hirsutyzmu sześć razy częściej diagnozowano wystąpienie bulimii niż w pozostałych grupach pacjentek poradni endokrynologicznych [19]. Wyniki te legły u podstaw hipotezy głoszącej, iż PCOS poprzez swoje mechanizmy endokrynologiczne może predysponować do wystąpienia zaburzeń odżywiania. Teoretycznym uzasadnieniem takiego założenia są koncepcje dotyczące neurohormonalnych czynników ryzyka predysponujących do wystąpienia tego rodzaju zaburzeń [20].

W świetle dotychczasowej wiedzy na temat zespołu policystycznych jajników, można również założyć nieco inną zależność (aczkolwiek również zgodną ze wspomnianymi poglądami na temat uwarunkowań bulimii). Mianowicie możliwe jest, iż to pierwotny stosunek emocjonalny do własnego ciała wpływa na wykształcenie się nieprawidłowych nawyków związanych z odżywianiem. Wzrost masy ciała, któremu towarzyszą określone predyspozycje genetyczne (jak bowiem wiadomo, otyłość nie zawsze przecież implikuje wystąpienie PCOS) prowadzi zaś do hiperinsulinemii i insulinooporności, a przez to powoduje wzmożone wydzielanie androgenów przez jajniki. Hipoteza ta wymagałaby jednak rzetelnej weryfikacji empirycznej.

W przypadku PCOS obniżenie masy ciała jest szczególnie istotne, a przez to zalecane niemal przez każdego

lekarza prowadzącego (celem jest m.in. obniżenie poziomu insuliny we krwi). Jednak w przypadku osób o bardzo niskim poczuciu własnej wartości i nadmiernej koncentracji na wyglądzie ciała taki komunikat – pomimo, iż przekazany w trosce o dobro pacjentki – może jednak zostać źle zinterpretowany. Dlatego też szczególnie istotny jest sposób, w jaki zalecenie to zostanie zakomunikowane i uzasadnione. Przekaz ten, zamiast ograniczać się jedynie do nakazu, powinien zawierać w sobie wskazówki mówiące o zasadach zdrowego odżywiania oraz opisujące sposoby radzenia sobie z uczuciem głodu. Jak bowiem twierdzi B. Józefik, napad kompulsywnego objadania się można interpretować jako *wynik pojawienia się sprzężenia zwrotnego pomiędzy presją środowiska, ograniczeniami dietetycznymi, głodem i niemożnością jego opanowania* [21]. Stwierdzenie to ukazuje jak ważną rolę powinno odgrywać tu poradnictwo dietetyczne.

Seksualność

Wciąż niewiele badań podejmuje problematykę funkcjonowania seksualnego kobiet z PCOS. Istnieją jednak empiryczne dowody na to, iż towarzyszące temu schorzeniu zmiany w wyglądzie ciała (np. otyłość, trądzik, hirsutyzm) oraz zaburzenie naturalnych funkcji organizmu (np. *oligorrhoea/amenorrhoea*, niepłodność) mogą wpływać na poczucie tożsamości i prowadzić do frustracji, depresji oraz trudności w zakresie samoakceptacji. Przekonanie o własnej nieatrakcyjności skutkuje zaś zazwyczaj obniżeniem satysfakcji z życia seksualnego [22], zwłaszcza w przypadku kobiet z silną manifestacją hirsutyzmu i nadwagi [23]. Przyczyny zaburzeń seksualnych w przebiegu PCOS mają zatem charakter czysto psychologiczny; prowadzone badania nie wykazały bowiem żadnych istotnych różnic pomiędzy kobietami z PCOS i grupą kontrolną w zakresie clitorialnego krążenia krwi czy budowy narządów rodnych [23]. Trudno też przypisać winę zbyt wysokiemu poziomowi androgenów we krwi, gdyż uważa się, że te oddziałują pozytywnie na pojawianie się i podtrzymywanie pobudzenia seksualnego [23].

