

Trauma wczesnodziecięca w chorobie afektywnej dwubiegunowej

Childhood trauma in bipolar disorder

Paulina Jaworska-Andryszewska¹, Maria Abramowicz¹, Aleksandra Kosmala²,
Krzysztof Klementowski³, Janusz Rybakowski¹

¹Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

²Szpital Neuropsychiatryczny w Kościanie

³Oddział Psychiatryczny, Milickie Centrum Medyczne

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2016; 11, 2: 39–46

Adres do korespondencji:

mgr Paulina Jaworska-Andryszewska
Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań
e-mail: pjaworska.andryszewska@gmail.com

Streszczenie

Cel pracy: Negatywne doświadczenia w dzieciństwie mogące odgrywać rolę w powstawaniu zaburzeń psychicznych to wydarzenia traumatyczne, do których należą m.in. wszelkie rodzaje przemocy, utrata rodzica, rozwód rodziców lub długotrwała rozłąka z rodzicem. Wykazano, że osoby z chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD) częściej niż osoby zdrowe doświadczają negatywnych wydarzeń w dzieciństwie, które mogą się wiązać z cięższym przebiegiem choroby. Celem pracy jest porównanie częstości występowania traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie w dobranych pod względem płci i wieku grupach chorych na ChAD i osób zdrowych. **Materiał i metody:** Do badania włączono 52 pacjentów z ChAD (w wieku 47 ± 12 lat), hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Kościanie oraz w Milickim Centrum Medycznym. Grupę kontrolną stanowiły 52 zdrowe osoby (w wieku 47 ± 12 lat). W badaniu użyto polskiej wersji Kwestionariusza Traumatycznych Wydarzeń w Dzieciństwie (*Childhood Trauma Questionnaire* – CTQ) i własnego Kwestionariusza Negatywnych Doświadczeń Dziecięcych.

Wyniki: W porównaniu z grupą kontrolną pacjenci z ChAD wykazywali wyższy poziom wskaźników mierzonych narzędziem CTQ (przemocy fizycznej, emocjonalnej, seksualnej, zaniedbania fizycznego, emocjonalnego) oraz częściej doświadczali innych negatywnych wydarzeń w dzieciństwie, takich jak alkoholizm, choroby psychiczne i samobójstwa w rodzinie, opuszczenie przez rodziców, rozwód, śmierć jednego z rodziców oraz długotrwała rozłąka z rodzicem.

Wnioski: Uzyskane wyniki wskazują na istotnie częstsze doświadczanie w dzieciństwie traumatycznych przeżyć u pacjentów z ChAD w porównaniu z osobami zdrowymi, co może mieć znaczenie w patogenezie choroby. Wywiad uwzględniający negatywne doświadczenia z dzieciństwa może być pomocny w planowaniu postępowania terapeutycznego.

Słowa kluczowe: choroba afektywna dwubiegunowa, negatywne doświadczenia dziecięce, przemoc, zaniedbanie, separacja.

Abstract

Aim of study: The negative childhood experiences that may play a role in psychiatric illness are traumatic events including all kinds of abuse, parental loss, divorce or prolonged separation. It has been found that patients with bipolar disorder (BD) more often experience negative events in childhood than healthy people. These events may lead to a more severe course of illness. The aim of this study is to compare the frequency of negative childhood experiences between BD patients and control groups matched for gender and age. **Material and methods:** Fifty-two BD patients were included, aged 47 ± 12 years, hospitalized in the Department of Adult Psychiatry, Poznań University of Medical Sciences, Neuropsychiatric Hospital in Kościan and the psychiatric ward in Milicz. The control group consisted of 52 healthy individuals, aged 47 ± 12 years. Polish version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and own Childhood Negative Experiences Questionnaire were used in the study.

Results: Compared with the control group, BD patients showed higher level of indices measured by the CTQ (physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, emotional neglect, physical neglect) and also experienced more frequently such negative childhood events as alcoholism, psychiatric illness and suicide in the family, parental abandonment, divorce, death and prolonged separation.

Conclusions: The results obtained point to significantly more frequent occurrence of negative childhood experiences in BD patients compared with control group what may play a role in the pathogenesis of the illness. A proper interview for the negative childhood experiences may be helpful for planning therapeutic procedures.

Key words: bipolar disorder, negative childhood experiences, abuse, neglect, separation.

Wstęp

W chorobie afektywnej dwubiegunowej (ChAD) oprócz predyspozycji genetycznej i mechanizmów neurobiologicznych ważnym czynnikiem patogenetycznym są również wydarzenia życiowe. Dotychczasowe badania wskazują, że różne typy wydarzeń występujących w okresie dzieciństwa mają związek z chorobą afektywną występującą w okresie dorosłości. Do wystąpienia zaburzeń afektywnych mogą usposabiać wydarzenia stresowe działające zarówno we wczesnym okresie rozwoju, jak i w życiu dorosłym (Rybakowski 2009).

