

## Związek stresujących wydarzeń życiowych z zaburzeniami stanu psychicznego

### Connection between stressful live events with mental disorders

Bożena Śpila, Marta Makara, Maria Chuchra, Beata Pawłowska

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Masiak

#### Summary

**Aim:** The aim of the paper is to study the differences between the mental ill and a control group in the range of burdening with stressful live events and its connection with a sense of coherence.

**Methods:** The group of 108 people, 49 psychiatric patients and 64 people without any mental disorders in it, were examined with the Hospital Anxiety-Depression Scale, Early Trauma Inventory, Social Readjustment Scale and the Sense of Coherence Scale.

**Results:** Patients with mental disorders had a significantly higher occurrence of stressful psychosocial factors during the last year, and also they were exposed to traumatic events in childhood more frequently than the control group. The sense of coherence, as a measurement of resources in coping with stress, was significantly lower in the case of the examined psychiatric patients. Statistically significant dependence of anxiety and depression symptoms which were reported by patients with mental disorders with abuses which were experienced in childhood correlated highly with a sense of coherence in the group of psychiatric patients.

**Conclusions:** Psychiatric patients experienced stressful life events in childhood more frequently, which had to do with a sense of coherence as measure of 'resistance' resources to cope with stressful events.

*Słowa klucze:* zaburzenia psychiczne, stresujące wydarzenia życiowe, nadużycia  
*Key words:* mental disorders, stressful live events, abuse

#### Wstęp

Analizując wpływ stresujących wydarzeń życiowych na stan psychiczny, należy podzielić je na przebyte w ciągu ostatniego czasu oraz doświadczone w przeszłości, w tym w dzieciństwie. W świetle ostatnich badań [1], przebyty uraz wczesnodziecięcy może powodować przetrwały stan biologiczny, który może być czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych w późniejszym życiu. Z tego względu stwierdzenie nadużycia w dzieciństwie powinno być uznane za istotny czynnik ryzyka wystąpienia zaburzenia psychicznego, podobnie jak palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka raka

płuc [1]. Przeprowadzono wiele badań wiążących traumatyczne przeżycia z okresu dzieciństwa z późniejszą psychopatologią. W badaniach Kendler i wsp. [2] stwierdzono, że nadużycia seksualne w dzieciństwie u kobiet skutkują wystąpieniem PTSD i dotyczą 10% kobiet w USA. Stosownie przemocy w stosunku do dzieci powoduje możliwość wystąpienia w życiu dorosłym: depresji [3, 4, 5], zaburzeń lękowych [6], uzależnień [6, 2], zaburzeń osobowości [7, 8]. Nałożenie się stresów w okresie dorosłości na powstałą w dzieciństwie sensytyzację w zakresie osi neuroendokrynnej podwzgórze – przysadka – mózgowie (HPA) może prowadzić do uruchomienia się kaskady nieprawidłowości w układach monoaminergicznym przejawiających się różnymi objawami klinicznymi [9].

Psychologicznym wykładnikiem mogącym określić zdolność jednostki do modyfikowania podatności na stres jest „poczucie koherencji”, termin opracowany przez Antonovsky’ego [10]. Określa on indywidualne zasoby sprzyjające zdrowiu.

### Cel pracy

Celem pracy było badanie różnic między chorymi psychicznie a grupą kontrolną w zakresie obciążenia stresami na przestrzeni życia oraz ich wpływ na poczucie koherencji.

### Grupa badana

Przebadano grupę 108 osób, w tym 49 chorych hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii AM w Lublinie (29 kobiet i 20 mężczyzn), oraz – jako grupę kontrolną – 30 chorych dermatologicznych, hospitalizowanych w Klinice Dermatologii AM w Lublinie, w tym 22 kobiety i 8 mężczyzn, i 34 osoby zdrowe nie leczone, w tym 27 kobiet i 7 mężczyzn.

Tabela 1 przedstawia diagnozy w grupie chorych psychicznie.

