

Ocena stresujących wydarzeń życiowych i poczucie koherencji u pacjentów z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową

Assesment of stressful life events and sense of coherence in patients with unipolar and bipolar disorder

Magdalena Sariusz-Skąpska¹, J. Czesław Czabała²,
Dominika Dudek¹, Andrzej Zięba¹

¹ Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba
² Z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Dyrektor: prof. dr hab. n. med. S. Pużyński

Summary

Aim: Comparison of stressful life events assessment and level of sense of coherence in patients with unipolar and bipolar affective disorder and healthy subjects.

Method: 60 patients with unipolar and bipolar disorder and 30 healthy subjects were examined with the Stressful Life Events Questionnaire R. H. Rahe's and Sense of Coherence Questionnaire.

Results: It has been proved that between examined groups exist sufficient differences in the assessment of stressful life events and level of sense of coherence. Besides that it has been observed that patients with affective disorder do not differ in number of named stressful life events.

Conclusions: Knowledge about the individual characteristics concerning cognitive assessment of stressful life events made by the patients with unipolar and bipolar disorder and their level of sense of coherence can play an important role in diagnostic and therapeutic process, so this kind of knowledge ought to be broadened by new research.

Słowa klucze: stresujące wydarzenia życiowe, poczucie koherencji
Key words: stressful life events, sense of coherence

Zależność między zjawiskiem stresu a zaburzeniami nastroju jest problemem opisywanym bardzo szeroko. Przedmiotem badań są głównie związki stresu z wystąpieniem choroby afektywnej jedno- i dwubiegunowej, jego rola w indukowaniu kolejnych faz choroby oraz wszystkie te czynniki, które pośredniczą w relacji stres–depresja [1]. Podstawowe pojęcie, którym operują badacze, to tzw. wydarzenia życiowe (life-events). Są one definiowane jako te wydarzenia (szczególnie o charakterze utraty lub przecią-

zenia), które w zależności od cech osobowości jednostki mogą powodować depresję oraz mieć wpływ na jej obraz kliniczny [2]. Częstość występowania takich wydarzeń w roli czynników spustowych początku choroby afektywnej, w różnych badaniach, waha się od kilkunastu do 100% [3]. Brown i Harris stwierdzili, że u 68% pacjentów chorujących na depresję można zidentyfikować stresujące wydarzenie poprzedzające pierwszy jej epizod. Na tej podstawie wysnuli wniosek, iż zależność między wydarzeniami życiowymi a depresją ma charakter przyczynowo-skutkowy. Rozliczne replikacje badań Browna i Harrisa przynosiły i przynoszą sprzeczne wyniki, a założenia badaczy wciąż nie znajdują jednoznacznego potwierdzenia [4]. Podejmowane są też próby określenia, czy istnieją różnice we wpływie stresujących wydarzeń życiowych na wystąpienie depresji w przebiegu choroby afektywnej jedno- i dwubiegunowej. W większości badań cytowanych przez Bidzińską [3] nie stwierdzono istotniejszych różnic w liczbie podawanych wydarzeń życiowych między chorymi z zaburzeniami jedno- i dwubiegunowymi.

Odrębna grupa badań zajmuje się związkiem stresujących wydarzeń życiowych z kolejnymi nawrotami choroby. Tu pojawia się istotny problem metodologiczny dotyczący odróżnienia wydarzeń wynikających z przebiegu choroby od tych, które są od choroby niezależne. W swoich badaniach McPherson i Herbison [5] skoncentrowali się właśnie na wydarzeniach niezależnych i na podstawie uzyskanych wyników wysunęli wniosek, że nie istnieje statystycznie istotny związek między wydarzeniami życiowymi a nawrotem choroby dwubiegunowej zarówno w formie epizodu depresyjnego, jak i maniakalnego. Podobne wyniki uzyskali Paroden i współpracownicy [6], których badania miały na celu określenie, czy kolejne epizody choroby (zarówno jedno- jak i dwubiegunowej) są poprzedzane stresującymi wydarzeniami życiowymi. Tutaj także nie stwierdzono istotnego związku między sytuacjami trudnymi a nawrotami choroby. Powyższe wyniki są zgodne z wnioskami, jakie na podstawie swoich analiz materiału badawczego wysunęła Mazure [7]. Píše ona, że u osób z depresją można mówić o 2,5 raza większym prawdopodobieństwie wystąpienia poważnego, niezależnego wydarzenia życiowego niż u osób zdrowych. Równocześnie wydarzenia te zdają się odgrywać bardziej znaczącą rolę jako tzw. czynniki spustowe dla pierwszego epizodu choroby niż dla jej kolejnych nawrotów. Do takich samych wniosków doszedł Kendler [8], który badał pary bliźniąt monozygotycznych pod kątem tego, w jakim stopniu wydarzenia życiowe mają wpływ na wystąpienie u nich epizodu depresji. Kendler stwierdził, że wydarzenia życiowe istotnie zwiększają ryzyko zachorowania i przynajmniej częściowo można tu mówić o zależności przyczynowo--skutkowej – głównie w odniesieniu do pierwszego epizodu. Ten sam autor podkreśla jednak, że analizując taką zależność, trzeba brać pod uwagę szereg genetycznie uwarunkowanych cech jednostki, które stanowią podłoże dla „neurotycznego” temperamentu i **równocześnie** predysponują ją do zachorowania na depresję i zwiększają podatność na stresujące wydarzenia życiowe [8]. Opisane powyżej różnice we wpływie wydarzeń życiowych na wystąpienie i przebieg zaburzeń nastroju odnieść można do rozważań Gotliba i Hammen [9]. Autorzy ci twierdzą, że depresję należy traktować jako proces dynamiczny, tak więc w przypadku pierwszego epizodu przyczyny mogą być inne niż w przypadku nawrotów. Potwierdzenie tego założenia odnajdujemy też w biologicznych badaniach

