

Zaburzenia psychiczne u dorosłych krzywdzonych w dzieciństwie – badanie z zastosowaniem wywiadu strukturalizowanego SCID-I

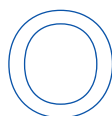
Małgorzata Dragan

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Celem badania było przeprowadzenie ustrukturalizowanych klinicznych wywiadów diagnostycznych (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR, SCID-I) z osobami, które aktualnie nie leczą się psychiatrycznie, i uwzględnienie w ramach tych wywiadów pytań o doświadczenia krzywdzenia w dzieciństwie. Postawiono pytanie o to, czy osoby relacjonujące doświadczenia krzywdzenia w dzieciństwie w porównaniu z osobami bez takich doświadczeń otrzymają częściej diagnozę zaburzenia psychicznego według SCID-I. Zbadano łącznie 98 osób, spośród których 58 relacjonowało doświadczenia krzywdzenia w dzieciństwie. Wykazano istotne statystycznie różnice w zakresie występowania zaburzeń psychicznych – aktualnych i w ciągu życia. W grupie osób relacjonujących krzywdzenie w dzieciństwie 36,2% otrzymało diagnozę bieżącego zaburzenia według SCID-I, natomiast w grupie bez tego typu doświadczeń nie otrzymał jej nikt. Diagnozę w ciągu życia otrzymało 55,2% badanych z grupy osób krzywdzonych w dzieciństwie w porównaniu z 12,5% w grupie osób bez tego typu doświadczeń. Stwierdzono także częstsze relacjonowanie stresu bieżącego i współwystępowanie zaburzeń. Ogólnie przeprowadzone badanie potwierdziło, że osoby relacjonujące doświadczenia krzywdzenia w dzieciństwie w porównaniu z osobami bez takich doświadczeń wykazują więcej objawów psychopatologii i spełniają znacznie częściej kryteria zaburzeń psychicznych z osi I DSM-IV-TR według SCID-I.

SŁOWA KLUCZOWE:

DOŚWIADCZENIA KRZYWDZENIA W DZIECIŃSTWIE, ZABURZENIA PSYCHICZNE,
USTRUKTURALIZOWANY WYWIAD KLINICZNY



becnie liczne już badania na temat odległych następstw krzywdzenia w dzieciństwie, a także ich metaanalizy w sposób dosyć spójny wykazują, że jest ono znaczącym czynnikiem ryzyka zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym (np. Chapman i in., 2004; Cohen, Brown, Smailes, 2001; Edwards, Holden, Felitti, Anda, 2003; Green i in., 2010; por. Dragan, 2016; Jarosz, 2009; Makaruk i in., 2018). Doświadczenie zaniedbywania, przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej czy bycie świadkiem przemocy w rodzinie, a także wydarzenia traumatyczne – takie jak śmierć bliskiego członka rodziny – szczególnie silnie wiąże się z ryzykiem zaburzeń w dalszych etapach życia. Przykładowo, na podstawie metaanalizy badań przeprowadzonej przez Chen i in. (2010), uwzględniającej 37 badań i ponad 3 mln badanych, wykazano istotny związek między przemocą seksualną a diagnozą w ciągu życia zaburzeń snu, zaburzeń lękowych, depresji, zaburzeń odżywiania oraz prób samobójczych. Podobne negatywne następstwa wiążą się z innymi formami przemocy – fizyczną i emocjonalną – oraz z zaniedbywaniem. Jako przykład może służyć przeprowadzona przez Norman i in. (2012) metaanaliza 124 badań. Wynika z niej, że zarówno przemoc fizyczna i emocjonalna, jak i zaniedbywanie w dzieciństwie wiążą się m.in. ze zwiększonym ryzykiem zaburzeń depresyjnych, nadużywania narkotyków, prób samobójczych oraz ryzykownych zachowań seksualnych na dalszych etapach życia. Ponadto na podstawie przeglądu piśmiennictwa stwierdzono, że ze zwiększonym ryzykiem psychopatologii w dorosłości mogą się wiązać również inne doświadczenia w dzieciństwie postrzegane jako krzywdzenie, takie jak separacja od rodzica w wyniku rozwodu, wysoki poziom konfliktów w rodzinie czy odwrócenie ról (parentyfikacja; por. Dragan, 2016; Izdebska, 2010; Jarosz, 2009; Schier, 2015). Na przykład Kendler, Neale, Kessler, Heath i Eaves (1992) wykazali, że separacja od rodzica przed 17 r.ż. koreluje ze zwiększonym ryzykiem depresji, uogólnionego zaburzenia lękowego i lęku napadowego. W innych badaniach stwierdzono, że częste, poważne konflikty między rodzicami dziecka, które miały miejsce przed ukończeniem przez nie 14 r.ż., oraz nadmierna kontrola ze strony matki i odwrócenie ról w relacji z nią okazały się silnie związane z późniejszym występowaniem u dziecka problemowego używania alkoholu (Dragan, Hardt, 2016). Podobne prawidłowości zaobserwowano w badaniu dużej próby studentów przeprowadzonym w ostatnim czasie w Polsce (Makaruk i in., 2018). Uwzględniono w nim różne kategorie negatywnych doświadczeń z dzieciństwa i potwierdzono ich związek z m.in. takimi zachowaniami zagrażającymi zdrowiu jak próby samobójcze i nadużywanie substancji psychoaktywnych.