Większość badań nad rolą negatywnych doświadczeń dziecięcych w ChAD sięga do okresu dzieciństwa w sposób retrospektywny. Badania te wskazują, że różne typy wydarzeń występujących w okresie dzieciństwa mają związek z rozwojem ChAD w dorosłości. Wiele badań ujawniło, że pacjenci z ChAD częściej niż osoby zdrowe doświadczały w dzieciństwie negatywnych wydarzeń (Etain i wsp. 2008; Etain i wsp. 2010; Daruy-Filho i wsp. 2011; Etain i wsp. 2013; Aas i wsp. 2016). Wykazano również związek między traumatycznymi wydarzeniami w dzieciństwie a podatnością na wystąpienie i nasilenie ChAD (Etain i wsp. 2008; Fisher i Hosang 2010; Daruy-Filho i wsp. 2011; Kasprzak i Kiejna 2013; Aas i wsp. 2016; Jaworska-Andryszewska i Rybakowski 2016).

Wiele doniesień wskazuje na powiązanie negatywnych doświadczeń w dzieciństwie z czynnikami klinicznymi związanymi z przebiegiem ChAD. U osób z ChAD traumatyczne wydarzenia z okresu dzieciństwa mogą się wiązać z wcześniejszym początkiem choroby oraz cięższym jej przebiegiem, charakteryzującym się m.in. większą częstością nawrotów, występowaniem zachowań samobójczych, nadużywaniem substancji psychoaktywnych oraz współwystępowaniem chorób somatycznych. Istnieją też przesłanki, że w ChAD traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie są powiązane z różnorodnymi cechami klinicznymi tego zaburzenia, należą do nich: wcześniejszy początek wystąpienia choroby i szybka zmiana faz (*rapid cycling*) (Etain i wsp. 2013; Garno i wsp. 2005), znaczna liczba epizodów afektywnych w ciągu życia (Brown i wsp. 2005), zachowania samobójcze (Etain i wsp. 2013; Garno i wsp. 2005; Brown i wsp. 2005; Leverich i wsp. 2003; Mcintyre i wsp. 2008; Hoertel i wsp. 2015) i objawy psychotyczne (Hammersley i wsp. 2003; Upthegrove i wsp. 2015).

Systematyczny przegląd przeprowadzony przez Daryou-Filo i wsp. (2011) wykazał, że nadużycia i zaniedbanie w dzieciństwie u pacjentów z ChAD są związane z wcześniejszym początkiem choroby, występowaniem zachowań samobójczych oraz nadużywaniem substancji psychoaktywnych. U pacjentów z ChAD, którzy w dzieciństwie doświadczyli tego rodzaju negatywnych wydarzeń, można zauważyć w przebiegu choroby większą liczbę epizodów afektywnych, objawy były bardziej nasilone, większa była też liczba zaburzeń współwystępujących, a także gorsza reakcja na leczenie (Daryou-Filo i wsp. 2011).

Hoertel i wsp. (2015) wykazali, że wszystkie typy negatywnych doświadczeń w dzieciństwie (przemoc seksualna, przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna, zaniedbania) są powiązane z ryzykiem samobójstwa oraz z wczesnym wiekiem wystąpienia pierwszej próby samobójczej. Jednocześnie jednak wykorzystywanie seksualne było najsilniej powiązane z ryzykiem samobójstwa. W tym kontekście podkreśla się również znaczenie modyfikacji epigenetycznej jako mechanizmu wyjaśniającego powiązanie zwiększonego ryzyka samobójstwa u osób z historią traumy w okresie dzieciństwa.

Choroba afektywna dwubiegunowa jest również powiązana z współwystępowaniem innych chorób somatycznych (Jerrel i wsp. 2010). Post i wsp. (2012) badali wpływ negatywnych wydarzeń w dzieciństwie na rozwój współwystępujących chorób u pacjentów z ChAD. Wyniki badań pokazały, że historia przemocy i zaniedbania w dzieciństwie wiąże się ze znacznym wzrostem ryzyka wystąpienia różnorodnych chorób somatycznych u pacjentów z ChAD. Po przebadaniu 900 pacjentów z ChAD okazało się, że negatywne doświadczenia w dzieciństwie, w szczególności przemoc fizyczna, emocjonalna, seksualna oraz obciążenia rodziców zaburzeniami nastroju, nadużywaniem substancji i skłonnościami samobójczymi, mają związek z występowaniem współlistniejących chorób somatycznych. Pacjenci z historią nadużyć fizycznych częściej chorowali z powodu alergii, zespołu przewlekłego zmęczenia, nadciśnienia i niedociśnienia, częściej też doznawali urazów głowy. Wykorzystywanie seksualne było związane z zespołem jelita drażliwego. Przemoc emocjonalna związana była z zapaleniem stawów i migrenowym bólem głowy. Wykazano również związek pomiędzy ogólnym wynikiem negatywnych doświadczeń a ogólną liczbą chorób somatycznych pacjenta, wśród których były: alergia, zapalenie stawów, astma, zespół przewlekłego zmęczenia, zaburze-

nia cyklu miesięczkowego, fibromialgia, urazy głowy, nadciśnienie, niedociśnienie, migrenowe bóle głowy (Post i wsp. 2012).

