

Ocena wpływu niekorzystnych wydarzeń życiowych w dzieciństwie na obraz kliniczny depresji u osób w wieku lat 50 i powyżej

Assesment of early traumatic life events influence on intensity and frequency of symptoms in patients aged 50 years and over

Krzysztof Sołtys, Leszek Bidzan, Jacek Turczyński, Joanna Łapin

Z Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiekui Podeszłego
AM w Gdańsku

Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Bidzan

Summary

Aim: Assesment of early traumatic life events influence on psychological symptoms of depressive syndromes.

Method: 88 patients with diagnosis of depression were included. The inventory of psychopathological symptoms –AMDP and depression rating scales – MADRS, GDS were applied.

Results: Early traumatic life events were associated with general intensity of depression, but also with specific categories of symptoms (thinking disturbances, phobias, obsessions).

Conclusions: Traumatic life events in early childhood may in effect lead to changes in the clinical picture of depression in adulthood. The strength of the particular events may vary.

Słowa klucze: zespół depresyjny, wydarzenia życiowe, dzieciństwo

Key words: depression syndrome, life events, childhood

Wstęp

Etiologia i patogeneza zaburzeń depresyjnych w świetle wyników wieloletnich badań są związane z mechanizmami regulacji odpowiedzi na stres. Prawdopodobnie duże znaczenie ma okres, w którym dochodzi do kształtowania się tych mechanizmów, tj. okres dzieciństwa.

Brown w 1961 roku stwierdził, że u pacjentów z depresją częściej występowała strata bliskiej osoby przed 15 rokiem życia (41%) w porównaniu z grupami kontrolnymi (12 i 19%) [1]. Kilka kolejnych badań potwierdziło tę obserwację [2, 3].

Nic nie wskazuje jednak na to, żeby strata bliskiej osoby w dzieciństwie była podstawowym czynnikiem determinującym ryzyko zachorowania lub specyficzny obraz kliniczny depresji w wieku dorosłym. Kendler i wsp. podjęli próbę określenia znaczenia straty w stworzonym przez siebie zintegrowanym modelu etiologicznym depresji [4, 5]. Stwierdzili, że najsilniejszymi czynnikami predysponującymi były: bieżące niekorzystne doświadczenia życiowe, czynniki genetyczne, duża depresja („major depression”) w wywiadzie i neurotyzm. Wpływ straty rodziców miał mniejszy udział i był związany z separacją (zarówno od ojca, jak i matki), ale nie ze śmiercią. Świadczy to o konieczności uwzględniania charakteru wydarzeń objętych pojęciem straty. Wiele badań wskazuje, że separacja od rodziców może mieć większy wpływ na wzrost ryzyka wystąpienia depresji niż ich śmierć [6, 7, 8].

Wpływ straty może dotyczyć również przebiegu klinicznego depresji [2]. Część uzyskanych wyników wskazuje na związek pomiędzy doświadczeniem straty w dzieciństwie a zwiększonym nasileniem depresji. Dotyczy to zarówno śmierci rodziców, jak i separacji.

Wyniki badań są jednak zróżnicowane. Próba porównania pacjentów z depresją neurotyczną i psychotyczną wykazała, że u pacjentów psychotycznych strata występowała częściej niż u neurotycznych, przy czym najczęściej była stwierdzana u osób z największym nasileniem objawów [1]. W innym badaniu stwierdzono jednak, że strata bardziej predysponowała do rozwoju depresji o charakterze reaktywnym niż depresji endogennej, co pośrednio wskazywałoby, że strata odgrywa większą rolę w rozwoju objawów depresyjnych o mniejszym nasileniu [2].

Kilka badań nie potwierdziło zależności pomiędzy stratą w dzieciństwie a zachorowaniem na depresję [2, 9, 10].