Warto podsumować, że ze względu na uzyskiwane w różnych badaniach podobne zależności wielu autorów – jak np. Reuben i in. (2016) – podziela pogląd, zgodnie

z którym problem krzywdzenia dzieci stanowi nieujawniony społecznie kryzys zdrowotny o dalekosiężnych konsekwencjach. Jeszcze do niedawna nierzadko przyjmowano, że podstawowym mechanizmem prowadzącym do występowania różnych konsekwencji krzywdzenia w dzieciństwie jest podejmowanie przez ofiary zachowań ryzykownych (Jarosz, 2009). Obecnie dominującym w piśmiennictwie podejściem jest wyjaśnianie związku między doświadczeniami krzywdzenia w dzieciństwie a zdrowiem psychicznym w kategoriach psychofizjologicznych reakcji organizmu na długotrwały stres. Z perspektywy neurobiologicznej mówi się o niekorzystnym wpływie tego typu doświadczeń na rozwijający się mózg i deregulacji układów biorących udział w reakcjach stresowych, która objawia się nadmierną wrażliwością na stres bieżący. To właśnie ta nadmierna wrażliwość wiąże się z podatnością na zaburzenia psychiczne. Z perspektywy psychologicznej z kolei wskazuje się na główną rolę takich mechanizmów jak dysocjacja i inne niekorzystne w perspektywie długoterminowej intrapsychniczne strategie radzenia sobie z traumą, takie jak tłumienie emocji czy ruminowanie (tzn. przeciągające się negatywne myślenie). Strategie te przyczyniają się do deregulacji emocjonalnej, która uznawana jest za wspólny rdzeń wielu zaburzeń psychicznych (Dragan, 2016).

Należy podkreślić, że we współczesnych badaniach długotrwałych konsekwencji niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie uwzględniane są nie tylko różne rodzaje przeżyć ocenianych jako krzywdzenie, ale także ich częste współwystępowanie i efekt kumulacji następstw. Innym ważnym zagadnieniem jest wpływ zniekształceń pamięci na przywoływanie zdarzeń z okresu dzieciństwa (Hardt, Schier, Dragan, 2011). Dotychczasowe dowody na związek między doświadczeniami krzywdzenia a zdrowiem psychicznym w dorosłości pochodzą bowiem głównie z badań polegających na przywoływaniu wspomnień takich zdarzeń. Reuben i in. (2016) porównali jednak dane retrospektywne z wynikami badania podłużnego i doszli do wniosku, że te ostatnie potwierdzają związek między doświadczeniami krzywdzenia w dzieciństwie a negatywnymi następstwami wykazywany w badaniach polegających na retrospekcji.