zależności stres–zaburzenia afektywne, badaniach, które dowodzą, iż stres psychologiczny odgrywa największą rolę w wystąpieniu pierwszej fazy choroby afektywnej [10]. Rybakowski podkreśla tu rolę tzw. mechanizmu „rozniecania” (*kindling*) w OUN, opisanego w 1992 roku przez Posta [10]. Zastosowanie koncepcji rozniecania do interpretacji wpływu stresu na inicjację i nawroty chorób afektywnych zakłada uznanie wydarzeń życiowych za pierwotne czynniki uwrażliwiające, podczas gdy w dalszym przebiegu czynnikami takimi stają się same fazy chorobowe. W początkowym okresie powtarzające się czynniki stresowe mogą powodować coraz większe wahania nastroju aż do wystąpienia pierwszej fazy chorobowej (stąd największe znaczenie wydarzeń stresowych w wystąpieniu pierwszej fazy). Kolejne fazy chorobowe powodują uwrażliwienie OUN do reagowania na coraz słabsze stesy, aż wreszcie epizody afektywne występują samoczynnie, bez udziału czynników zewnętrznych.

Analizując zależność między zaburzeniami nastroju a stresującymi wydarzeniami życiowymi, wielu badaczy odwołuje się do czynników pośredniczących, które modyfikują wpływ stresu na zdrowie jednostki. Rola indywidualnych cech pacjenta oraz charakterystyki środowiska, w którym on funkcjonuje i zmaga się z sytuacjami stresującymi, ma tu znaczenie decydujące. Jak podkreśla Rybakowski [10], patogenezę zaburzeń afektywnych można opisać według schematu „podatność–stres”, który to schemat zakłada działanie czynników stresowych na ukształtowaną już predyspozycję do choroby. Taka interakcja ma znaczenie decydujące dla inicjacji procesu chorobowego oraz dla wystąpienia zaostrzeń czy nawrotów.

Wspomniane moderatory stresu można opisać na różnych poziomach. Na poziomie biologicznym obok czynników genetycznych wskazuje się na rolę mózgowych struktur stresowych, szczególnie układu podwzgórze–przysadka–nadnercza (PPN). Rybakowski [10] pisze, że w chorobach afektywnych, zwłaszcza w chorobie jednobiegunowej, zakłada się możliwość pierwotnego zaburzenia systemu związanego z odpowiedzią na stres (osi PPN) jako jednego z mechanizmów patogenetycznych. Na pograniczu poziomu biologicznego i psychologicznego istotnym czynnikiem rzutującym na to, czy jednostka w odpowiedzi na stresujące wydarzenie zareaguje depresją, są indywidualne charakterystyki temperamentalne. Cechy temperamentu, w tym głównie reaktywność, czyli stosunek wrażliwości OUN do wydolności tego układu, określają możliwości w zmaganiu się z sytuacjami trudnymi. U osób wysoko reaktywnych (do których należą osoby z zaburzeniami nastroju) możliwości radzenia sobie ze stresem są bardziej ograniczone – co wiąże się z ich dużą wrażliwością na bodźce i małą wydolnością w odpowiadaniu na nie. Takie osoby w sytuacji stresującej wcześniej tracą zdolność adekwatnego reagowania [11]. Opisując poziom psychologiczny moderatorów stresu trzeba przywołać podaną wcześniej definicję wydarzenia życiowego, w której podkreślona jest rola cech osobowości jako czynników sprzyjających wystąpieniu depresji w sytuacji stresowej. Za jedną z takich cech uznaje się wysoki poziom neurotyzmu, który (jak wykazały badania) wpływa na podatność jednostki na zaburzenia nastroju [12, 13, 14].

Za istotny psychologiczny czynnik rzutujący na relację stres–zaburzenia nastroju uznaje się poczucie koherencji (*sense of coherence* – SOC). Termin ten, wprowadzony przez A. Antonovsky’ego [15], odnosi się do właściwości jednostki określającej jej