Wśród chorych dermatologicznych 24 osoby chorowały na łuszczycę, 3 – na liszaj

Tabela 1

Rozpoznania w grupie chorych leczonych psychiatrycznie

Rozpoznanie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Schizofrenia (F20)	4	2	2
Zab. schizoaфекtywne (F25)	4	4	0
Zab. depresyjne (F31-33)	16	5	11
Zab. lękowe (F40-41)	12	6	6
Zab. odrywania się (F50)	10	1	9
Zab. osobowości (F60)	3	2	1

plaski, 2 – na wyprysk przewlekły i 1 na łysienie plackowate. Średnia wieku dla całej grupy wynosiła 34,1 roku, w tym w grupie chorych psychicznie – 29,4 roku, w grupie chorych dermatologicznych – 41,3 roku i zdrowych – 23,1 roku. W każdej z grup

przeważały osoby ze średnim wykształceniem i ogółem stanowiły 62,3% wszystkich badanych.

### Metoda

W celu zbadania obciążenia stresorami w okresie dzieciństwa posłużono się Inwentarzem Wczesnej Traumatyzacji (Early Trauma Inventory) opracowanym przez zespół J.D. Bremnera w 2000 r. [11]. Adaptacja do warunków polskich i ocena własności psychometrycznych została przeprowadzona przez autorki w grupie 127 osób (praca oddana do druku [Wiadomości Psychiatryczne nr Ms 2004.156]). Inwentarz obejmuje 4 aspekty nadużycia w okresie dziecięcym: 1 – ogólne przeżycia stresowe (ETI I), 2 – nadużycie fizyczne (ETI II), 3 – nadużycie emocjonalne (ETI III), 4 – nadużycie seksualne (ETI IV). Do obliczeń statystycznych służył indeks obciążenia traumą dziecięcą, będący sumą indeksów poszczególnych 4 podskal (ETI wynik ogólny). Rzetelność Inwentarza mierzona współczynnikiem alfa-Cronbacha dla całej skali wyniosła 0,88 dla polskiej adaptacji.

Nasilenie objawów lęku i depresji oceniano za pomocą Skali HADS opracowanej przez Zigmonda i Snaittha [12] zawierającą odrębną punktację dla lęku – A (HADS A) i depresji – D (HADS D).

Aby oznaczyć wpływ stresorów przeżytych w ciągu ostatnich 12 m-cy na stan psychiczny zastosowano Skalę Stresu Psychospołecznego (STRES), opracowaną w 1967 r. przez Holmesa i Rahe, w której od 250 punktów liczy się nadmierne obciążenie stresem [13].

Do oceny mechanizmów radzenia sobie zastosowano Skalę Poczucia Koherencji (SOC) opracowaną przez Antonovsky'ego [10]. Skala ta zawiera podskale zrozumiałości (SOC zrozumiałość), zaradności (SOC zaradność) i poczucia sensowności (SOC sensowność), dla których oblicza się wskaźniki. Wynik ogólny (SOC wynik ogólny) będący sumą poszczególnych wskaźników jest miarą zasobów służących zdrowieniu [10].

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. W większości wyników występował skośny rozkład badanych parametrów, w związku z czym scharakteryzowano wartości za pomocą mediany, zakresu zmienności z podaniem dolnego i górnego kwartyła i zakresu zmiennych. Do wykrycia różnic między dwiema analizowanymi grupami użyto testu U Manna–Whitneya, natomiast dla więcej niż dwóch grup – nieparametrycznego odpowiednika analizy wariancji testu ANOVA rang Kruskala–Wallisa. Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu istotności współczynnika korelacji R Spearmana. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności  $p < 0,05$  wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

### Wyniki badań

Tabela 2 przedstawia mediany wyników uzyskane w grupie badanej.