W badaniach, w których porównuje się osoby krzywdzone w dzieciństwie z tymi, które nie mają tego typu doświadczeń, stosuje się różne metody pomiaru psychopatologii i diagnozy zaburzeń psychicznych. Kliniczne wywiady strukturalizowane, takie jak *Ustrukturalizowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń z osi I DSM-IV-TR* (SCID-I, *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*; First, Gibbon, Spitzer, Williams, 2002; wersja polska: Popiel, Pragliams, Zawadzki, 2014) są z różnych względów – takich jak zwiększone koszty badania, jego długotrwałość oraz wymóg doświadczenia klinicznego oraz treningu w stosowaniu narzędzia – używane rzadziej niż

metody kwestionariuszowe. W Polsce do niedawna nie była dostępna żadna z wersji klinicznego wywiadu ustrukturalizowanego. Celem opisanego w tej pracy badania było zatem przeprowadzenie takich wywiadów przy użyciu SCID-I (wersja badawcza) z osobami, które aktualnie nie leczą się psychiatrycznie (grupa niekliniczna), i uwzględnienie w ramach tych wywiadów pytań o doświadczenia krzywdzenia w dzieciństwie. Postawiono pytanie o to, czy osoby relacjonujące doświadczenia krzywdzenia w dzieciństwie w porównaniu z osobami bez takich doświadczeń otrzymają częściej diagnozę zaburzenia psychicznego (bieżącego i w ciągu życia) według SCID-I.

METODA

Grupę badaną wyłoniono z uczestników panelu internetowego firmy specjalizującej się w badaniach sondażowych. Wyjściowo było to 1225 osób, które wypełniały przez internet ankietę oraz kwestionariusze psychologiczne dotyczące symptomów tzw. zespołu poznawczo-uwagowego, którego główną składową jest tendencja do ruminacji (por. Dragan, 2011, 2016). Z tej grupy – na potrzeby innych analiz – wybrano osoby o skrajnych cechach, tj. z wysokim lub niskim nasileniem objawów tego zespołu. Ponadto ze względu na to, że osoby te miały uczestniczyć w dalszej kolejności w badaniu neuroobrazowym z zastosowaniem rezonansu magnetycznego (MRI), zastosowano dosyć restrykcyjne kryteria wykluczenia, takie jak przeszłe/obecne urazy głowy, obiekty metalowe w ciele, zaburzenia neurologiczne, zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, tatuaże na skórze głowy, leworęczność, klaustrofobia, ciąża lub poważne procedury medyczne w ciągu ostatnich dwóch lat. Dane na ten temat zbierano za pomocą ankiety wewnętrznej stosowanej przez Pracownię Obrazowania Mózgu Instytutu Biologii Doświadczalnej PAN. Warunkiem uczestnictwa było również zamieszkiwanie w Warszawie i okolicach.

Ostatecznie w badaniu za pomocą SCID-I wzięło udział 98 osób. Uczestnicy byli informowani o swoich podstawowych prawach jako osoby, uzyskiwano od nich świadomą zgodę, a za udział w badaniu otrzymywali wynagrodzenie. Badanie uzyskało akceptację Komisji ds. Etyki Badań Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Próba została dobrana pod względem płci, wieku i wykształcenia tak, aby odzwierciedlać populację warszawską (GUS, 2016; jej struktura demograficzna jest odchylona w kierunku osób z wyższym wykształceniem i kobiet, ale jest to prawidłowość obserwowana w populacji warszawskiej). Ogółem 57% osób z wyłonionej próby stanowiły kobiety, 54% badanych miało wykształcenie wyższe

(25,5% – średnie, a 20,4% – niższe), 53,1% było żonatych/zamężnych lub w stałym związku (36,7% – stanu wolnego, a 10,2% – po rozwodzie lub w separacji). Średnia wieku wyniosła $M = 32,64$ roku ($SD = 7,36$; zakres: 19–65).