indywidualną zdolność do radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Antonovsky poczuciem koherencji nazywa pewną trwałą orientację wobec rzeczywistości, w ramach której wyróżnia się trzy zasadnicze składowe: poczucie zrozumiałości (PZR), poczucie zaradności (PZ) i poczucie sensowności (PS). Poczucie zrozumiałości wiąże się z aspektem poznawczym sytuacji, w jakiej znajduje się jednostka. Czynnikiem ten wskazuje na stopień, w jakim spostrzega ona bodźce napływające ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego jako sensowne poznawczo, ustrukturyowane i jasne. Z kolei poczucie zaradności stanowi komponent instrumentalny. Oznacza ono stopień, w jakim jednostka spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające do sprostania sytuacji stresowej. Ostatni z wymiarów poczucia koherencji ma charakter emocjonalno-motywacyjny i wskazuje na to, jak duże jednostka ma poczucie sensowności swoich działań [15]. Antonovsky zakłada, że im wyższe SOC ma człowiek, tym skuteczniej radzi sobie w sytuacjach stresowych i tym mniejsze prawdopodobieństwo, że stres przyczyni się do wystąpienia u niego problemów zdrowotnych. Równocześnie, im to poczucie niższe, tym mniejsza skuteczność w zmaganiu się z trudnościami i tym większe ryzyko, że stres stanie się czynnikiem spustowym dla choroby. Dotychczasowe badania dotyczące pacjentów z problemami zarówno somatycznymi, jak i psychicznymi wykazały, że mają oni istotnie niższe poczucie koherencji niż osoby zdrowe. W grupie tych badań można wyróżnić także te, które koncentrowały się tylko na zaburzeniach afektywnych. W badaniach Mroziak i wsp. [16] wykazano, iż osoby chorujące na depresję mają niższe SOC w porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych. Podobne wyniki uzyskała Habrat [17] badająca pacjentów z przeżytym epizodem depresji typu endogennego. Wykazała, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni z zaburzeniami afektywnymi różnią się pod względem poczucia koherencji od osób zdrowych. Co warto podkreślić, pacjenci mają niższe wyniki nie tylko w ogólnym wskaźniku SOC, lecz także w poszczególnych podskalach: zrozumiałości, zaradności i sensowności. Różnice zaobserwowane przez badaczy można interpretować odwołując się do szczególnej roli poczucia koherencji jako moderatora relacji depresja–stres. Jak zakładał Antonovsky [15], globalna orientacja życiowa nazwana przez niego poczuciem koherencji kształtuje się w toku nabywania doświadczeń życiowych. Zgodnie z poznawczą koncepcją podatności na depresję niektóre jednostki na podstawie urazowych doświadczeń z dzieciństwa kształtują negatywne schematy poznawcze, które w przyszłości mogą przyczynić się do wystąpienia zaburzeń nastroju. Istnienie tych negatywnych schematów poznawczych, zaburzających adekwatną interpretację i porządkowanie napływających informacji, może wpływać na obniżenie poziomu poczucia zrozumiałości. Z niskim poczuciem zrozumiałości wiąże się z kolei postrzeganie rzeczywistości jako mało spójnej, trudnej do opracowania i wyjaśnienia. I tu ponownie pojawia się kwestia stresujących wydarzeń życiowych, niski poziom poczucia zrozumiałości może bowiem determinować ocenę poznawczą sytuacji stresowych. Jak to podkreśla Lazarus, dane wydarzenie staje się stresem, jeżeli za takie zostaje uznane przez jednostkę. Lazarus traktuje stres w kategoriach relacji między człowiekiem a otoczeniem. Każda sytuacja bodźcowa zostaje przez jednostkę poddana obróbce poznawczej, zwanej oceną pierwotną, i oceniona w kategoriach czynnika obojętnego, korzystnego lub zagrażającego. Rodzaj przypisanej oceny odpowiada za reakcję emocjonalną na daną sytuację. Z oceną pierwotną łączy

się ocena wtórna, związana z ewaluacją dostępnych jednostce zasobów działania [18]. Ocenę wtórną można więc powiązać z prezentowanym przez jednostkę poziomem poczucia zaradności, czyli z drugą zasadniczą składową SOC. Im poziom poczucia zaradności niższy, tym mniej zasobów służących radzeniu sobie ze stresem zostanie dostrzeżonych. O powstaniu stresu mówimy więc, gdy skutek poznawczego opracowania zaistniałych okoliczności jednostka uzna je za zagrażające, a posiadane zasoby zostaną uznane za niewystarczające do poradzenia sobie z nimi. W wypadku zaburzeń afektywnych niskie poczucie zrozumiałości i zaradności prezentowane przez pacjentów może sprzyjać spostrzeganiu i ocenianiu większej liczby wydarzeń w kategoriach stresu. Trzeba w tym miejscu podkreślić fakt, że dla rozważanej relacji depresja–stres kluczową rolę odgrywa nie samo wystąpienie sytuacji trudnej, lecz indywidualna ocena tej sytuacji dokonana przez jednostkę. Równocześnie poczucie koherencji zdaje się istotną zmienną stanowiącą o podatności na depresję, gdyż wpływa ono na jakość oceny poznawczej sytuacji trudnych. Istnieje szereg badań dotyczących oceny stresujących wydarzeń życiowych u osób z zaburzeniami afektywnymi. Kessler [19], który dokonał przeglądu tych badań, przywołuje wyniki, które wskazują, iż osoby z depresją zgłaszają większą liczbę stresujących wydarzeń życiowych oraz mają tendencję do oceniania ich jako bardzo trudnych do poradzenia sobie z nimi. Równocześnie dotychczasowe badania poruszające problem oceny stresujących wydarzeń życiowych i czynników mogących mieć wpływ na tę ocenę pomijają aspekt różnic między pacjentami z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową. Zaprezentowane poniżej badania mają na celu wskazanie różnic w ocenie stresujących wydarzeń życiowych oraz w poczuciu koherencji między omawianymi grupami pacjentów.