Niepłodność

W literaturze przedmiotu wskazuje się, iż PCOS jest najczęstszą przyczyną poronień nawykowych, trudności z poczęciem oraz niepłodności o podłożu anowulacyjnym [1]. Tymczasem, jak pokazują liczne badania psychologiczne i socjologiczne, dla wielu kobiet macierzyństwo jest istotnym elementem tożsamości, roli społecznej, czynnikiem rozwoju i sposobem samorealizacji [24]. Również ze strony społeczeństwa przekazy są dość jasne – już od najmłodszych lat dziewczynki są socjalizowane do roli matki. Nic więc dziwnego, iż dla licznej grupy pacjentek z PCOS diagnoza bezpłodności równoznaczna jest z utratą znaczącego życiowego celu.

Wraz z pojawieniem się pierwszych oznak problemów z poczęciem, pary podejmują przeważnie żmudne leczenie, które dla kobiety oznacza konieczność poddania się wielu zabiegom ingerującym w cielesność. To zaś często wiąże się z poczuciem wstydu i zakłopotania [24]. Ponadto częstokroć wznawiane próby poczęcia wiążą się z powtarzającym się cyklem wzbudzenia nadziei i rozczarowania, a także ze swoistym „uprzedmiotowieniem” aktu płciowego, co może prowadzić do zaburzeń komunikacyjnych i seksualnych u partnerów (m.in. w postaci zaburzeń *libido*) [25]. Rzecz dodatkowo komplikować mogą powszechnie dziś dyskutowane dylematy natury etycznej, moralnej czy religijnej, które najpowszechniej wyrażają się w konflikcie pomiędzy pragnieniem dziecka a stosunkiem Kościoła Katolickiego do zapłodnienia *in vitro*, które niejednokrotnie okazuje się ostatnią szansą dla danej pary.

Rozpoznaniu niepłodności niemal zawsze towarzyszy ogromne cierpienie psychiczne (tzw. „stres niepłodności”), konsekwencje którego stanowią m.in.: utrata zainteresowania codziennymi zajęciami, depresja, trudności w utrzymywaniu relacji interpersonalnych, wysoki poziom niepokoju, zmniejszona wydolność przy wykonywaniu zadań, trudności z koncentracją uwagi, zaburzenia snu, nadużywanie substancji psychoaktywnych, poczucie bezradności, winy, bezwartościowości, a nawet myśli samobójcze [24]. Ponadto kobiety niepłodne często czują się napiętnowane przez społeczeństwo, co wywołuje u nich neurotyczne cechy osobowości, takie jak lęk, rozpacz, poczucie bezwartościowości, uczucie odrzucenia, winy i krzywdy [24]. Diagnoza niepłodności często pociąga za sobą konieczność przeprowadzenia redefinicji związku partnerskiego, przebiegowi której niekiedy towarzyszą obawy kobiet o wierność małżonka i trwałość samego małżeństwa [26] – niestety wszelkie zachowania z tym związane przyczyniają się często do wypełnienia samospełniającej się przepowiedni, co dodatkowo pogłębia psychiczny kryzys jednostki. Jak podkreślają M. Makara-Studzińska i A. Wdowiak [24] stres i depresja mają bezpośredni wpływ na wydzielanie hormonów, które odpowiadają za owulację, implantację i procesy rozrodcze, co dodatkowo utrudnia wywołanie jajczkowania.

Zakończenie

Zespół policystycznych jajników to choroba wielobjawowa, pociągająca za sobą liczne konsekwencje, zarówno natury fizycznej, jak również psychologicznej. Niekontrolowane zmiany w wyglądzie ciała i jego biologicznym funkcjonowaniu pociągają za sobą poczucie, wstydu, żalu i osamotnienia.