Wszystkie osoby badane brały udział w wywiadzie z zastosowaniem SCID-I, który – po uprzednim szkoleniu przez specjalistę z zewnątrz (A. Popielarczyk) i treningu praktycznym jego stosowania – przeprowadzała autorka niniejszego artykułu. W wywiadzie oprócz rozmowy wstępnej i pytań przesiewowych uwzględniono moduły A, B/C (w celu wykluczenia osób przejawiających objawy psychotyczne ze względu na badanie MRI) oraz wszystkie pozostałe moduły D–J (a więc, oprócz objawów psychotycznych, uwzględniono zaburzenia nastroju, zaburzenia związane z używaniem substancji, zaburzenia lękowe, zaburzenia pod postacią somatyczną, zaburzenia odżywiania, zaburzenia przystosowania i zaburzenia dodatkowe). Oprócz diagnozy bieżącego zaburzenia (*current*) SCID-I umożliwia określenie diagnoz w ciągu życia (*life-time*), dzięki pytaniom o to, czy w życiu osoby kiedykolwiek wystąpiły objawy poszczególnych zaburzeń (oczywiście odnosi się to do tych zaburzeń, w których kryteriach diagnostycznych nie widnieje wymóg bieżącego występowania objawów). Autorzy polskiej wersji SCID-I Popiel, Pragłowska i Zawadzki (2014) podają, że zazwyczaj wywiad ten można przeprowadzić w trakcie jednej 60- lub 90-minutowej sesji. W opisywanym badaniu czas trwania wywiadu wynosił jednak 30–90 minut, ponieważ ze względu na niekliniczny charakter próby osoby badane różniły się w znacznym stopniu w zakresie występowania objawów.

Informacje na temat doświadczeń krzywdzenia w dzieciństwie uzyskiwano dopiero w trakcie wywiadu na temat zespołu stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder*, PTSD, moduł F, zaburzenia lękowe wg DSM-IV-TR), który rozpoczyna się pytaniem o zdarzenia traumatyczne w ciągu życia i zawiera dodatkowe pytania na ten temat, m.in. o to, czy badany był kiedykolwiek ofiarą przemocy. Dzięki możliwości zadawania pytań dodatkowych w SCID-I wprowadzono rozszerzenie wywiadu polegające na ponownym zadawaniu takich samych pytań w odniesieniu tylko do okresu dzieciństwa, a także proszono badanych o ocenę relacji z rodzicami. Ważną kwestią w przypadku SCID-I jest to, że osoby, które potwierdzą doświadczenia krzywdzenia w dzieciństwie (bądź jakiegokolwiek innego zdarzenia traumatycznego lub związanego z silnym stresem), są jedynie zachęcane – ale nie naciskane – aby opowiadać o nich szczegółowo. Ogółem, spośród 98 badanych osób 58 relacjonowało doświadczenia krzywdzenia w dzieciństwie, pozostałe osoby ($n = 40$) nie potwierdziły, aby takie zdarzenia miały w ich życiu miejsce. Wśród osób relacjonujących doświadczenia krzywdzenia w dzieciństwie znalazły się osoby doświadczające przemocy i zaniedbywania,