Interesujące jest doniesienie Kraaij i de Wilde’a [11], którzy przebadali osoby powyżej 65 roku życia. Oceniali natężenie objawów depresji za pomocą Skali Geriatrycznej Oceny Depresji i zbierali wywiad dotyczący występowania niekorzystnych wydarzeń życiowych w poszczególnych okresach rozwojowych (0–15 r. życia, 16–49, 50 oraz do roku przed badaniem i oddzielnie w roku poprzedzającym badanie). Stwierdzili, że nasilenie objawów depresji w wieku podeszłym było związane z niekorzystnymi czynnikami socjoekonomicznymi, nadużyciem emocjonalnym i zaniedbaniami wychowawczymi w dzieciństwie. Nasilenie objawów depresji było szczególnie zaznaczone w przypadku osób, które doświadczyły wielu niekorzystnych wydarzeń w wieku dorosłym. Związek ten był jednak najsilniejszy, jeśli doświadczały one również niekorzystnych wydarzeń życiowych w dzieciństwie.

Material i metody

Badania były prowadzone w latach 1998–2001 wśród pacjentów II Kliniki Chorób Psychiczych Akademii Medycznej w Gdańsku i Poradni Zdrowia Psychicznego w Gdańsku. Badanie przeprowadzono przed włączeniem leków lub w początkowej fazie farmakoterapii.

Przyjęto następujące kryteria włączające: wiek co najmniej 50 lat; rozpoznanie (na podstawie kryteriów ICD-10) zespołu depresyjnego (pojedynczy epizod lub epizod w przebiegu nawracających zaburzeń depresyjnych); zgoda pacjenta na badanie.

Kryteria wyłączające: rozpoznanie chorób somatycznych, które w istotnym stopniu zaburzały funkcjonowanie pacjenta w zakresie podstawowych, codziennych czynności życiowych; rozpoznanie innych zaburzeń psychicznych, takich jak: schizofrenia, zaburzenia świadomości, upośledzenie umysłowe, uzależnienie od środków psychoaktywnych; zaburzenia wzroku, słuchu lub inna niesprawność uniemożliwiająca wypełnienie przewidzianych w badaniu skal klinicznych.

Badanie składało się z:

- wywiadu (ze szczególnym uwzględnieniem wydarzeń w dzieciństwie),
- oceny stanu psychicznego,
- skal klinicznych: Geriatric Depression Scale [12, 13], Montgomery–Asberg Depression Rating Scale [14, 15] AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie – inwentarz objawów psychopatologicznych podzielony na 10 kategorii objawów) [16].

Otrzymane informacje zawsze weryfikowano podczas rozmowy z członkiem rodziny, inną bliską osobą lub opiekunem pacjenta, którzy znali jego pełną biografię bezpośrednio lub z relacji innych osób. Wywiad dotyczący dzieciństwa był szczególnie ukierunkowany na pytania dotyczące straty rodziców oraz takich wydarzeń socjoekonomicznych, jak: niedożywienie, konieczność podjęcia pracy zarobkowej w okresie dzieciństwa, przerwania nauki szkolnej.

Uzyskane dane poddano szczegółowej analizie statystycznej, którą przeprowadzono używając programu komputerowego „Statistica”. Do weryfikacji statystycznej otrzymanych wyników stosowano test Manna–Whitneya. Korelacje pomiędzy zmiennymi oceniano metodą Spearmana. Przyjęty poziom istotności „p” wynosił 0,05 (przedział dwustronny).

Wyniki

W badanej grupie było 75 kobiet i 13 mężczyzn, osób z wykształceniem podstawowym było 46, z ponadpodstawowym 42. Stan cywilny badanych był następujący: pozostający w związku małżeńskim – 47, owdowiali – 31, rozwiedzeni lub samotni – 10. W tabeli 1 podano średni wiek oraz średnie wartości skal klinicznych zastosowanych w badaniu. U 39 osób stwierdzono depresję o nasileniu łagodnym, u 29 – o umiarkowanym i u 20 – ciężkim.

Tabele 2 do 5 ukazują różnice w obrazie psychopatologicznym związane z wydarzeniami stresowymi do 14 roku życia.