Doświadczenie traumy w dzieciństwie jest związane z podatnością na ChAD (Etain i wsp. 2010; Watson i wsp. 2013; Manniglio 2013; Garo i wsp. 2005; Agid i wsp. 1999; Kessing i wsp. 2004). Badanie przeprowadzone u 206 pacjentów z ChAD i 94 osób z grupy kontrolnej z wykorzystaniem Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (*Childhood Trauma Questionnaire* – CTQ) (Bernstein i wsp. 1994) pokazało, że pacjenci istotnie częściej doświadczali złożonych traum w okresie dzieciństwa (63%) niż osoby z grupy kontrolnej (33%) (Etain i wsp. 2010). Ponadto wykazano, że najsilniejszy związek istnieje między doświadczeniem nadużyć emocjonalnych a ChAD. Pacjenci zgłaszali częstsze przypadki negatywnego traktowania i bardziej dotkliwe jego formy. Wynik tego badania sugeruje, że tego typu doświadczenia, w szczególności nadużycia emocjonalne, mogą stanowić czynnik ryzyka dla ChAD, mimo że nie można jednoznacznie wykazać związku przyczynowego (Etain i wsp. 2010). Również wyniki badania w grupie 60 pacjentów z ChAD oraz 55 osób zdrowych ujawniły, że pacjenci uzyskiwali wyższe wyniki w podskalach CTQ, z wyjątkiem skali dotyczącej przemocy seksualnej (Watson i wsp. 2013).

Przegląd osiemnastu badań wykonany przez Maniglio (2013) wskazuje, że pacjenci z ChAD częściej niż osoby zdrowe doświadczały w dzieciństwie wykorzystywania seksualnego. Badacze sugerują również, że wykorzystywanie seksualne jest najsilniej powiązane z cięższym przebiegiem ChAD (Maniglio i wsp. 2013). Badania w grupie 100 pacjentów z ChAD, przeprowadzone przez Garo i wsp. (2005), wykazały ponadto, że 51% pacjentów z ChAD zgłaszało występowanie nadużyć w dzieciństwie i zaniedbania, wśród nich 37% doświadczało nadużyć emocjonalnych, 24% nadużyć fizycznych, 24% zaniedbania emocjonalnego, 21% nadużyć seksualnych i 12% zaniedbania fizycznego. Ostatnie badanie, przeprowadzone przez Aas i wsp. (2016), pokazuje, że wszystkie elementy składowe traumy (przemoc fizyczna, seksualna, emocjonalna, zaniedbanie emocjonalne i fizyczne) wydają się silnie powiązane z występowaniem ChAD, chociaż specyficzna rola każdego podtypu traumy wciąż pozostaje przedmiotem dyskusji.

Wśród innych wydarzeń z okresu dzieciństwa mogących mieć wpływ na występowanie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego jest doświadczenie wczesnej utraty rodzica lub długotrwała rozłąka. W pracy Agid i wsp. (1999) ba-

dano powyższą zależność u pacjentów z depresją, ChAD i schizofrenią. Stwierdzono, że wydarzenie takie zwiększa niemal czterokrotnie ryzyko rozwoju w przyszłości depresji, a 2,6-krotnie – ChAD. Powyższa zależność została zauważona w przypadku śmierci lub rozłąki z jednym z rodziców przed 17. rokiem życia badanych. Z kolei badanie przeprowadzone przez Kessinga i wsp. (2004) w grupie 1565 osób, u których dokonano diagnozy epizodu maniakalnego lub mieszanego, wykazało, że samobójstwo matki (przynajmniej 20 lat przed pierwszą hospitalizacją) zwiększało ponad pięciokrotnie prawdopodobieństwo hospitalizacji z powodu epizodu maniakalnego lub mieszanego.

W niniejszej pracy podjęto próbę oceny zależności pomiędzy negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie a rozwojem ChAD. W tym celu porównano częstość występowania negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w dobranych pod względem płci i wieku grupach chorych z ChAD i osób zdrowych.

Materiał i metody

Uczestnicy badań

Badanie zostało wykonane w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Kościanie oraz na Oddziale Psychiatrycznym w Miliczu. Do badania włączono 104 osoby pochodzące z populacji polskiej. Osoby badane utworzyły 2 grupy: kliniczną i kontrolną. W grupie klinicznej znalazło się 52 pacjentów z ChAD (29 kobiet, 23 mężczyzn). Wszyscy pacjenci spełniali kryteria diagnostyczne ICD-10 i DSM-IV dla ChAD. Badani pacjenci byli w okresie poprawy klinicznej, gdy nasilenie objawów depresji w skali Hamiltona oraz nasilenie manii w skali Younga nie przekraczało 10 punktów. Oceny psychometrycznej badanych pacjentów dokonali współpracujący lekarze psychiatrzy. Średni wiek osób z grupy klinicznej wynosił 47 lat (SD = 12, rozpiętość 19–69 lat). Długość trwania ChAD wyniosła w tej grupie 1–42 miesiące (17 ± 11), natomiast długość diagnozy ChAD wyniosła 0–38 miesięcy (8 ± 8). W grupie klinicznej znalazło się 25 pacjentów przyjmujących lit w przebiegu choroby (48,1%), 20 pacjentów aktualnie przyjmowało lit (38,5%). Pozostali stosowali również inne leki psychotropowe. U 34 pacjentów (65,4%) stwierdzono współwystępujące choroby somatyczne. Rozpoznane i leczone nadciśnienie tętnicze wykazano u 17 (32,7%) pacjentów, otyłość u 17 (32,7%), zaburzenia funkcji tarczycy u 6 (11,5%), cukrzycę u 7 (13,5%), choroby na-