ale także te, które jako znaczące dla swego dalszego życia wskazywały takie doświadczenia jak poprzedzony poważnymi konfliktami rozwód rodziców, którzy wiązał się z poczuciem doznanej krzywdy, lub śmierć rodzica, która wiązała się z poczuciem osamotnienia i zaniedbania. Odpowiedzi uzyskane na pytania dodatkowe w ramach modułu F poddano analizie jakościowej, która pozwoliła na wyodrębnienie kategorii doświadczeń krzywdzenia w dzieciństwie (tj. przed uzyskaniem dojrzałości w sensie metrykalnym). Najwięcej osób doświadczyło negatywnych następstw ze względu na alkoholizm ojca i towarzyszącą przemoc lub zaniedbywanie (14 osób), zaniedbywanie emocjonalne lub materialne (7 osób), bycie świadkiem lub uczestnikiem powtarzających się, poważnych konfliktów rodzinnych (7 osób), poprzedzony konfliktami rozwód rodziców i zaniedbywanie (6 osób), alkoholizm obojga rodziców i towarzyszącą przemoc lub zaniedbywanie (4 osoby), przemoc rówieśniczą w szkole (*bullying*; 4 osoby), przemoc fizyczną ze strony rodziców (3 osoby) i śmierć bliskiego członka rodziny (3 osoby). Pozostałe osoby relacjonowały nadmierną opiekuńczość i kontrolę ze strony rodzica (2 osoby), przemoc fizyczną i zaniedbywanie lub poważne konflikty (2 osoby), przemoc fizyczną i seksualną (1 osoba), alkoholizm matki (1 osoba), zaburzenie psychiczne (depresję) matki (1 osoba), zaburzenie psychiczne (schizofrenię) ojca (1 osoba), obciążenie opieką nad chorym członkiem rodziny (parentyfikacja; 1 osoba) oraz niemożność sprostania zbyt wysokim wymaganiom rodziców (1 osoba).

WYNIKI

Wskaźnik występowania obecnych zaburzeń psychicznych wg SCID-I w przypadku całej próby wyniósł 21,4%, a wskaźnik występowania zaburzeń w ciągu życia – 37,8%. Żadna z badanych 98 osób nie zgłaszała objawów psychotycznych. W trakcie rozmowy wstępnej 33,7% z nich zgłaszało występujące obecnie objawy natury psychologicznej, 54,1% – objawy somatyczne, a 56,1% – że aktualnie nie doświadcza stresu. Wśród objawów psychologicznych najczęściej zgłaszano: obniżenie nastroju, częste martwienie się, przewlekłe zmęczenie, stan stresu i nerwowość, a wśród objawów somatycznych – bóle płaców i głowy, nadwagę i problemy gastryczne. Wśród bieżących stresorów najczęściej wymieniano problemy w związku lub rodzinne, obciążającą lub monotonną pracę i brak czasu wolnego. Z kolei jakiegokolwiek objawów subklinicznych, tj. niespełniających kryteriów żadnego z zaburzeń uwzględnianych w SCID-I, a więc niewystarczających do postawienia diagnozy, ale obniżających jakość życia i potencjalnie zwiastujących wystąpienie zaburzeń, doświadczało 66,3% badanych.

Jeżeli chodzi o porównanie osób, które relacjonowały, że były krzywdzone w dzieciństwie, z osobami bez takich doświadczeń, to obie grupy nie różniły się między sobą istotnie ze względu na płeć, wiek, stan cywilny i wykształcenie. W grupie osób krzywdzonych w dzieciństwie w porównaniu z osobami bez tego typu doświadczeń więcej było jedynie pracujących na umowy okresowe, bez stałego zatrudnienia (34,5% vs 7,5%), ale z kolei mniej było bezrobotnych (8,6% vs 15%).

Okazało się, że przypadku modułu przesiewowego w SCID-I osoby krzywdzone w dzieciństwie zgłaszały bardziej nasilone objawy psychopatologii w porównaniu z osobami bez tego typu doświadczeń ($t = 3,56, p = 0,001$). Ponadto istotnie częściej zgłaszały one w trakcie rozmowy wstępnej, że dokuczają im obecnie jakiegokolwiek objawy natury psychologicznej ($\chi^2 = 5,56, p = 0,017$), jak również dolegliwości somatyczne ($\chi^2 = 12,68, p < 0,001$) i bieżący stres ($\chi^2 = 7,13, p = 0,008$). Osoby krzywdzone w dzieciństwie istotnie częściej relacjonowały również, że w przeszłości korzystały z konsultacji lekarza psychiatry lub psychologa ($\chi^2 = 11,44, p = 0,001$) lub były leczone farmakologicznie z powodu stanu zdrowia psychicznego (zgłosiło to siedem osób z grupy osób krzywdzonych w dzieciństwie i żadna z osób bez tego typu doświadczeń; $\chi^2 = 5,14, p = 0,023$).