Material i metoda

Celem pracy było porównanie oceny stresujących wydarzeń życiowych oraz poziomu poczucia koherencji (SOC) u osób z chorobą afektywną jednobiegunową (grupa CHAJ), dwubiegunową (grupa CHAD) oraz u osób zdrowych (grupa K). Każda z trzech grup objętych badaniem liczyła po 30 osób. W grupie osób z chorobą afektywną jednobiegunową średni okres od wystąpienia pierwszego epizodu choroby wynosił 7,9 roku, a w grupie z chorobą afektywną dwubiegunową 11,4 roku. Grupę kontrolną stanowiły osoby zdrowe, które nigdy wcześniej nie korzystały z pomocy psychiatry lub psychologa.

Badani wypełniali Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZZ) R.H Rahe'a w polskiej adaptacji Strelaua, Sobolewskiego i Zawadzkiego [20]. Narzędzie to wymaga udzielenia dwóch rodzajów informacji. Po pierwsze, zaznaczenia, które z 75 wymienionych w inwentarzu różnych stresujących zmian życiowych zaistniały w ciągu ostatnich dwóch lat życia osoby badanej. Po drugie respondent jest proszony o ocenę tych wydarzeń na skali od 1 do 100. Im wyższa ocena przypisywana danemu wydarzeniu, tym bardziej stresujące było ono dla osoby badanej. Ponadto badani wypełniali Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) autorstwa Antonovsky'ego [15] służący do pomiaru poziomu poczucia koherencji. Odpowiedzi na każde z 29 pytań kwestionariusza badany udziela na 7-stopniowej skali. Ostatecznie uzyskuje się cztery wyniki – ogólny

wskaźnik SOC oraz wyniki dotyczące poszczególnych czynników SOC: poczucia zrozumiałości (PZR), zaradności (PZ) i sensowności (PS).

Badanie przeprowadzono na terenie Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum UJ. Osoby z rozpoznaniem choroby afektywnej były pacjentami oddziału stacjonarnego oraz Poradni Chorób Afektywnych tejże kliniki. W momencie badania pacjenci ci byli w okresie zdecydowanej remisji objawowej, a więc bez wyraźnych symptomów depresji czy manii (wynik uzyskany przez badanych w skali Becka nie przekraczał 10 punktów).

W całej badanej grupie znalazło się 60 kobiet i 30 mężczyzn. W tabeli 1 przedstawiony jest średni wiek badanych w poszczególnych grupach.

Grupy pod względem wieku i wykształcenia były równoważne, większość badanych miała wykształcenie średnie (45%) i wyższe (40,5%).

Tabela 1

Średni wiek badanych i odchylenia standardowe

Grupa	Wiek - średnie	Odchylenie standardowe
CHAJ	45,0	8,4
CHAD	41,7	9,8
K	41	7,7

CHAJ – choroba afektywna jednobiegunowa

CHAD – choroba afektywna dwubiegunowa

K – grupa kontrolna

Wyniki

Dysponowano następującymi danymi: liczbą zgłaszanych przez badanych zdarzeń życiowych, ich kwantyfikacją indywidualną (ocena przypisywana danemu wydarzeniu przez badanego) oraz kwantyfikacją normatywną (ocena znormalizowana na podstawie badań reprezentatywnej próby). Aby dokonać analizy wyników uzyskanych przez osoby badane w Kwestionariuszu Zmian Życiowych, konieczne było wprowadzenie dodatkowej zmiennej. Nowa zmienna przedstawiała średnią różnicę pomiędzy kwantyfikacją indywidualną a normatywną. W ten sposób mogła przybierać zarówno wartości dodatnie, oznaczające, że osoba badana deklarowała, że zdarzenia były dla niej bardziej stresujące niż to przewidują normy, lub ujemne, oznaczające, że osoba ta oceniała dane wydarzenie jako mniej stresujące niż wskazywałyby na to normy. Tak zoperacjonalizowana zmienna nazwana oceną trudności pojedynczego zdarzenia poddana została analizie wariancji.

Analiza kontrastów wykazała, że w zakresie oceny stresujących zmian życiowych nie ma istotnie statystycznej różnicy pomiędzy grupami pacjentów z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową ($p=0,81$), natomiast grupa kontrolna uzyskuje istotnie niższe wyniki niż każda z grup pacjentów (p w każdym przypadku $<0,01$), co

Tabela 2

Średnie i wyniki analizy wariancji (zm. zależna: grupa, zm. niezależne: wynik w kwantyfikacji indywidualnej oraz średnia liczba punktów przypisywanych jednemu wydarzeniu)

Zmienna	CHAJ średnia	CHAD średnia	K średnia	F (df 2, 87)	p
Wynik kwantyfikacji indywidualnej	111,5	117,4	140,2	2,5	0,08
Ocena trudności pojedynczego zdarzenia	13,2	15,0	11,2	0,3	<0,01

oznacza, że osoby zdrowe oceniają wskazane przez siebie wydarzenia życiowe jako mało stresujące

W dalszej analizie dokonano porównania wyników uzyskanych przez osoby badane z wszystkich trzech grup w Kwestionariuszu Orientacji Życiowej SOC-29.

W przypadku wszystkich zmiennych efekt okazał się istotny statystycznie. Posłużono się analizą kontrastów w celu ustalenia charakteru związku między zmiennymi.