czyniowe mózgu u 1 pacjenta (1,9%) i inne choroby somatyczne u 15 (28,8%) pacjentów. Rozpoznane zaburzenia współwystępujące wykazano u 38 (73,1%) pacjentów. U 9 (17,3%) pacjentów rozpoznano uzależnienie od alkoholu, u 5 (9,6%) – uzależnienie od substancji psychoaktywnych, u 32 (61,5%) – uzależnienie od wyrobów tytoniowych, u 6 (11,5%) – zaburzenia osobowości, u 22

(42,3%) pacjentów – zaburzenia lękowe, u 2 (3,8%) – zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, u 2 (3,8%) – zaburzenia odżywiania, u 1 (1,9%) pacjenta – zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD). Dane demograficzne i kliniczne dotyczące grupy klinicznej szczegółowo przedstawiono w tabeli 1. Grupę kontrolną stanowiły 52 zdrowe psychicznie osoby (29 kobiet i 23 mężczyzn), do-

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna i kliniczna grupy klinicznej (osoby z chorobą afektywną dwubiegunową, $N = 52$).

Badane parametry	Wartość	Badane parametry	Wartość
Wiek (średnia, SD)	47 ±12	Zaburzenia lękowe, n (%)	22 (42,3%)
Płeć (n , kobiety/mężczyźni)	29/23	PTSD, n (%)	1 (1,9%)
Długość trwania choroby – od pierwszych objawów (średnia, SD)	17 ±11	Uzależnienie od środków psychoaktywnych, n (%)	5 (9,6%)
Długość trwania choroby do diagnozy ChAD (średnia, SD)	8,5 ±8,2	Uzależnienie od alkoholu, n (%)	9 (17,3%)
Wiek pierwszych objawów (średnia, SD)	30 ±11	Uzależnienie od wyrobów tytoniowych, n (%)	32 (61,5%)
Wiek rozpoznania ChAD (średnia, SD)	39 ±11	Zaburzenia osobowości, n (%)	6 (11,5%)
Wiek rozpoczęcia leczenia psychiatrycznego (średnia, SD)	38 ±11	Zaburzenia odżywiania, n (%)	2 (3,8%)
Wiek pierwszego epizodu depresji (średnia, SD)	31 ±11	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, n (%)	2 (3,8%)
Wiek pierwszego epizodu manii (średnia, SD)	36 ±11	Inne zaburzenia psychiczne, n (%)	1 (1,9%)
Wiek pierwszego epizodu hipomanii (średnia, SD)	37 ±15	Współwystępowanie chorób somatycznych, n (%)	34 (65,4%)
Podtyp ChAD, n (%)		Nadciśnienie, n (%)	17 (32,7%)
ChAD I	41 (78,8%)	Choroby naczyniowe mózgu, n (%)	1 (1,9%)
ChAD II	11 (21,2%)	Otyłość, n (%)	17 (32,7%)
Próby samobójcze, n (%)	29 (55,8%)	Choroby tarczycy, n (%)	6 (11,5%)
Liczba prób samobójczych (średnia, SD)	1,6 ±2,3	Inne choroby somatyczne, n (%)	15 (28,8%)
Myśli samobójcze, n (%)	42 (80,8%)	Cukrzyca, n (%)	7 (13,5%)
Samouszkodzenia, n (%)	9 (17,3%)	Lekooporność, n (%)	6 (11,5%)
Częsta zmiana faz (<i>rapid cycling</i>), n (%)	15 (28,8%)	Objawy początkowe depresja, n (%)	43 (82,7%)
Liczba epizodów depresji (średnia, SD)	9,6 ±8,1	Objawy początkowe mania, n (%)	6 (11,5%)
Liczba epizodów manii (średnia, SD)	4,1 ±5,7	Objawy początkowe hipomania, n (%)	3 (5,8%)
Liczba epizodów hipomanii (średnia, SD)	2,7 ±4,6	Aktualnie przyjmowane leki SSRI, n (%)	19 (36,5%)
Liczba epizodów mieszanych (średnia, SD)	1,6 ±3,4	Aktualnie przyjmowane inne leki z grupy antydepresyjnych, n (%)	21 (40,4%)
Objawy psychotyczne, n (%)	35 (67,3%)	Aktualnie przyjmowane leki normotymiczne, n (%)	46 (88,5%)
Liczba hospitalizacji psychiatrycznych (średnia, SD)	9,4 ±9,9	Aktualnie przyjmowane leki neuroleptyczne, n (%)	47 (90,4%)
Długość leczenia w latach (średnia, SD)	10,5 ±8,7	Aktualnie przyjmowane benzodiazepiny, n (%)	21 (40,4%)
Obciążenie rodzinne chorobami psychicznymi, n (%)	33 (63,5%)	Aktualnie przyjmowane leki przeciwłękowe, n (%)	8 (15,4%)
Depresja w rodzinie, n (%)	17 (32,6%)	Aktualnie przyjmowane leki nasenne, n (%)	7 (13,5%)
Choroba afektywna dwubiegunowa w rodzinie, n (%)	6 (11,5%)	Aktualnie przyjmowany lit, n (%)	20 (38,5%)
Schizofrenia w rodzinie, n (%)	5 (9,5%)	Aktualnie przyjmowany kwas walproinowy, n (%)	26 (25%)
Samobójstwa w rodzinie, n (%)	12 (23%)	Aktualnie przyjmowana lamotrygina, n (%)	13 (12,5%)
Uzależnienia w rodzinie, n (%)	30 (57,7%)	Aktualnie przyjmowana karbamazepina, n (%)	6 (5,8%)
Zaburzenia osobowości w rodzinie, n (%)	1 (1,9%)	Aktualnie przyjmowana olanzapina, n (%)	19 (18,3%)
Inne choroby psychiczne w rodzinie, n (%)	3 (5,8%)	Aktualnie przyjmowana kwetiapina, n (%)	29 (27,9%)
Zaburzenia współwystępujące, n (%)	38 (73,1%)	Aktualnie przyjmowany risperidon, n (%)	4 (3,8%)
		Aktualnie przyjmowany aripiprazol, n (%)	3 (2,9%)
		Aktualnie przyjmowana klozapina, n (%)	5 (4,8%)
		Aktualne leczenie elektrowstrząsami, n (%)	4 (7,7%)