W grupie osób relacjonujących krzywdzenie w dzieciństwie 21 (36,2%) otrzymało diagnozę bieżącego zaburzenia według SCID-I (a więc osoby te spełniały w chwili badania kryteria diagnostyczne co najmniej jednego zaburzenia z osi I DSM-IV-R), natomiast w grupie bez tego typu doświadczeń – nikt ($\chi^2 = 18,43, p < 0,001$). W przypadku diagnozy w ciągu życia (a więc obejmującej zarówno rozpoznanie aktualne, jak i objawy występujące kiedykolwiek w przeszłości) rozpoznanie otrzymały 32 osoby z grupy osób krzywdzonych w dzieciństwie w porównaniu z pięcioma osobami z grupy bez tego typu doświadczeń (55,2% vs 12,5%, $\chi^2 = 18,34, p < 0,001$). W tabeli 1 zawarto informacje na temat tego, jakie rozpoznania wg SCID-I otrzymały osoby badane z obu grup.

Tabela 1

Liczba osób z diagnozą zaburzenia bieżącego i w ciągu życia wg SCID-I w grupach osób krzywdzonych w dzieciństwie oraz osób bez takich doświadczeń

Diagnoza	Osoby bez doświadczeń krzywdzenia w dzieciństwie (n = 40)		Osoby krzywdzone w dzieciństwie (n = 58)	
	Bieżąca	W ciągu życia	Bieżąca	W ciągu życia
Agorafobia	-	-	1	1
Depresja (duże zaburzenie depresyjne)	-	-	2	2
Depresja i fobia swoista	-	-	-	1
Depresja i fobia społeczna	-	1	-	1
Depresja, zaburzenie lękowe NOS i kompulsyjne objadanie się	-	-	-	1
Zaburzenie depresyjne NOS	-	-	1	1
Zaburzenie depresyjne mniejsze	-	1	-	-
Zaburzenie dystymiczne	-	-	1	-
Zaburzenie dystymiczne i duża depresja	-	-	-	1
Zaburzenie cyklotymiczne i bulimia	-	-	1	1
GAD	-	-	4	1
GAD i fobia społeczna	-	-	1	1
GAD, zaburzenie dystymiczne i fobia społeczna	-	-	1	1
GAD i depresja	-	-	-	3
GAD, depresja i zaburzenie bólowe	-	-	-	1
PTSD	-	-	2	2
PTSD i depresja	-	-	1	2
PTSD i fobia społeczna	-	-	1	-
PTSD, fobia społeczna i depresja	-	-	-	1
PTSD i kompulsyjne objadanie się	-	-	1	-
PTSD, kompulsyjne objadanie się i depresja	-	-	-	1
PTSD i zaburzenie lęku napadowego	-	-	-	1
PTSD i nadużywanie alkoholu	-	1	-	-
Fobia społeczna	-	1	-	-
Zaburzenie lękowe NOS	-	-	3	5
Nadużywanie alkoholu	-	-	1	1
Nadużywanie substancji	-	-	-	1
Kompulsyjne objadanie się	-	-	-	1
Zaburzenie przystosowania (adaptacyjne)	-	1	-	1
Łącznie	0	5	21	32

GAD (*generalized anxiety disorder*) – uogólnione zaburzenie lękowe; PTSD (*posttraumatic stress disorder*) – zespół stresu pourazowego; NOS (*not otherwise specified*) – bliżej nieokreślone

Ponadto okazało się, że spośród osób z grupy krzywdzonych w dzieciństwie 50% spełnia kryteria więcej niż jednego zaburzenia psychicznego wg SCID-I w ciągu życia (16 z 32 w porównaniu z jedną z pięciu w grupie osób bez doświadczeń krzywdzenia w dzieciństwie). Co ciekawe, jeśli chodzi o zgłaszane symptomy o charakterze subklinicznym (a więc niespełniające kryteriów diagnostycznych zaburzeń), nie uzyskano istotnej statystycznie różnicy między grupami. Wśród zgłaszanych objawów tego typu znalazły się pojedyncze ataki paniki, obniżony nastrój, nasilony lęk przed owadami, wysokością lub pobieraniem krwi, lęk społeczny oraz problemowe używanie alkoholu.