Jak uwidoczniło się w tabeli 2, w każdym z punktów występowały różnice między

Tabela 2

Wyniki w badanych podgrupach i poziomy istotności różnic – p

Skala		N	Mediana	Kwartył dolny	Kwartył górny	Zakres	p
HADS A Lęki	Onkologologia	30	9	7	11	3-21	
	Psychiatria	42	12	8	16	1-21	p<0,001
	Zonczki	34	6,5	5	11	1-18	
HADS D Depresja	Onkologologia	30	6	4	7	0-11	
	Psychiatria	42	9	5	12	1-17	p<0,001
	Zonczki	34	3	1	6	0-11	
STRES	Onkologologia	30	12,5	9	15,5	3,5-21	
	Psychiatria	42	16,5	11	20	0-29	p<0,001
	Zonczki	34	8,5	7	10,5	0-20,5	
ETI I Trauma ogólna	Onkologologia	30	9	4	14	0-26	
	Psychiatria	42	13,5	6	21	0-30	p<0,001
	Zonczki	34	5,5	3	10	0-20	
ETII Nadwyżka fizyczne	Onkologologia	30	24	0	28	0-30	
	Psychiatria	42	22	14	29	0-30	p<0,001
	Zonczki	34	42	24	20	0-30	
ETIII Nadwyżka emocjonalne	Onkologologia	30	16	0	22	0-30	
	Psychiatria	42	19	16	25,5	0-30	p<0,001
	Zonczki	34	30	0	30	0-30	
ETI IV Nadwyżka seksualne	Onkologologia	30	0	0	0	0-10	
	Psychiatria	42	6	0	16	0-30	p<0,001
	Zonczki	34	0	0	6	0-12	
ETI wynik ogólny	Onkologologia	30	12,5	4,1	19,1	0-30	
	Psychiatria	42	15,5	10	22	0-30	p<0,001
	Zonczki	34	10,5	4	17,5	0-30	
SOC rozumiwanie	Onkologologia	30	39	35	41	16-45	
	Psychiatria	42	35	32	40,5	22-45	—
	Zonczki	34	40	38	41	25-40	
SOC zaradczność	Onkologologia	30	41,5	38	43	18-44	
	Psychiatria	42	36	33	40	18-45	p<0,001
	Zonczki	34	40,5	38	41	25-40	
SOC sensowność	Onkologologia	30	32,5	30	34	15-33	
	Psychiatria	42	32	29	31	9-33	p<0,001
	Zonczki	34	40,5	39	40	24-46	
SOC wynik ogólny	Onkologologia	30	11,5	9,1	13,9	4-17,9	
	Psychiatria	42	10,5	8,5	11,5	5-16,5	p<0,001
	Zonczki	34	16,5	11	19	14-24	

badanymi grupami, z wyjątkiem poczucia zrozumiałości sytuacji mierzonego za pomocą podskali skali SOC. Poziom lęku i depresji oceniany w skali HADS był istotnie statystycznie wyższy wśród chorych leczonych psychiatrycznie. Osoby chore przeżyły istotnie więcej stresów w ciągu minionego roku niż pozostali badani. Obciążenie czynnikami stresowymi w dzieciństwie, określane na podstawie Inwentarza Wczesnej Traumatyzacji (ETI) w zakresie poszczególnych podskali i na podstawie indeksu ogólnego (sumy) występowało istotnie częściej w grupie chorych psychicznie, natomiast poczucie umiejętności zaradzenia sytuacji, poczucie sensowności oraz wynik ogólny poczucia

koherencji były istotnie niższe niż w grupie kontrolnej.

Następnie przeanalizowano związek stresujących wydarzeń życiowych z pozostałymi objawami i poczuciem koherencji w grupie chorych psychicznie. Po przeprowadzeniu obliczeń korelacji porządku rang Spearmana, zanotowano istotne statystycznie zależności wśród osób chorujących na zaburzenia stanu psychicznego, co wykazano w tabeli 3.