brane do pacjentów pod względem płci i wieku. Średni wiek osób z grupy kontrolnej wynosił 47 lat (SD = 12, rozpiętość 18–68). Do grupy kontrolnej zakwalifikowano wyłącznie osoby bez zaburzeń psychicznych. Przy włączeniu do badania każda osoba była informowana o jego celu i przebiegu, uzyskiwała odpowiedź na ewentualne pytania oraz podpisywała zgodę na udział w nim.

Metodyka badań

U wszystkich osób badanych, poza przeprowadzeniem indywidualnej rozmowy, wykonano następujące badania kwestionariuszowe:

- Kwestionariusz Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (*Childhood Trauma Questionnaire* – CTQ) (Bernstein i wsp. 1994; Bernstein i Fink 1998), polska wersja wg Murzyn (2012). Kwestionariusz CTQ służy do oceny urazów wczesnodziecięcych, związanych z doświadczeniem nadużycia emocjonalnego, cielesnego, seksualnego, zaniedbaniem emocjonalnym i fizycznym. Nasilenie traumy kształtowało punktowy wynik w każdej skali (od 5 do 25 punktów). Wskaźnik całkowitego nasilenia traumy jest prostą sumą punktów ze wszystkich skal.
- Autorski Kwestionariusz Negatywnych Doświadczeń w Dzieciństwie został opracowany na potrzeby tego badania. Kwestionariusz składa się z 13 twierdzeń, możliwe warianty odpowiedzi to tak i nie. Twierdzenia zawarte w kwestionariuszu dotyczą obecności negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa i dorastania, obejmują: problem alkoholowy w rodzinie, leczenie psychiatryczne w rodzinie, próbę samobójczą w rodzinie, samobójstwo w rodzinie, poważną chorobę w rodzinie, pobyt w więzieniu przez członka rodziny, opuszczenie przez rodzica (rodziców), długotrwałą rozłąkę z rodzicem bądź rodzicami, separację rodziców, rozwód rodziców, śmierć rodzica (rodziców).

U pacjentów z ChAD wykonane zostało dodatkowo następujące badanie kwestionariuszowe:

- Ankieta powstawania i przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (opracowana na potrzeby tego badania).

U osób z grupy kontrolnej (zdrowych psychicznie) wykonano dodatkowo następujące badanie kwestionariuszowe:

- Kwestionariusz dla osób bez zaburzeń psychicznych (opracowany na potrzeby tego badania) – kwestionariusz składa się z 13 pytań dotyczących czynników demograficznych oraz klinicznych, które obejmują: obciążenie rodzinne chorobami psychicznymi oraz so-

matycznymi, aktualne choroby somatyczne, przyjmowane leki, uzależnienia.

Projekt badań został zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Uchwała nr 28/15 z dnia 8.01.2015).

Metodyka obliczeń statystycznych

W analizie statystycznej dane dla cech ilościowych opisano za pomocą miar, takich jak średnia, odchylenie standardowe oraz procent. Różnice między pacjentami z ChAD w zakresie wskaźników CTQ obliczano za pomocą testu Manna-Whitneya, a w zakresie wyników Kwestionariusza Negatywnych Doświadczeń Dziecięcych za pomocą testu χ^2 . W obliczeniach posługiwano się pakietem Statistica wersja 10, a za poziom znamienności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Wartości wskaźników CTQ w grupie eksperymentalnej i kontrolnej przedstawiono w tabeli 2.