Doświadczenie niekorzystnych wydarzeń w dzieciństwie u osób z rozpoznaniem zespołu depresyjnego (tab. 2), w porównaniu z osobami bez takich wydarzeń w wywiadzie, wpłynęło na nasilenie objawów depresyjnych uwidocznione w GDS. Śmierć rodziców (tab. 3) nie wykazywała wpływu na obraz psychopatologiczny zaburzeń depresyjnych. Separacja od rodziców (tab. 4) wpływała na wzrost wartości w kategorii AMDP – zaburzenia myślenia i AMDP – fobie i natręctwa. Grupa osób, która doświadczyła niekorzystnych wydarzeń socjoekonomicznych (tab. 5), nie różniła się istotnie statystycznie od grupy bez takich doświadczeń w wywiadzie.

Tabela 1

Liczba osób (N) oraz średnie wartości wieku i stosowanych skal (MADRS, GDS, AMDP)

	Średnie wartości N=88
Wiek	65,87
MADRS	20,53
GDS	11,06
AMDP – objawy somatyczne	16,72
AMDP – zaburzenia orientacji	0,3
AMDP – zaburzenia uwagi i pamięci	2,19
AMDP – zaburzenia mowy	1,74
AMDP – fobie i natężenia	0,84
AMDP – urojenia	0,2
AMDP – zaburzenia spostrzegania	0,02
AMDP – zaburzenia uczuciowości	13,03
AMDP – zaburzenia nępeędu	1,73
AMDP – inne objawy	1,88
AMDP – objawy dodatkowe	1,35

Tabela 2

Porównanie wartości wybranych skal psychopatologicznych (AMDP, GDS, MADRS) grupy osób, które doznały niekorzystnych wydarzeń życiowych do 14 roku życia, z grupą, która ich nie doznała

	Niekorzystne wydarzenie życiowe nie wystąpiło N=35	Niekorzystne wydarzenie życiowe wystąpiło N=53	U	Z	p
Wiek	64,57	66,75	764,5	-126	n.s.
AMDP – objawy somatyczne	16,86	19,94	75,1	-15	n.s.
AMDP – zaburzenia orientacji	0,14	0,4	788,5	-1,18	n.s.
AMDP – zaburzenia uwagi i pamięci	1,97	2,25	855,5	-0,61	n.s.
AMDP – zaburzenia mowy	1,54	1,87	835	-0,79	n.s.
AMDP – fobie i natężenia	0,51	1,06	741,5	-1,59	n.s.
AMDP – urojenia	0,26	0,17	926	0,01	n.s.
AMDP – zaburzenia spostrzegania	0	0,04	910	-0,15	n.s.
AMDP – zaburzenia uczuciowości	12,14	13,62	784	-1,22	n.s.
AMDP – zaburzenia nępeędu	1,71	1,74	851	-0,65	n.s.
AMDP – inne objawy	1,66	2,02	787,5	-1,19	n.s.
AMDP – objawy dodatkowe	1	1,58	756	-1,46	n.s.
GDS	15,21	18,25	645,5	-2,22	0,03
MADRS	18,8	21,68	784	-1,22	n.s.

U – wartość U testu Manna-Whitneya, Z – wartość Z testu Manna-Whitneya,
p – poziom prawdopodobieństwa, za istotne statystycznie przyjęto wartości poniżej 0,05

Tabela 3

Porównanie wartości wybranych skal psychopatologicznych (AMDP, GDS, MADRS) grupy osób, które zostały osierocone do 14 roku życia, z grupą nieosieroconych

	Osoby nieosierocone N=64	Osoby osierocone N=24	U	Z	p
Uiek	66,03	65,43	651	0,82	n.s
AMDP – objawy somatyczne	18,94	18,13	743	0,23	n.s
AMDP – zaburzenia orientacji	0,33	0,21	762	0,06	n.s
AMDP – zaburzenia uwagi i pamięci	2,23	1,88	705,5	0,59	n.s
AMDP – zaburzenia myślenia	1,67	1,92	766,5	-0,01	n.s
AMDP – fobie i natręctwa	0,8	0,96	712	-0,52	n.s
AMDP – urojenia	0,22	0,17	742	-0,24	n.s
AMDP – zaburzenia spostrzegania	0	0,08	736	-0,3	n.s
AMDP – zaburzenia uczuciowości	13,02	13,08	731	0,35	n.s
AMDP – zaburzenia napięcia	1,8	1,54	694,5	0,69	n.s
AMDP – inne objawy	1,77	2,17	724	-0,41	n.s
AMDP – objawy dodatkowe	1,22	1,71	660	-1,01	n.s
GDS	16,81	17,71	685,5	-0,67	n.s
MADRS	20,95	19,42	685	0,78	n.s