Z tabeli 4 wynika, że w przypadku głównego czynnika SOC, a także jego wymiarów

Tabela 3

Średnie i wyniki analizy wariancji (zm. zależna: grupa, zm. niezależna: SOC oraz jego poszczególne wymiary – PZR, PZ, PS)

Zmienna	Grupa CHAJ średnia	Grupa CHAD średnia	Grupa K średnia	F (df 2, 87)	p
SOC	104,2	112,2	142,7	13,7	<0,01
PZR	30,3	41,0	50,7	13,2	<0,01
PZ	30,1	41,4	40,7	13,5	<0,01
PS	33,2	35,7	42,1	0,7	<0,01

PZR (poczucie zrozumiałości) i PS (poczucie sensowności) grupa pacjentów z chorobą jednobiegunową (CHAJ) nie różni się istotnie od grupy z chorobą dwubiegunową

Tabela 4

Zestawienie efektów prostych

Zmienna	Kontrasty							
	CHAJ:CHAD		CHAJ:K		CHAD:K		CHAJ:CHAD:K	
	F	p	F	p	F	p	F	p
SOC	2,2	0,09	20,5	<0,01	11,0	<0,01	24,7	<0,01
PZR	2,0	0,09	20,7	<0,01	12,0	<0,01	24,2	<0,01
PZ	4,0	<0,05	20,5	<0,01	0,2	<0,01	22,0	<0,01
PS	0,0	0,42	12,3	<0,01	7,3	<0,01	12,2	<0,01

(CHAD). Natomiast grupa kontrolna (K) uzyskuje istotnie wyższe wyniki od grup CHAJ i CHAD, potraktowanych zarówno osobno, jak i łącznie. W przypadku zmiennej PZ grupa kontrolna także uzyskuje znacząco wyższe wyniki od obu grup pacjentów, natomiast dodatkowo pacjenci z grupy CHAD uzyskują wyższe wyniki w tej skali niż pacjenci z grupy CHAJ.

W nawiązaniu do dotychczasowych badań dotyczących tej kwestii [21] przeprowadzono analizę wpływu płci na zmienną SOC i jej wymiary. Analiza objęła łącznie wszystkie badane grupy (CHAJ, CHAD, K).

Wyniki zawarte w tabeli 5 obrazują, że dla wszystkich grup w zmiennym SOC, PZR, PZ mężczyźni osiągają znacząco wyższe rezultaty. Dla zmiennej PS nie zaobserwowano takiego efektu.

Tabela 5

Średnie i wyniki analizy wariancji (zm. zależna: płeć, zm. niezależna: SOC i jego wymiary)

Zmienna	Kobiety - średnia	Mężczyźni - średnia	F (df 1,87)	p
SOC	117,5	132,0	4,4	<0,05
PZR	40,0	40,2	3,7	<0,05
PE	40,3	40,7	0,5	<0,01
PS	30,2	30,0	1,0	0,2

Przeprowadzono analizę interakcji między płcią a rozpoznaniem klinicznym (osoby z CHAJ, CHAD i zdrowe z grupy K) w zakresie poczucia koherencji SOC i jego poszczególnych wymiarów.

Jak wskazuje tabela 6, tylko w przypadku zmiennej PZ zaobserwowano efekt interakcji pomiędzy płcią a stanem zdrowia badanych. Dalsza analiza wykazała, że efekt ten polega na tym, że:

Tabela 6

Wyniki analizy interakcji grupy i płci

Zmienna	F	p
SOC	2,51	0,08
PZR	0,7	0,4
PE	4,1	<0,05
PS	2,3	0,1

- w grupie kontrolnej mężczyźni uzyskują istotnie wyższe wyniki niż kobiety (efekt ten nie występuje dla grup CHAJ i CHAD)
- kobiety z grupy kontrolnej uzyskują istotnie wyższe wyniki niż kobiety z chorobą afektywną jednobiegunową (efektu tego nie obserwowano w porównaniu obu grup pacjentów, a także grupy CHAD z kontrolną)
- w przypadku mężczyzn rysuje się zależność liniowa – mężczyźni z chorobą afek-

tywną jednobiegunową uzyskują istotnie niższe wyniki niż mężczyźni z chorobą dwubiegunową. Mężczyźni z grupy kontrolnej uzyskują wyniki znacząco wyższe od obu grup eksperymentalnych.

Omówienie wyników

Przeprowadzone badania pozwoliły wykazać istnienie różnic w ocenie stresujących wydarzeń życiowych oraz w poziomie poczucia koherencji między pacjentami z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową a osobami zdrowymi. Udało się wykazać, że badane grupy nie różnią się pod względem liczby zgłaszanych stresujących zmian życiowych związanych z ostatnimi dwoma latami życia każdego z badanych. Równocześnie stwierdzono, że osoby z zaburzeniami nastroju, zarówno te z grupy pacjentów z chorobą jednobiegunową, jak i dwubiegunową, przypisują znacznie wyższe oceny związane ze stopniem trudności stresujących zmian niż osoby zdrowe. Wynik ten jest spójny z obserwacją Kesslera [19], który podkreślał, iż pacjenci z chorobą afektywną oceniają stresujące wydarzenia jako trudniejsze do poradzenia sobie z nimi. W prezentowanych powyżej badaniach obie grupy pacjentów istotnie różniły się od osób zdrowych pod względem średniej oceny przypadającej na jedno wydarzenie. Zjawisko to jest spójne z koncepcją oceny poznawczej Lazarusa [18], która zakłada, że dana sytuacja zostaje uznana za stresującą w zależności od przypisywanego jej przez jednostkę znaczenia. Osoby chorujące na depresję w przebiegu choroby afektywnej, zarówno jedno- jak i dwubiegunowej, posługują się dysfunkcjonalnymi schematami poznawczymi, co może rzutować na sposób, w jaki postrzegają sytuacje trudne. W dokonywanej przez pacjentów ocenie pierwotnej zdarzeń częściej niż u osób zdrowych zdarzenia te są uznawane za zagrażające i trudne do poradzenia sobie z nimi. Równocześnie za istotny czynnik wpływający na zawyżenie oceny trudności stresujących zmian życiowych można uznać niski poziom poczucia koherencji.