W porównaniu z osobami z grupy kontrolnej pacjenci z ChAD uzyskali wyższy wynik ogólny ($p < 0,001$), jak również wyższe wyniki we wszystkich podskalach CTQ, takich jak przemoc emocjonalna ($p < 0,001$), przemoc fizyczna ($p < 0,001$), przemoc seksualna ($p < 0,01$), emocjonalne zaniedbanie ($p < 0,001$), fizyczne zaniedbanie ($p < 0,001$), z wyjątkiem podskali idealizowanie wychowania, gdzie różnica nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej.

Częstość występowania negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w grupie eksperymentalnej i kontrolnej przedstawiono w tabeli 3.

Jak widać w tabeli, pacjenci z ChAD istotnie częściej niż osoby zdrowe doświadczali negatywnych wydarzeń w dzieciństwie. Alkoholizm w rodzinie występował ponad dwukrotnie częściej u pacjentów z ChAD w porównaniu z osobami zdrowymi ($p < 0,01$), przy czym w 17 z 20 przypadków dotyczyło to alkoholizmu u ojca. Leczenie psychiatryczne w rodzinie występowało u 13 pacjentów z ChAD (w 10 przypadkach dotyczyło matki), a tylko u jednej osoby z grupy kontrolnej ($p < 0,001$). Zarówno próby samobójcze, jak i samobójstwa dokonane występowały tylko w rodzinie pochodzenia osób z ChAD, natomiast nie stwierdzono ich w grupie kontrolnej ($p < 0,05$). Istotnie statystyczna różnica dotyczyła poważnej choroby w rodzinie ($p < 0,05$), natomiast różnice dotyczące pobytu członka rodziny w więzieniu były na granicy istotności statystycznej ($p = 0,057$).

Tabela 2. Wartości wskaźników Kwestionariusza Traumatyzacji Wczesnodziecięcej w grupie klinicznej (choroba afektywna dwubiegunowa – ChAD) i grupie kontrolnej (GK). W tabeli podano średnie, odchylenie standardowe, wartość *U* dla testu Manna-Whitneya oraz istotność różnicy

Czynnik	GK	ChAD	<i>U</i>	Istotność <i>p</i>
CTQ Wynik ogólny	27,8 ±1,5	44,6 ±14,2	221	< 0,001
CTQ Przemoc emocjonalna	5,5 ±0,8	10,4 ±4,9	492	< 0,001
CTQ Przemoc fizyczna	5,3 ±0,6	7,5 ±4,4	838	< 0,001
CTQ Przemoc seksualna	5,0 ±0,0	5,7 ±2,2	1170	0,006
CTQ Emocjonalne zaniedbanie	5,8 ±0,9	12,4 ±5,2	336	< 0,001
CTQ Fizyczne zaniedbanie	5,2 ±0,5	8,1 ±3,5	515,5	< 0,001
CTQ Idealizowanie wychowania	1,03 ±0,9	0,71 ±0,9	1085	0,064

Tabela 3. Częstość negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w grupie klinicznej (choroba afektywna dwubiegunowa – ChAD) i grupie kontrolnej (GK). W tabeli podano liczebności, procenty, wartość dla testu χ^2 oraz istotność różnicy

Czynnik	GK (n, %)	ChAD (n, %)	χ^2	Istotność <i>p</i>
Alkoholizm w rodzinie	8 (15,4%)	20 (38,5%)	7,04	0,008
Leczenie psychiatryczne w rodzinie	1 (1,9%)	13 (25,0%)	11,89	0,001
Próba samobójcza w rodzinie	0 (0%)	6 (11,5%)	6,37	0,027
Samobójstwo dokonane w rodzinie	0 (0%)	6 (11,5%)	6,37	0,027
Poważna choroba w rodzinie	6 (11,5%)	16 (30,8%)	5,77	0,016
Pobyt w więzieniu członka rodziny	0 (0%)	5 (9,6%)	5,25	0,057
Opuszczenie przez jednego lub obu rodziców	0 (0%)	9 (17,3%)	9,85	0,003
Opuszczenie przez matkę	0 (0%)	5 (9,6%)	5,25	0,057
Opuszczenie przez ojca	0 (0%)	6 (11,5%)	6,37	0,027
Separacja rodziców	2 (3,9%)	5 (9,6%)	1,38	0,437
Rozwód rodziców	0 (0%)	6 (11,5%)	6,37	0,027
Śmierć jednego z rodziców	0 (0%)	8 (15,4%)	8,67	0,003
Długotrwała rozłąka z jednym lub obojgiem rodziców	0 (0%)	18 (34,6%)	21,77	< 0,001
Długotrwała rozłąka z matką	0 (0%)	10 (19,2%)	11,06	0,001
Długotrwała rozłąka z ojcem	0 (0%)	15 (28,9%)	17,53	< 0,001