Jeśli przyjąć, iż człowiek jest całością psychologiczno-społeczno-biologiczną, pozostającą w ciągłej interakcji ze swoim środowiskiem [27], to zauważyć należy, iż stres wynikający z uświadomionej rozbieżności po-

między społecznymi oczekiwaniami a postrzeganą własną możliwością im sprostania może stanowić czynnik zaostrzający symptomy i silnie wpływający na sposób ich doświadczania. W tym też sensie stwierdzić można, iż PCOS jest chorobą „współtworzoną” społecznie. Kulturowy wymóg posiadania idealnego, szczupłego, wydepilowanego i wysportowanego ciała oraz piętnujące i deprecjonujące reakcje na jego niespełnienie wywołują poczucie wstydu i niską samoocenę u kobiet, którym z przyczyn obiektywnych trudno jest tym kryteriom sprostać. Samo stosowanie diet odchudzających naraża często na stres i wywołuje negatywne emocje, co doprowadzić może do paradoksalnych reakcji w postaci kompulsywnego objadania się. Podobnie dzieje się w przypadku bezpłodności, kiedy to naciski płynące ze strony otoczenia społecznego (w tym nierzadko ze strony najbliższej rodziny) wzmacniają błędne koło stresu niepłodności, a niekiedy nawet utrudniają i przedłużają procesy związane z akceptacją niemożności poczęcia dziecka. Stopień zintegrowania pomiędzy Ja cielesnym a Ja psychologicznym wydaje się być kolejnym szczególnie istotnym czynnikiem w przebiegu PCOS.

Zgodnie z Modelem Samoregulacji Leventala (ang. *Self-Regulation Model*, SRM), subiektywny sposób postrzegania własnej choroby wywiera silny wpływ na sposób doświadczania jej przebiegu [28]. Zgodnie z tą koncepcją, jednostka tworzy poznawcze i emocjonalne reprezentacje choroby. Komponent poznawczy tych schematów zawiera w sobie m.in. przekonania na temat istoty, przyczyn, czasu trwania, konsekwencji oraz stopnia możliwej kontroli nad symptomami i stanowi główny czynnik determinujący sposoby radzenia sobie z chorobą oraz wpływa na fizyczne i psychologiczne doświadczanie tego stanu. Stąd też, obok oddziaływań na sferę somatyczną, kluczowym czynnikiem w leczeniu PCOS wydaje się być psychologiczna praca nad akceptacją funkcjonowania własnego ciała, nad emocjami i motywacją, a także nad samooceną i poczuciem własnej wartości. Szczególnie zalecanym w tym przypadku paradygmatem terapeutycznym jest nurt poznawczo-behawioralny, skoncentrowany głównie na eliminacji fałszywych przekonań na temat siebie i świata, prowadzony zarówno w formie indywidualnych spotkań, jak i w postaci grup wsparcia [18].

Piśmiennictwo

1. Kula K.: Zaburzenia hormonalnej czynności jajników. [W:] Zaburzenia hormonalne. Pawlikowski M., (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2003, 186-257.
2. Ching H.L., Burke V., Stuckey B.G.A.: Quality of life and psychological morbidity in women with polycystic ovary syndrome: body mass index, age and the provision of patient information are significant modifiers. *Clin. Endocrinol.*, 2007, 66, 373-379.