U – wartość U testu Manna–Whitneya, Z – wartość Z testu Manna–Whitneya,
p – poziom prawdopodobieństwa, za istotne statystycznie przyjęto wartości poniżej 0,05

Tabela 4

Porównanie wartości wybranych skal psychopatologicznych (AMDP, GDS, MADRS) grupy osób, które doznały separacji do 14 roku życia, z osobami, które jej nie doznały

	Separacja nie wystąpiła N=72	Doświadczenie separacji N=16	U	Z	p
Uiek	66,34	63,93	397	1,54	n.s
AMDP – objawy somatyczne	17,86	22,75	402,5	-1,81	n.s
AMDP – zaburzenia orientacji	0,27	0,38	566	0,02	n.s
AMDP – zaburzenia uwagi i pamięci	2,15	1,88	531,5	0,4	n.s
AMDP – zaburzenia myślenia	1,45	2,56	350	-2,39	0,02
AMDP – fobie i natręctwa	0,65	1,75	365	-2	0,045
AMDP – urojenia	0,13	0,56	478,5	-0,98	n.s
AMDP – zaburzenia spostrzegania	0,03	0	560	0,09	n.s
AMDP – zaburzenia uczuciowości	12,54	15,25	406,5	-1,77	n.s
AMDP – zaburzenia napięcia	1,73	1,69	561	-0,08	n.s
AMDP – inne objawy	1,66	2,81	497	-0,78	n.s
AMDP – objawy dodatkowe	1,28	1,75	481	-0,95	n.s
GDS	16,7	19,06	438	-1,35	n.s
MADRS	20,06	22,44	488,5	-0,87	n.s

U – wartość U testu Manna–Whitneya, Z – wartość Z testu Manna–Whitneya,
p – poziom prawdopodobieństwa, za istotne statystycznie przyjęto wartości poniżej 0,05

Tabela 5

Porównanie wartości wybranych skal psychopatologicznych (AMDP, GDS, MADRS) grupy osób, które doznały niekorzystnych wydarzeń socjoekonomicznych do 14 roku życia, z osobami, które ich nie doznały

	Niekorzystne wydarzenia socjoekonomiczne nie wystąpiło N=52	Niekorzystne doświadczenie socjoekonomiczne wystąpiło N=36	U	Z	p
Ułoch	65,65	66,2	845	0,58	n.s.
AMDP- objawy somatyczne	17,31	20,75	730,5	-1,74	n.s.
AMDP- zaburzenia orientacji	0,31	0,28	874	-0,53	n.s.
AMDP- zaburzenia uwagi i pamięci	2,13	2,14	882	-0,46	n.s.
AMDP- zaburzenia myślenia	1,65	1,86	855,5	-0,68	n.s.
AMDP- fobie i natęskas	0,81	0,89	925,5	-0,09	n.s.
AMDP- urojenia	0,27	0,11	932	0,03	n.s.
AMDP- zaburzenia sędziectwa	0,04	0	918	0,15	n.s.
AMDP- zaburzenia uczuciowości	13,02	13,06	902	-0,29	n.s.
AMDP- zaburzenia nępedu	1,67	1,81	832,5	-0,88	n.s.
AMDP- inne objawy	1,77	2,03	854	-0,7	n.s.
AMDP- objawy dodatkowe	1,12	1,69	772,5	-1,39	n.s.
GDS	16,33	18,08	764	-1,33	n.s.
MADRS	18,92	22,86	738	-1,68	n.s.

Dyskusja

Grupa liczyła 88 osób, z tego 85% stanowiły kobiety. Średnia wieku badanych pacjentów wynosiła 65,87. Średnie wartości GDS i MADRS wskazywały na umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych (17,06 i 20,53).