Wykazano również istotne różnice dotyczące częstości wydarzeń związanych z opuszczeniem w dzieciństwie przez rodziców i rozłąką z nimi. Opuszczenie przez rodzica w dzieciństwie było istotnie częstsze w grupie osób z ChAD ($p < 0,01$), zarówno przez matkę ($p = 0,057$), jak i ojca ($p < 0,05$). Istotne różnice stwierdzono w zakresie rozvodu rodziców ($p < 0,05$), natomiast nie w przypadku ich separacji. Śmierć rodzica przeżyło 8 pacjentów z ChAD (w 7 przypadkach była to śmierć ojca), a długotrwałą rozłąką z rodzicem – 18 pacjentów z ChAD, nie stwierdzono takich zdarzeń w grupie kontrolnej (odpowiednio $p < 0,01$ i $p < 0,001$). Różnice w zakresie długotrwałej rozłąki z rodzicem dotyczyły zarówno matki ($p = 0,001$), jak i ojca ($p < 0,001$).

Omówienie

Głównym wynikiem pracy jest wykazanie różnicy pomiędzy osobami z ChAD a osobami zdrowymi pod względem częstości występowania traumatycznych doświadczeń życiowych w okresie dzieciństwa. Pacjenci z ChAD różnili się od dobranej pod względem płci i wieku grupy kontrolnej pod względem wartości wskaźników mierzonych narzędziem CTQ (przemocy fizycznej, emocjonalnej, seksualnej, zaniedbania fizycznego oraz zaniedbania emocjonalnego) oraz doświadczenia negatywnych wydarzeń w dzieciństwie, takich jak alkoholizm, choroby psychiczne i samobójstwa w rodzinie, opuszczenie przez rodziców, rozwód, śmierć jednego z rodziców oraz długotrwała rozłąka z rodzicem.

Niniejsze badanie potwierdziło, że pacjenci z ChAD częściej niż osoby zdrowe doświadczały w dzieciństwie przemocy emocjonalnej, fizycznej, seksualnej oraz zaniedbania emocjonalnego i fizycznego. Jest to zgodne z wynikami innych prac, w których, podobnie jak w niniejszej, posługiwano się głównie Kwestionariuszem Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (Etain i wsp. 2008, 2010, 2013; Maniglio 2013; Aas i wsp. 2016). Specyficzna rola każdego podtypu traumy dla określonych czynników klinicznych związanych z przebiegiem ChAD pozostaje nadal dyskusyjna i będzie przedmiotem przyszłej analizy autorów.

U pacjentów z ChAD wykazano istotnie częstsze występowanie alkoholizmu, chorób psychicznych i samobójstw w rodzinie w porównaniu z osobami zdrowymi. Wydaje się to oczywiste, biorąc pod uwagę wskaźniki obciążenia rodzinnego tymi zaburzeniami u chorych z ChAD wykazane w licznych badaniach (Schulze i wsp. 2006). W niniejszym badaniu u pacjentów z ChAD wykazano ponadto znamienne częstsze występowanie w okresie dzieciństwa poważnej choroby somatycznej w rodzinie, jak również (na granicy istotności statystycznej) częstsze przypadki pobytu członka rodziny w zakładzie karnym.

Dotychczas tylko w jednej pracy badano wpływ utraty rodziców lub separację z nimi w okresie dzieciństwa na występowanie ChAD. Stwierdzono w niej istotnie większą częstość występowania takiego wydarzenia u osób z ChAD w porównaniu z dobraną pod względem płci i wieku grupą kontrolną (Agid i wsp. 1999). W niniejszej pracy potwierdzono, że osoby z ChAD istotnie częściej niż osoby z grupy kontrolnej doświadczały w dzieciństwie opuszczenia przez rodziców, śmierci jednego z rodziców oraz długotrwałej rozłąki z rodzicem, przy czym w odniesieniu do tego ostatniego istotna różnica częstości dotyczyła zarówno ojca, jak i matki. Co interesujące, badanie pokazało również, że w rodzinach pacjentów z ChAD w okresie dzieciństwa częściej niż u osób zdrowych dochodziło do rozwodów rodziców.

Traumatyczne doświadczenia na wczesnym etapie rozwoju mogą modulować funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, co w połączeniu z predyspozycją genetyczną może odpowiadać za powstawanie i przebieg ChAD. Negatywne doświadczenia w dzieciństwie mogą być odpowiedzialne za częstsze występowanie ChAD, jak również za wiele elementów związanych z jej cięższym przebiegiem klinicznym (Jaworska-Andryszewska i Rybakowski 2016). Jednocześnie jednak należy zauważyć, że wyka-

zane związki między traumą wczesnodziecięcą a ChAD nie mają charakteru specyficznego. Podobne związki uzyskano między negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie a innymi zaburzeniami psychicznymi, w szczególności zaburzeniem osobowości typu *borderline* (Błaszyk-Schier i Jaworska-Andryszewska 2014).