W zaprezentowanych powyżej badaniach stwierdzono, że osoby z zaburzeniami afektywnymi mają znacząco niższe SOC niż osoby zdrowe. Różnice te dotyczą nie tylko globalnego wskaźnika poczucia koherencji, lecz także poszczególnych jego wymiarów, czyli poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności. Wyniki te są zgodne z założeniami teorii salutogenezy Antonovsky'ego [15], mówiącej, że osoby, które charakteryzuje niższe SOC, gorzej radzą sobie z trudnościami życiowymi, a co za tym idzie grozi im większe prawdopodobieństwo utraty zdrowia. Takie ujęcie znajduje potwierdzenie w koncepcji depresji ujmującej genezę tej choroby w postaci formuły: „podatność–stres”. Kwestią otwartą pozostaje fakt, czy u osób z zaburzeniami afektywnymi poziom SOC przed chorobą był wyższy niż obecnie i czy nie uległ on obniżeniu pod wpływem obciążeń związanych z chorobą. Takie zjawisko korespondowałoby z koncepcją autora teorii salutogenezy, sugerującą, iż osoby o niskim i średnim poziomie poczucia koherencji z biegiem czasu i pod wpływem stresów przechodzą na jeszcze niższy jego poziom [15].

W prezentowanych powyżej badaniach nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w poziomie SOC między grupami pacjentów z chorobą jedno- i dwubiegunową. Istotna statystycznie okazała się jedynie różnica w poziomie poczucia zaradności

(PZ). Poczucie zaradności jest wyższe w grupie chorych z chorobą dwubiegunową, co sugeruje, że osoby te w sytuacjach trudnych czują się bardziej kompetentne w radzeniu sobie ze stresem niż osoby z chorobą jednobiegunową. Kompetencja ta dotyczy zarówno twórczego wykorzystania zasobów własnych, jak i korzystania z różnych źródeł wsparcia społecznego.

W aspekcie związków poziomu SOC z płcią badanych w ramach poszczególnych grup nie zaobserwowano różnic między kobietami i mężczyznami, co może wynikać z faktu, iż w grupach badanych pacjentów, szczególnie z chorobą jednobiegunową, przeważały kobiety. Jednocześnie istotnie wyższy poziom poczucia koherencji stwierdzono u mężczyzn łącznie w całej badanej grupie, a więc zarówno u osób chorych, jak i zdrowych. Wyniki badań dotyczących tej zależności są niejednoznaczne [21], a sam Antonovsky nie zakładał istnienia różnic pomiędzy płciami. Zaobserwowane w prezentowanych badaniach różnice można tłumaczyć wzorcami kulturowymi i odmiennymi oczekiwaniami w związku z funkcjami społecznymi pełnionymi przez mężczyzn i kobiety. Zgodnie z koncepcją Antonovsky'ego SOC kształtuje się na podstawie doświadczeń zdobywanych w rodzinie, w trakcie szeroko rozumianego procesu socjalizacji [15]. Tak więc odmiennie wzorce wychowania dla poszczególnych płci mogłyby w przyszłości owocować rozbieżnościami w ogólnym poziomie SOC. Kwestia ta wymaga jednak jeszcze dalszych badań.

W analizie interakcji płci z poszczególnymi wymiarami SOC zaobserwowano interakcję płci z poczuciem zaradności (PZ), a więc z tym czynnikiem, który, jak zaznaczono powyżej, różnicował grupy z chorobą jedno- i dwubiegunową. Kobiety z chorobą afektywną jednobiegunową różniły się pod względem poczucia zaradności od kobiet zdrowych, u których było ono wyższe. Nie stwierdzono istotnych różnic między kobietami z chorobą jedno- i dwubiegunową. W wypadku mężczyzn ci z zaburzeniami jedno- i dwubiegunowymi mieli niższe poczucie zaradności niż mężczyźni zdrowi. Równocześnie poczucie zaradności mężczyzn z chorobą jednobiegunową było niższe niż w grupie mężczyzn z chorobą dwubiegunową. Można na tej podstawie wnioskować, że osoby, które cierpią na depresję, w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej mają istotne trudności ze spostrzeganiem dostępnych im zasobów jako wystarczających do poradzenia sobie ze stresem. Zjawisko to może też wpływać na sposób, w jaki poznawczo opracowują i oceniają każdą sytuację stresującą. Równocześnie niskie poczucie zaradności zarówno u kobiet jak i u mężczyzn z chorobą jedno- i dwubiegunową może wynikać z poczucia wyuczonej bezradności, które według Seligmana leży u podłoża depresji [17].