Po porównaniu osób, które w dzieciństwie nie doświadczały niekorzystnych wydarzeń (GR-NWS), z osobami, które ich doświadczały (GR-WS), stwierdzono istotną statystycznie różnicę w zakresie wartości GDS (odpowiednio 15,21 i 18,25). Wpływ niekorzystnych wydarzeń w okresie dzieciństwa na zwiększone ryzyko występowania depresji w wieku późniejszym był tematem wielu publikacji. Stwierdzono, że istnieje związek pomiędzy częstością zachorowań a występowaniem traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie zarówno w odniesieniu do dużej depresji, jak i innych form zaburzeń depresyjnych. Wyjątkiem są zespoły depresyjne w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej [2, 3, 6, 7, 8].

Mechanizm tego zjawiska nie został dostatecznie wyjaśniony. Wydaje się, że ocena ewentualnego wpływu niekorzystnych przeżyć w dzieciństwie na nasilenie objawów psychopatologicznych depresji może pomóc w wyjaśnieniu jej mechanizmów patogenetycznych. Jak dotąd, stosunkowo niewiele prac poświęconych jest temu tematowi. Wyniki uzyskane w obecnym badaniu wskazują na większe nasilenie depresji u osób obciążonych niekorzystnymi doświadczeniami. Potwierdzają to wyniki uzyskane w innych badaniach, które wskazują, że u pacjentów z większym nasileniem depre-

sji zdecydowanie częściej występowały straty w dzieciństwie w porównaniu z tymi z mniejszym jej nasileniem [2].

Należy jednak zwrócić uwagę, że powyższe zróżnicowanie nie występuje we wszystkich formach depresji. W depresji endogennej (w większym stopniu determinowanej czynnikami genetycznymi), o dużym nasileniu, z objawami psychotycznymi, taka zależność może być mniej zaznaczona, w depresji reaktywnej, o mniejszym nasileniu, jest bardziej widoczna [2].

Analizowana różnica jest statystycznie istotna tylko dla wartości GDS, a nie dotyczy MADRS. GDS jest skalą samooceny i odnosi się bardziej do subiektywnych odczuć pacjentów, a mniej do innych, biologicznych wykładników depresji, jak zaburzenia snu, apetytu, uwzględnianych w MADRS. Stąd na wyniki GDS większy wpływ mogą mieć zniekształcone schematy poznawcze opisywane w depresji (negatywny obraz własnej osoby, negatywna ocena własnych doświadczeń i postępowania, negatywna ocena przyszłości).

Niekorzystne sposoby zachowania i schematy poznawcze mogą mieć swój początek w doświadczeniach z dzieciństwa. Kraaij i de Wilde [11] przebadali starsze osoby za pomocą GDS oraz Kwestionariusza Negatywnych Wydarzeń Życiowych. Odrębnej ocenie podlegały poszczególne okresy rozwojowe od dzieciństwa począwszy i na ostatnim roku poprzedzającym badanie skończywszy. Wykazali, że obniżenie nastroju u starszych osób ma związek z liczbą niekorzystnych zdarzeń, i dotyczy to większości rodzajów zdarzeń i wszystkich okresów życiowych. W odniesieniu do dzieciństwa (0–15 rok życia) obniżenie nastroju wiązało się z niekorzystnymi czynnikami socjoekonomicznymi, nadużyciami emocjonalnymi i zaniedbaniami wychowawczymi. Okazało się jednak, że najsilniej był zaznaczony związek pomiędzy obniżeniem nastroju a niekorzystnymi wydarzeniami w dorosłym okresie życia u osób, które miały negatywne doświadczenia w dzieciństwie. Autorzy stwierdzili, że wydarzenia stresowe mają długotrwały wpływ na samopoczucie; występowanie kolejnych wydarzeń prowadzi do sumowania się efektu ich oddziaływania i wpływa jednocześnie na zwiększenie liczby niekorzystnych doświadczeń relacjonowanych przez badanych. Powyższe obserwacje można tłumaczyć, nawiązując do takich koncepcji poznawczych depresji, jak model negatywnych myśli Becka czy model wyuczonej bezradności Seligmana. Według tych teorii dziecko, które styka się z sytuacjami przekraczającymi możliwości adaptacyjne, zaczyna oceniać siebie negatywnie, przypisuje sobie winę za kolejne niepowodzenia życiowe [17]. Wykształcone w tym okresie schematy poznawcze mogą mieć również podstawowe znaczenie w późniejszych okresach życia, prowadząc do rozwoju objawów depresyjnych, szczególnie w obliczu innych przewlekłych trudności czy dramatycznych wydarzeń. Urazy wczesnodziecięce wpływają następnie niekorzystnie na podejmowanie w adekwatny sposób ról społecznych, styl myślenia, samoocenę, zależność od innych. Stają się czynnikami podatności na depresję poprzez łańcuch późniejszych zachowań i wydarzeń (nieudane relacje partnerskie i seksualne, niesatysfakcjonujące kariery zawodowe, zmniejszona zdolność nawiązywania przyjaźni, itp.) [18]. Doznania negatywnych doświadczeń we wczesnym okresie życia prowadzą także do nadreaktywności na stres w późniejszym życiu i pogarszają zdolności adaptacyjne. Procesy, które doprowadzają do tego, można z jednej strony ująć jako powstawanie dysfunkcyjnych schematów poznawczych, z drugiej – jako trwałą modulację neuroendokrynologiczną. Model tego zjawiska zakłada, że silny stresor,