3. Özenli Y., Haydardedeoğlu B., Micozkadioglu I. i wsp.: Anxiety, depression and ways of coping skills by women with polycystic ovary syndrome: a controlled study. *J. Turkish-German Gynecol. Assoc.*, 2008, 9, 4, 190-194.
4. Skotnicki J.: Zespół policystycznych jajników, dostępny pod adresem URL: http://www.skotnicki.pl/ginekologia/index2.php?Itemid=0&id=28&option=com_content&page=0&pop=1&task=view [dostęp: 20.11.2011]
5. Szpringer E.A., Lutnicki K.R., Zych I.S.: Dermatologiczne konsekwencje hiperandrogenizmu u kobiet z zespołem policystycznych jajników oraz propozycje leczenia. *Wiad. Lek.*, 2006, 59, 11-12, 848-854.
6. Amato M.C., Galluzzo A., Finocchiaro S. i wsp.: The evaluation of metabolic parameters and insulin sensitivity for a more robust diagnosis of the polycystic ovary syndrome. *Clin. Endocrinol.*, 2008, 69, 52-60.
7. Skommer J.: Genetyczne podłoże zespołu policystycznych jajników. *Now. Lek.*, 2004, 73, 2, 148-157.
8. Featherstone M., Hapwort M., Turner B.S.: *The Body. Social Process and Culture Theory.* SAGE Publications, London 2010.
9. Wójtewicz A.: Ciało - miejsce wpisywania znaczeń. *Przeгляд Powszechny*, 2008, 12, 1048, 13-22.
10. Sakson-Obada O.: *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie.* Wyd. Difin, Warszawa, 2009.
11. Kowalik S.: Ja cielesne - próba nowego spojrzenia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2003, 1-2, 5-35.
12. Giddens A.: *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności.* PWN, Warszawa, 2001.
13. Jarząbek G.: Ginekologiczna terapia hormonalna u dziewcząt w okresie pokwitania. *Now. Lek.*, 2001, 70, 1, 40-48.
14. Sonino N., Fava G.A., Mani E. i wsp.: Quality of life of hirsute women. *Postgrad. Med. J.*, 1993, 69, 186-189.
15. Kitzinger C., Willmott J.: The thief of womanhood: women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Soc. Sci. Med.*, 2002, 54, 349-361.
16. Ekback M., Wijma K., Benzein E.: "It is always on my mind": women's experiences of their bodies when living with hirsutism. *Health Care for Women Int.*, 2009, 30, 358-372.
17. Rasgon N.L., Rao R.C., Hwang S. i wsp.: Depression in women with polycystic ovary syndrome: clinical and biochemical correlates. *J. Affect. Disord.*, 2003, 74, 299-304.
18. Pietrzykowska E., Wierusz-Wysocka B.: Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się. *Pol. Merk. Lek.*, 2008, XXIV, 143, 472-499.
19. McCluskey S., Evans C., Lacey J.H. i wsp.: Polycystic ovary syndrome and bulimia. *Fertil. Steril.*, 1991, 55, 287-291.
20. Józefik B.: *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej.* Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
21. Józefik B.: *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
22. Trent M.E., Rich M., Austin S.B. i wsp.: Fertility concerns and sexual behavior in adolescent girls with polycystic ovary syndrome: implications for quality of life. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, 2003, 16, 33-37.
23. Battaglia C., Nappi R.E., Mancini F. i wsp.: PCOS, sexuality, and clitoral vascularisation: a pilot study. *J. Sex. Med.*, 2008, 5, 2886-2894.
24. Makara-Studzińska M., Wdowiak A.: *Psychologiczna sytuacja kobiety niepełnej. [W:] Psychologia w położnictwie i ginekologii.* Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 145-147.
25. Wischmann T. H.: Sexual disorders in infertile couples. *J. Sex. Med.*, 2010, 7, 1868-1876.
26. Ridenour A.F., Yorgason J. B., Peterson B.: The infertility resilience model: Assessing individual, couple, and external predictive factors. *Contemp. Fam. Ther.*, 2009, 31, 34-51.
27. Woźniak Z.: *W stronę zdrowia społeczności. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 2004, 1, 79-92.
28. Leventhal H., Leventhal E.A., Van Nguyen T.: *Reactions of families to illness: theoretical models and perspectives. [W:] Health, illness, and families: a life-span perspective.* Turk D., Kerns R. (red.), John Wiley, New York 2005, 108-145.

Adres do korespondencji:

Zakład Psychologii Ogólnej i Psychodiagnostyki
Instytut Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu
ul. Szamarzewskiego 89
60-568 Poznań
tel.: +48 61 8292307
nowotan@amu.edu.pl