Wnioski

Dokonana w prezentowanych badaniach analiza oceny stresujących wydarzeń życiowych i poziomu poczucia koherencji u osób z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową oraz u osób zdrowych umożliwiła wykazanie różnic w zakresie tych zmiennych pomiędzy badanymi grupami.

1. Stwierdzono, że choć osoby z badanych grup nie różnią się pod względem liczby zgłaszanych stresujących zmian życiowych związanych z ostatnimi dwoma latami

ich życia, to równocześnie osoby cierpiące na zaburzenia nastroju oceniają te wydarzenia jako bardziej stresujące.

2. Zaobserwowane różnice w ocenie stresujących zmian życiowych mogą się wiązać z różnicami w zakresie poczucia koherencji. Jak zaobserwowano, osoby z zaburzeniami afektywnymi, zarówno w formie jedno- jak i dwubiegunowej, charakteryzują się niższym niż osoby zdrowe poziomem poczucia koherencji. Wynik ten dotyczy także poszczególnych wymiarów SOC. Równocześnie zaobserwowano, że zmienną różnicującą pacjentów z chorobą jedno- i dwubiegunową jest poczucie zaradności.

İölięř nñđlññđóťúćó ććçiliiúó nñáúñćé ċ ÷óáññář ęřáldlióćć ó d'řóćlññâ n iáñ- ċ äáóóđ'řěťñíé řóółęñćáñé áíęłćiüt

Nñáđćříćl

Çřáříćl: Nđřáilíćl iölięř nñđlññđóťúćó ććçiliiúó nñáúñćé ċ ÷óáññář ęřáldlióćć ó áíęłiiúó n iáñ – ċ äáóóđ'řěťñíé řóółęñćáñé áíęłćiüt ċ ó çáidñáúó.

Ĕlññâ: 60 d'řóćlññâ n äćřáñćię iáñ- ċ äáóóđ'řěťñíé řóółęñćáñé áíęłćiüt ċ 30 çáidñáúó ęćó ćññéłáñářiiú d'đć d'đćéłilíćć Ąëññářđć' ććçiliiúó ććçéłilíćć (ĀÇÇ) Đ. Ó. Đřóř ċ Ąëññářđćł ććçiliiúé idćlññđñáęć (S İN – 29).

Đlćóęüñřñú: Ā öial ířáęłálicé đ'ęęřří, ÷ñí éłćáo íáñéłáñářiiúéć áđóđ'đřć đ'ř áë'ťññ' nó-úłññálıiúł đřćć÷ć á đřáćónł iölięř nñđlññđóťúćó ććçiliiúó ććçéłilíćć ċ óđñář' ÷óáññář ęřáldlióćć. İáñáđłéłiiñ ññéł-łii, ÷ñí d'řóćlññú n řóółęñćáñéć ířđóřłíć' ċć il'ññé÷řññ' ññ çáidñáúó ęřáłé n ññ÷ęć çđłíć' ęřéć÷łññář d'đłáññáë' lėúó ććçiliiúó ććçéłilíćć.

Āúáñáú: Çříříćł ćłáćáćáořéüiiúó óřđřęłđćññęć, ñññ'úćóñ' ę đ'çłřářñłéüiié iölięř nñđlññđóťúćó ććçiliiúó ććçéłilíćć, d'đñáñćéłé d'řóćlññřć n iáñ – ċ äáóóđ'řěťñíé řóółęñćáñé áíęłćiüt, í ñřęćł d'đłäęřářłéñáñ ććć ññł'łíć' ÷óáññář ęřáldliñññćé ęřćłñ ćéłñú nóúłññálıiúł çłř-łíćł äë' äćřáññć÷łñęłáñ ċ ñłđřđ'łáñć÷łñęłáñ d'đłółñññâ d'đć ñřęćó ířđóřłíć' ó, ÷ñí ċ äéł÷łñ çř ñíáé íłáóñáćéññú äřéüilėřćó ćññéłáñáříćé ířá ñřęććć óřđřęłđćññćęřćć.

Die Beurteilung streßerregender Lebensereignisse und Kohärenzgefühl bei Patienten mit affektiver ein- und zweipoliger Krankheit

Zusammenfassung

Ziel : Vergleich der Beurteilung der streßerregenden Lebensereignisse und des Kohärenzgefühls bei den Personen mit den ein- und zweipoligen Störungen und bei den gesunden Personen.

Methode: Die Daten wurden an 60 Patienten mit der Diagnose der ein- und zweipoligen Krankheit und 30 gesunden Personen mit Hilfe vom Fragebogen der Lebensveränderungen von R.H. Rahe und vom Fragebogen der Lebensorientierung (SOC - 29) erhoben.

Ergebnisse: Es wurde gezeigt, dass es zwischen den untersuchten Gruppen bedeutende Unterschiede im Bereich der Beurteilung der streßerregenden Lebensereignisse und des Kohärenzgefühllevels gibt. Gleichzeitig wurde festgestellt, dass sich die Patienten mit affektiven Störungen von den gesunden Personen nicht unterscheiden, wenn es um die Anzahl der gemeldeten Lebensveränderungen geht.