Z tego względu u chorych z ChAD celowe wydaje się przeprowadzanie szczegółowego wywiadu uwzględniającego negatywne doświadczenia w okresie dzieciństwa. Warto pamiętać, że u pacjentów, których dotyczą takie wydarzenia, choroba zwykle występuje wcześniej i ma bardziej nasilony przebieg, występuje zwiększone ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych i częściej dochodzi do prób samobójczych, chorzy ci gorzej reagują na leczenie, a w konsekwencji wykazują większą predyspozycję do nawrotów choroby (Cakir i wsp. 2016). Uzyskane informacje dotyczące negatywnych wydarzeń życiowych u osób z ChAD należy wykorzystać do planowania u nich właściwych oddziaływań farmakologicznych i psychoterapeutycznych.

Wnioski

1. Pacjenci z ChAD częściej niż osoby zdrowe doświadczały w dzieciństwie traumatycznych przeżyć, takich jak przemoc emocjonalna, fizyczna i seksualna, zaniedbanie emocjonalne i fizyczne, alkoholizm, choroby psychiczne i samobójstwa w rodzinie, opuszczenie przez rodziców, rozwód, śmierć jednego z rodziców oraz długotrwała rozłąka z rodzicem.
2. Celowe jest przeprowadzanie u osób z ChAD szczegółowego wywiadu uwzględniającego negatywne doświadczenia w okresie dzieciństwa w celu zaplanowania u nich właściwych oddziaływań farmakologicznych i psychoterapeutycznych.

Piśmiennictwo

1. Aas M, Henry C, Andreassen OA, et al. The role of childhood trauma in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord* 2016; 4: 2.
2. Agid O, Shapira B, Zislin J, et al. Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorders and schizophrenia. *Mol Psychiatry* 1999; 4: 163-172.
3. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1132-1136.
4. Bernstein DP, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report*. Manual. TX: The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company, San Antonio 1998.
5. Błaszyk-Schier S, Jaworska-Andryszewska P. Negatywne doświadczenia w dzieciństwie, stres a zachowania samo-

- uszkodzające i tendencje samobójcze u osób z zaburzeniem osobowości typu borderline. *Pol Merk Lek* 2014; 216: 389-393.
6. Brown GR, McBride L, Bauer MS, et al. Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: a replication study in U.S. veterans. *J Affect Disord* 2005; 89: 57-67.
 7. Cakir S, Tasdelen Durak R, Ozyildirim I, et al. Childhood trauma and treatment outcome in bipolar disorder. *J Trauma Dissociation* 2016; 17: 397-409.
 8. Daruy-Filho L, Brietzke E, Lafer B, Grassi-Oliveira R. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 124: 427-434.
 9. Etain B, Aas M, Andreassen OA, et al. Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 991-998.
 10. Etain B, Henry C, Bellivier F, et al. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2008; 10: 867-876.
 11. Etain B, Mathieu F, Henry C, et al. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J Trauma Stress* 2010; 23: 376-383.
 12. Fisher H, Hosang G. Childhood maltreatment and bipolar disorder: a critical review of the evidence. *Mind Brain* 2010; 1: 750-785.
 13. Garo JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 121-125.
 14. Hammersley P, Dias A, Todd G, Bowen-Jones K et al. Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 543-547.
 15. Hoertel N, Franco S, Wall MM, et al. Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: a nationally representative study. *J Clin Psychiatry* 2015; 76: 916-923.
 16. Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski J. Negatywne doświadczenia dziecięce a powstawanie i przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej. *Psychiatria Polska* 2016 (w druku).
 17. Jerrell JM, McIntyre RS, Tripathi A. A cohort study of the prevalence and impact of comorbid medical conditions in pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 1518-1525.
 18. Kasprzak M, Kiejna A. Badania nad rolą wydarzeń życiowych w zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym. *Psychiatr Pol* 2013; 47: 875-885.
 19. Kessing LV, Agerbo E, Mortensen PB. Major stressful life events and other risk factors for first admission with mania. *Bipolar Disord* 2004; 6: 122-129.
 20. Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, et al. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 506-515.
 21. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on the course of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord* 2013; 15: 341-358.
 22. McIntyre RS, Soczynska JK, Mancini D, et al. The relationship between childhood abuse and suicidality in adult bipolar disorder. *Violence Vict* 2008; 23: 361-372.
 23. Murzyn A. Doświadczenie wczesnodziecięcej traumy jako predyktor wyniku leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości. Praca doktorska. Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum. Wydział Lekarski, Kraków 2012.
 24. Post RM, Altshuler LL, Leverich GS, et al. Role of childhood adversity in the development of medical co-morbidities associated with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2013; 147: 288-294.
 25. Rybakowski J. *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2009.
 26. Schulze TG, Hedeker D, Zandi P, et al. What is familial about familial bipolar disorder? Resemblance among relatives across a broad spectrum of phenotypic characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 1368-1376.
 27. Uptegrove R, Chard C, Jones L, et al. Adverse childhood events and psychosis in bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2015; 206: 191-197.
 28. Watson S, Gallagher P, Dougall D, et al. Childhood trauma in bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48: 564-570.