Jak uwidoczniło się w tabeli 3, aktualne nasilenie lęku i depresji u chorych psychicznie

**Korelacje wyników poszczególnych skal wśród chorych psychicznie z uwzględnieniem poziomów istotności**

Skala	HADS A	HADS D	STRES	ETI I	ETI II	ETI III	ETI IV	ETI wyniki ogólny	SOC zrozumiałość	SOC zasobność	SOC sensowność	SOC wyniki ogólny
HADS A	—											
HADS D		—										
STRES			—									
ETI I				—								
ETI II					—							
ETI III	**	*				—						
ETI IV							—					
ETI wyniki ogólny	*							—				
SOC zrozumiałość	**	**							—			
SOC zasobność	**	**								—		
SOC sensowność	**	**									—	
SOC wyniki ogólny	**	**										—

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ; \*\*\*\* $p < 0,0001$ ; „-” korelacja ujemna

nych psychiatrycznie korelowało dodatnio z nadużyciem emocjonalnym (ETI III) oraz sumarycznym indeksem obciążenia traumą wczesnodziecięcą ( $p < 0,05$ ). Wszystkie elementy i wynik ogólny poczucia koherencji wysoko statystycznie ujemnie korelowały z nasileniem lęku i depresji. Podobnie poziom doznanej w dzieciństwie przemocy emocjonalnej (ETI III) i sumaryczny wynik indeksu obciążenia traumą korelowały ujemnie ze składowymi poczucia koherencji, jak i z jej miarą całkowitą (SOC wynik ogólny), na poziomie, odpowiednio,  $p < 0,01$  i  $p < 0,01$ . Przemoc fizyczna (ETI II) okazała się związana w sposób istotny statystycznie z ogólnym wynikiem poczucia koherencji ( $p < 0,05$ ).

## Dyskusja

W badanej grupie chorych hospitalizowanych psychiatrycznie przeważały osoby z objawami lęku i depresji (65%), zatem poziom lęku mierzony w skali HADS A oraz depresji mierzonej za pomocą skali HADS D jest wyższy niż w grupie kontrolnej. Celowo badano grupę chorych psychicznie niejednorodną pod względem diagnozy, aby

odnieść się do różnych zaburzeń stanu psychicznego. Rezultaty badań Heim i wsp. [1] dowodzą związku objawów depresyjnych z przeżytymi nadużyciami w dzieciństwie, zatem zastosowano kliniczne skale dla depresji i lęku, aby stwierdzić, czy istnieje związek szczególnie tych objawów z traumą dziecięcą. W badanej grupie psychicznie chorych stwierdzono istotny statystycznie, wprost proporcjonalny związek nadużycia emocjonalnego (ETI III) i ogólnego indeksu obciążenia traumą z klinicznym poziomem lęku (HADS A) oraz nadużycia emocjonalnego (ETI III) z poziomem depresji (HADS D).

Wiele badań potwierdza związek zachorowania lub pogorszenia się stanu psychicznego ze stresem doznany w ciągu ostatniego czasu [9]. Najczęściej badano związek wystąpienia pierwszego lub kolejnego epizodu depresyjnego po niedawnych stresach psychospołecznych [14], które aktywują oś podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA). W przeprowadzonym badaniu stwierdzono, że pacjenci leczeni psychiatrycznie doświadczyli istotnie więcej sytuacji stresowych w ciągu ostatniego roku niż chorzy leczeni dermatologicznie lub osoby zdrowe.

Zgodnie z koncepcją Nemeroffa „podatności na stres” (stress-diathesis) pod wpływem ciężkich wydarzeń traumatycznych w dzieciństwie, związanych najczęściej z przemocą lub nadużyciem, tworzy się nadwrażliwość w układzie HPA (sensytyzacja) i nadmierne wydzielanie CRF (kortykoliberyny) z brakiem hamowania zwrotnego osi HPA [1]. Nałożenie się w życiu dorosłym kolejnych ciężkich lub przewlekłych czynników stresowych powoduje wystąpienie zaburzeń stanu psychicznego, co najlepiej zostało udowodnione w przypadku depresji [2, 3, 4, 5]. U badanych chorych psychicznie stwierdzono istotnie częściej narażenie w dzieciństwie na przeżycia ogólnotraumatyczne (ETI I), przemoc fizyczną (ETI II) i emocjonalną (ETI III), oraz nadużycia seksualne (ETI IV). Sumaryczny wynik indeksu traumy wczesnodziecięcej świadczy o istotnie większym ( $p < 0,0001$ ) obciążeniu stresami w dzieciństwie w porównaniu z grupą kontrolną.