Schlussfolgerungen: Die individuellen Charakteristiken zur kognitiven Beurteilung der streßerregenden Lebensveränderungen, die durch die Patienten mit der affektiven ein- und zweipoligen Krankheit durchgeführt wurden, und zum von ihnen beschriebenen Kohärenzgefühl können für den diagnostisch-therapeutischen Prozess dieser Störungen eine große Bedeutung haben. Daher auch die Notwendigkeit, die Forschungen an diesen Charakteristiken weiter zu

vertiefen.

L'estimation des événements causant le stress et le sentiment de cohérence des patients souffrant des troubles affectifs bipolaires et unipolaires.

Résumé

Objectif: comparaison de l'estimation des événements causant le stress et du niveau du sentiment de cohérence des patients souffrant des troubles affectifs bipolaires et unipolaires et des personnes saines.

Méthode: on examine 60 patients souffrant des troubles affectifs bipolaires et unipolaires et 30 personnes saines à l'aide du questionnaire de R.H.Rahe (Recent Life Change Questionnaire – RLCQ) et du questionnaire SOC-29 (Sense of Coherence Questionnaire).

Résultats: on démontre qu'entre ces deux groupes on note de grandes différences quant à l'estimation des événements causant le stress et quant au niveau du sentiment de cohérence. On constate aussi que les malades et les personnes saines ne diffèrent quant au nombre des événements.

Conclusions: connaissance des caractéristiques individuelles concernant l'estimation des événements causant le stress des patients souffrant des troubles affectifs bipolaires et unipolaires et le niveau de leur sentiment de cohérence peut jouer un rôle important pour le diagnostic et pour la thérapie donc il est nécessaire de continuer les recherches en question.

Piśmiennictwo

1. Allotey S. *Rola wydarzeń życiowych w chorobach afektywnych i schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 1989; 4: 334–341.
2. Habrat E. *Wydarzenia życiowe w depresjach typu endogennego a zjawisko lekooporności*. Psychiatr. Pol. 1994; 4: 467–478.
3. Bidzińska E. *Czynniki stresowe w chorobach afektywnych*. Psychiatr. Pol. 1984; 5: 469–475.
4. Emmerson JP, Burvill PW, Finlay-Jones R, Hall W. *Life events, life difficulties and confining relationship in depressed elderly*. Brit. J. Psychiatry 1989; 159: 787–793.
5. McPherson H, Herbison P, Romans S. *Life events and relapse in established bipolar affective disorder*. Brit. J. Psychiatry 1993; 163: 381–385.
6. Paroden F, Bauwens F, Dramaix M, Tracy A, Genevrois C, Staner L, Mendelewicz J. *Life event and primary affective disorder*. Brit. J. Psychiatry 1996; 169: 160–166.
7. Mazure CM. *Life stressors as risk factors in depression*. Clin. Psychol. Sc. Pract. 1998; 3: 291–313.
8. Kendler KS, Karkowski L, Prescott, C. *Casual relationship between life events and the onset of major depression*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 837–841.
9. Gotlib IH, Hammen CL. *Psychological aspects of depression. Toward a cognitive-behavioral integration*. Londyn: John Wiley & Sons; 1992.
10. Rybakowski J. *Mechaniczne patogenetyczne stresu w chorobach endogennych*. Psychiatr. Pol 1995; 2: 229–242.
11. Habrat E. *Reaktywność i zapotrzebowanie na stymulację w depresjach w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej*. Niepublikowana praca doktorska, Warszawa 1997.
12. Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith M. *Personality as a vulnerability to depression*. Brit. J. Psychiatry 1991; 159: 106–114.
13. Habrat E. *Cechy osobowości jako czynnik predykcyjny przy stosowaniu leków przeciwdepresyjnych w depresjach endogennych*. Psychiatr. Pol. 1991; 3–4: 105–110.

14. Duggan C, Lee AS, Murray RM. *Does personality predict long-term outcome in depression?* Brit. J. Psychiatry 1990; 157: 19–24.
15. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować.* Warszawa: Fundacja IPN; 1995.
16. Mroziak B, Czabała JC, Wójtowicz S. *Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne.* Psychiatr. Pol. 1997; 3:257–268.
17. Habrat E. *Poczucie koherencji u osób z przebyłym zespołem depresyjnym typu endogennego.* Psychoter. 1997; 3 (102): 73–79.
18. Łosiak W. *Dynamika emocji i radzenia sobie w stresie psychologicznym. Badania pacjentów chirurgicznych.* Rozprawa habilitacyjna. Kraków: Uniwersytet Jagielloński; 1994.
19. Kessler CR. *The effects of stressful life events on depression.* Ann. Rev. Psychol. 1997; 48: 191–214.
20. Strelau J, Sobolewski A, Zawadzki B. *Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZŻ): Polska adaptacja kwestionariusza „Recent Life Change Questionnaire” (RLCQ) R.H. Rahe’a.* Przegl. Psychol. 1999; 3: 27–49.
21. Jelonkiewicz I. *Przegląd badań nad korelatami i regulującymi funkcjami poczucia koherencji.* Alkohol. Narkom. 1996; 1, 22: 19–26.

Otrzymano: 21.02.2002

Zrecenzowano: 2.12.2002

Przyjęto do druku: 28.05.2003

Adres: Klinika Psychiatrii CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21 a