który zadziałał w krytycznym okresie rozwojowym, prowadzi do zmian szczególnie w zakresie układu neuronów produkujących CRF, w efekcie – do nadreaktywności tego układu. Prawdopodobnie rola CRF nie sprowadza się tylko do funkcji hormonalnej, ale również do działania jako neurotransmitter kierujący autonomiczną i behawioralną odpowiedzią na czynniki stresowe [19]. Jeśli podwyższone stężenie CRF utrzymuje się długo, prowadzi do wystąpienia objawów podobnych do zespołu depresyjnego. Należy dodać, że wyniki badań wskazują, że podatność na stres jest uwarunkowana również czynnikami genetycznymi, a w rozwoju dużej depresji istotną rolę odgrywają czynniki genetyczne oraz bezpośrednio poprzedzające ją wydarzenia niekorzystne [5, 18, 20, 21].

Dane z piśmiennictwa wskazują, że skutki oddziaływania poszczególnych wydarzeń są zróżnicowane, brak jednak zgodności co do roli śmierci rodziców, separacji oraz innych wydarzeń. Ich wpływ na ryzyko rozwoju depresji był tematem wielu badań. Początkowo przypisywano śmierci rodziców rolę istotnego czynnika wpływającego na powstanie depresji w dorosłym wieku, ale szereg późniejszych badań podważyło ten pogląd, wskazując jednocześnie na istotną rolę przedłużonej separacji [4, 8, 10, 22, 23]. Niewiele prac oceniało wpływ tych wydarzeń na przebieg zespołów depresyjnych, choć już w 1977 roku Brown i wsp. [1] przedstawili tezę, że strata rodziców przed 17 rokiem życia może wpływać na rodzaj i nasilenie występujących objawów depresyjnych. Po zbadaniu 458 kobiet stwierdzili, że śmierć osoby bliskiej była związana z depresją psychotyczną, a związek był tym silniejszy, im większe nasilenie objawów. Natomiast inne rodzaje straty (m.in. separacja) wiązały się z depresją „neurotyczną”. W kilku innych badaniach stwierdzono jednak, że zarówno śmierć rodziców, jak i separacja wiążą się z większym nasileniem depresji [2].

W przebadanej grupie śmierć rodziców do 14 roku życia badanych nie wpływała na zróżnicowanie objawów, natomiast separacja wykazywała istotny związek z większym nasileniem zaburzeń myślenia oraz fobii i natręctw. Wymienione kategorie objawów mogą wiązać się z nasileniem depresji. W przypadku fobii i natręctw (występujących jako samodzielne jednostki chorobowe) wielu badaczy uważa, że ważną rolę w ich etiologii odgrywają zaburzenia rozwojowe związane m.in. właśnie z separacją [24].

Wnioski

Obecność niekorzystnych wydarzeń w okresie dzieciństwa wiązała się ze zróżnicowaniem w obrazie psychopatologicznym depresji. Przejawiało się to większym nasileniem objawów depresyjnych w subiektywnej ocenie pacjentów.