Wiele osób nie mających klinicznie stwierdzonych zaburzeń stanu psychicznego doświadczyło w dzieciństwie nadużyć lub przeżyć traumatycznych. Z punktu widzenia klinicysty ciekawe jest co „chroni” te osoby przed chorobą psychiczną. W tym celu posłużono się koncepcją „zasobów sprzyjających zdrowiu” opracowaną przez Antonovsky’ego. Według teorii Antonovsky’ego u człowieka w wyniku doświadczeń przeżytych do 21 r.ż. kształtuje się orientacja życiowa jako miara zasobów „odpornościowych” sprzyjających zdrowiu. W badaniu osób z zaburzeniami stanu psychicznego stwierdzono niższe niż w grupie kontrolnej ogólne poczucie koherencji, niższe poczucie zrozumienia swej sytuacji, zaradzenia jej, i mniejsze poczucie sensowności. Można zatem stwierdzić, że pacjenci leczeni psychiatrycznie gorzej niż osoby zdrowe lub chore dermatologicznie radzą sobie ze stresującymi wydarzeniami życiowymi. Na kształtowanie się poczucia koherencji mają wpływ wcześniejsze wydarzenia życiowe. Jak przedstawiono w tabeli 3, stresujące wydarzenia życiowe, jakimi były szczególnie doświadczenie w dzieciństwie przemocy emocjonalnej, wiążą się z niższym poczuciem koherencji. Według Ney [15] właśnie przemoc słowna w postaci krytykowania, zastraszania, dyskredytowania wartości, zaniedbywania potrzeb, i oziębłości, wpływa na zmianę obrazu samego siebie i świata u badanych dzieci. W badaniu stwierdzono, że nadużycia emocjonalne są negatywnymi czynnikami wpły-



**Ziel:** Das Ziel der Arbeit ist die Untersuchung der Unterschiede zwischen den psychisch Kranken und der Kontrollgruppe im Bereich der Belastung mit stresserzeugenden Lebensereignissen und des Zusammenhangs mit dem Kohärenzgefühl.

**Methode:** Man untersuchte 108 Personen, darunter 49 psychiatrisch Behandelte und 64 Personen ohne Störungen des psychischen Zustandes mit Hilfe der HADS Skala, des Inventars des frühen Traumas, der Skala vom psychosozialen Stress und der Skala des Kohärenzgefühls.

**Ergebnisse:** Es wurde ein bedeutend häufigeres Auftreten der stresserzeugenden psychosozialen Faktoren innerhalb des letzten Jahres und der traumatischen Erlebnisse in der Kindheit unter den untersuchten Kranken mit psychischen Störungen im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Das Kohärenzgefühl als Mass der Selbsthilfe – Ressourcen war bedeutend niedriger bei den untersuchten psychiatrischen Patienten. Es wurde eine statistisch bedeutende Abhängigkeit der Symptome der Angst und Depression, die von den Patienten mit psychischen Störungen gemeldet wurden, mit dem Kohärenzgefühl gezeigt. Besondere emotionelle Erlebnisse aus der Kindheit hingen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl in der Gruppe der psychiatrisch Behandelten zusammen.

**Schlussfolgerungen:** Die psychiatrischen Patienten erlebten häufiger stresserzeugende Lebensereignisse in der Kindheit, was einen Zusammenhang mit dem niedrigen Kohärenzgefühl hatte als Mass für "Immunressourcen", wenn es um Selbsthilfe beim Stress geht.