Siła oddziaływania poszczególnych rodzajów wydarzeń może być zróżnicowana. Wydaje się, że szczególne znaczenie może odgrywać separacja od rodziców. W tym przypadku występuje zwiększone nasilenie zaburzeń myślenia oraz fobii i natręctw.

**Íòlíer áèè'íè' ñ'élèúò níáúñcè á èèçíè dláíer
ír èèçíè=Íñéót érđñćío áłd'dlúnčč ó èčò á áíčđrńńí 50 č áíéí éíñ**

Níáíđćrícł

Čřáříéł: Řáñíđú d'díáíèè íòlíéó ñ'élèúò èèçíííúò níáúñcè á áłññéíè áíčđrńńí ír d'ñéóíđ'fńéíäč=Íñéót érđñćío áłd'dlúnččáíñáí ñćíäđíèř.

Ělňā: Ďđāłāłī řřēčč đłčōēũňřňā ēččīč+Ĺņēčō řēřē,đřēō+Ĺīūō čč čňēłāīārīcē 88 ēčō ň āčřāīčīē āłđđlňňč. Ďđčēlīlī člālňřđū đňčōīđřňēīāč+Ĺņēčō ňčēđňēīā RMD Đ č ēččīč+Ĺņēčl řēřēū īōlīčē āłđđlňňč GDS č MADRS.

Đlčōēũňřňū: Ň'člēūl ňāūňč' ā ālňňāł ňā'čūārřň' ň đřččč'č'ēč ā đňčōīđřňēīāč+Ĺņēčē ēřđňčl āłđđlňňč ēřē ň ňī+ēč čđlīč' īāūlē ň'člňč āłđđlňňč, ňřē č ĩnālēūīūō ēřňlāđčē ňčēđňēīā (īřđōřlīč' ēūřēlīč', ōīāčē č īāńlňňč).

Āūāīāū: Ň'člēūl đ'đlččārīč' ā ālňňāł ēřāōň đ'đčālňč ē ččēlīlīč' ē ā đňčōīđřňēīāč+Ĺņēčē ēřđňčl āłđđlňňč ó āčđňēūō āřēūīūō. Ňčēř āīčālēňāč' ĩnālēū-īūō ňčđřā ňāūňčē ēīčlň āūňū đřčđīāīē.

Einfluss der traumatischen Lebensereignisse aus der Kindheit auf das klinische Bild der Depression bei Personen über 50 und mehr

Zusammenfassung

Ziel: Der Einfluss der traumatischen Ereignisse aus der Kindheit auf das psychopathologische Bild des Depressionssyndroms.

Methode: Es wurden die Ergebnisse der klinischen Skalen analysiert, die aus den Untersuchungen an 88 Personen mit der Diagnose Depression entnommen wurden. Es wurden klinische Skalen der Beurteilung der Depression GDS und MADRS und das Inventar der psychopathologischen Symptome AMDP angewandt.

Ergebnisse: Traumatische Ereignisse aus der Kindheit hängen mit den Unterschieden im psychopathologischen Bild der Depression sowohl im Hinblick auf die allgemeine Intensität der Depression als auch auf die einzelnen Kategorien der Symptome (Denkstörungen, Fobien, Zwang) zusammen.

Schlussfolgerungen: Traumatische Erlebnisse in der Kindheit können zu den Veränderungen im psychopathologischen Bild der Depression bei den Erwachsenen führen. Die Einwirkungskraft der einzelnen Arten der Ereignisse kann different sein.

L'estimation des événements traumatiques de l'enfance et de leur influence sur l'image clinique de la dépression des personnes de l'âge de 50 ans et plus

Résumé

Objectif: Estimer l'influence des événements traumatiques de l'enfance sur l'image psychopathologique de la dépression.

Méthode: On analyse les résultats des échelles AMDP, GDS, MADRS de 88 patients diagnostiqués dépressifs.

Résultats: Les événements traumatiques de l'enfance influent sur l'image psychopathologique de la dépression et surtout sur l'intensité de la dépression ainsi que sur les catégories particulières des symptômes – troubles de penser, phobies, obsessions.