### Les corrélations des événements causant le stress et les troubles psychiques

#### Résumé

**Objectif:** Analyse des différences des patients psychiatriques et du groupe de contrôle concernant l'accablément des événements causant le stress et leur corrélation avec le sentiment de cohérence.

**Méthode:** On examine le groupe de 108 personnes (49 patients psychiatriques, 64 personnes saines) en utilisant: HADS (Hospital Anxiety-Depression Scale), Early Trauma Inventory, Social Readjustment Scale, Sense of Coherence Scale.

**Résultats:** Chez les patients on constate la fréquence d'apparition plus élevée des facteurs du stress psychosocial pendant la dernière année et l'exposition plus fréquente aux événements traumatiques pendant l'enfance que chez les personnes du groupe de contrôle. Le sentiment de cohérence comme mesure des ressources de se débrouiller avec le stress est moins élevé chez les patients que dans le groupe de contrôle. De plus, on trouve la corrélation importante du point de vue statistique des symptômes d'anxiété et de dépression et du sentiment de cohérence chez les patients. Les abus émotifs de l'enfance corrélaient fortement avec le niveau très bas du sentiment de cohérence des patients.

**Conclusion:** Les patients psychiatriques ont subi plus souvent les expériences causant le stress pendant leur enfance et cela corréla avec leur sentiment de cohérence plus bas comme mesure de ressources de «résistance» dans des situations difficiles.

#### Piśmiennictwo

1. Heim Ch, Newport DJ, Stacey H, Graham Y i in. *Pituitary-adrenal and autonomic response to stress in woman after sexual and physical abuse in children*. JAMA 2000; 2: 592–597.
2. Kendler KS, Kessler RC, Walters E, MacLean C, Neale MC, Hetah AC. *Stressful life events, genetic liability and onset of an episode of major depression*. Am. J. Psychiatry 1995; 152: 833–842.
3. Briere J, Runtz M. *Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse*. Am. J. Psychiatry 1990; 14: 357–364.
4. Wyatt GE. *The sexual abuse of Afro-American and white-American women in childhood*. Childhood Abuse Neglect. 1985; 9: 507–519.



5. Swett C, Surrey J, Cohen C. *Sexual and physical abuse histories and psychiatric symptoms among male psychiatric patients*. Am. J. Psychiatry 1990; 147: 632–636.
6. Agid O, Kohn Y, Lerer B. *Environmental stress and psychiatric illness*. Biomed. Pharmacother. 2000; 54: 135–141.
7. Herman JL, Perry JC, Kolk BA. *Childhood trauma in borderline personality disorder*. Am. J. Psychiatry 1989; 146: 490–495.
8. Ogata SN, Silk K i in. *Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder*. Am. J. Psychiatry 1990; 147: 1008–1013.
9. Strickland P, Daeakin W, Percival C, Dixon J, Gater R, Goldberg D. *Bio-social origins of depression in the community. Interactions between social adversity, cortisol and serotonin neurotransmission*. Brit. J. Psychiatry 2002; 180: 168–173.
10. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN; 1995.
11. Bremner JD, Vermetten E, Mazure C. *Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The Early Trauma Inventory*. Depr. Anxiety 2000; 12: 1–12.
12. Zigmond A, Snaith RP. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiatr. Scand. 1983; 361–370.
13. Holmes T, Rahe R. *Social Readjustment Rating Scale*. J. Psychosom. Res. 1967; 2: 214.
14. Dinan T. *Psychoendokrynologia chorób afektywnych*. Curr. Op. Psychiatry (wydanie polskie) 2003; 2: 3–7.
15. Ney PG. *Does verbal abuse leave deeper scars: a study of children and parents*. Can. J. Psychiatry 1978; 32: 371–377.

Otrzymano: 1.03.2004

Zrecenzowano: 4.05.2004

Przyjęto do druku: 10.08.2004

Praca finansowana z grantu wewnątrzuczelnianego PWN 257/03  
Adres: Bożena Śpila  
Klinika Psychiatrii AM  
20-349 Lublin, ul. Głuska