Conclusions: Les événements traumatiques de l'enfance peuvent causer les changements de l'image psychopathologique de la dépression des personnes adultes. La force d'influer des événements particuliers peut différer.

Piśmiennictwo

1. Brown GW, Harris T, Copeland JR. *Depression and loss*. Brit. J. Psychiatry 1977; 130: 1–18.
2. Lloyd C. *Life events and depressive disorder reviewed*. Arch. Gen. Psychiatry 1980; 37: 529–535.
3. Roy A. *Vulnerability factors and depression in women*. Brit. J. Psychiatry 1978; 133: 106–110.

4. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC i in. *Childhood parental loss and adult psychopathology in women: a twin perspective*. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49: 109–116.
5. Kendler KS, Kessler RC, Neale MC i in. *The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model*. Am. J. Psychiatry 1993; 150: 1139–1148.
6. Roy A. *Early parental separation and adult depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1985; 42: 987–991.
7. Roy A. *Role of past loss in depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1981; 38: 301–302.
8. Hällström T. *The relationship of childhood sociodemographic factors and early parental loss to major depression in adult life*. Acta Psych. Scand. 1987; 75: 212–216.
9. Perris C, Holmgren S, von Knorring L, Perris H. *Parental loss by death in the early childhood of depressed patients and of their healthy siblings*. Brit. J. Psychiatry 1986; 148: 165–169.
10. Tennant C, Smith A, Bebbington P, Hurry J. *Parental loss in childhood*. Arch. Gen. Psychiatry 1981; 38: 309–314.
11. Kraaij V, de Wilde EJ. *Negative life events and depressive symptoms in the elderly: a life span perspective*. Aging&Mental Health 2001; 5: 84–91.
12. Yesavage JA. *Geriatric Depression Scale*. Psychopharmacol. Bull. 1988; 24: 709–710.
13. Niezgoda A, Twardowska-Rajewska J, Rajewska J. *Skale ośpienia i depresji u pacjentów w podeszłym wieku*. Post. Psychiatr. Neurol. 1998; 7, supl. 1 (6): 93–95.
14. Montgomery S.A., Asberg M. *A new depression scale designed to be sensitive to change*. Brit. J. Psychiatry 1979; 134: 382–389.
15. Mazurek J, Kiejna A, Małyszczak K. *Badanie trafności trzech wybranych skal oceny głębokości depresji – skali Hamiltona, Montgomery-Asberg i Becka-Rafaelsena*. Post. Psychiatr. Neurol. 1999; 8: 173–180.
16. Rzewuska M, Welbel L, Nurowska K. *System AMDP. Skala do oceny zaburzeń psychicznych, wersja polska. Leki psychotropowe. Materiały informacyjno-szkoleniowe z zakresu psychofarmakologii klinicznej*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1991.
17. Czabała C. *Podstawowe zaburzenia psychiczne*. W: Strelau J, red. *Psychologia*. T. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
18. Dudek D. *Stres a depresja – ujęcie psychologiczne*. Dysk. Depr. 2001; 17: 6–7.
19. Kaufman J, Plotsky PM, Nemeroff CB, Charney DS. *Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications*. Biol. Psychiatry 2000; 48: 778–790.
20. Heim C, Nemeroff CB. *The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders*. Biol. Psychiatry 1999; 46: 1509–1522.
21. Sandberg S. *Childhood stress*. W: Fink G, red. *Encyclopedia of stress*. Vol. 2. San Diego: Academic Press; 2000.
22. Tennant C, Hurry J, Bebbington P. *The relation of childhood separation experiences to adult depressive and anxiety states*. Brit. J. Psychiatry 1982; 141: 475–482.
23. Agid O, Shapiro B, Zislin J i in. *Environment and vulnerability to major psychiatric illness; a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizofrenia*. Mol. Psychiatry 1999; 4: 163–172.
24. Nemiah JC. *Phobic disorders*. w: Kaplan KI, Sadock BJ, red. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore/London: Williams & Wilkins; 1985.

Otrzymano: 24.10.2003

nych

Krzysztof Soltys
Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych
i Wiekii Podeszłego Akademii Medycznej w Gdańsku