Testowano także różnice między grupami w zakresie występowania zdarzeń traumatycznych w życiu późniejszym, po okresie dzieciństwa (informacje z modułu F, PTSD). Okazało się, że osoby krzywdzone w dzieciństwie zgłaszały ich istotnie więcej w porównaniu z osobami bez takich doświadczeń ($\chi^2 = 4,09, p = 0,04$). Wśród uczestników z tej grupy znajdowało się również więcej osób o wysokim nasileniu objawów zespołu poznawczo-uwagowego ($\chi^2 = 4,20, p = 0,04$). Ze względu na to, że w grupie, która nie relacjonowała krzywdzenia w dzieciństwie, pięć osób otrzymało diagnozę w ciągu życia wg SCID-I, w celach eksploracyjnych przeanalizowano zapisy przeprowadzonych z nimi wywiadów. Okazało się, że trzy spośród tych osób (z diagnozą mniejszego zaburzenia depresyjnego, fobii społecznej i zaburzenia adaptacyjnego) zgłaszały w przeszłości okresy nasilonego stresu życiowego wiążącego się z relacjonowanymi objawami psychopatologii (było to porzucenie przez partnera i samotne rodzicielstwo, nadopiekuńczość rodziców i okres egzaminów na studia oraz diagnoza zaburzenia u dziecka i związane z nią trudności). Kolejna osoba (diagnoza PTSD i nadużywania alkoholu) była w dzieciństwie świadkiem tragicznej śmierci nieznanego osoby. Jedynie w przypadku osoby z podwójną diagnozą depresji i fobii społecznej nie udało się zidentyfikować występującego równocześnie środowiskowego czynnika ryzyka.

Dodatkowo analizowano także to, jakie doświadczenia z dzieciństwa relacjonowały osoby, które nie otrzymały diagnozy w ciągu życia wg SCID-I. Były wśród nich alkoholizm ojca i związana z nim przemoc lub zaniedbywanie, bycie świadkiem poważnych konfliktów rodzinnych, przemoc fizyczna ze strony rodzica i przemoc rówieśnicza. Zestawienie na temat doświadczeń krzywdzenia w dzieciństwie w grupach osób z diagnozą i bez diagnozy zaburzeń w ciągu życia wg SCID-I przedstawiono w tabeli 2. Warto nadmienić, że ze względu na potrzebę uszczegółowienia wyników tym razem kategorię „alkoholizm ojca oraz przemoc lub zaniedbywanie” rozbito na dwie podkategorie „alkoholizm ojca i współwystępująca przemoc (fizyczna i emocjonalna)” oraz „alkoholizm ojca i zaniedbywanie”.

Tabela 2

Liczba osób relacjonujących doświadczenia krzywdzenia w dzieciństwie w grupach z diagnozą i bez diagnozy zaburzenia w ciągu życia wg SCID-I

Rodzaj krzywdzenia	Osoby bez diagnozy zaburzenia w ciągu życia (n = 61)	Osoby z diagnozą zaburzenia w ciągu życia (n = 37)	Cała próba (N = 98)
Alkoholizm ojca	2	1	3
Alkoholizm ojca i przemoc	2	7	9
Alkoholizm ojca i zaniedbywanie	2	-	2
Alkoholizm rodziców i przemoc	-	2	2
Alkoholizm rodziców i zaniedbywanie	2	-	2
Alkoholizm matki	-	1	1
Zaniedbywanie	4	3	7
Rozwód rodziców i zaniedbywanie	4	2	6
Poważne konflikty	4	3	7
Przemoc fizyczna	2	1	3
Przemoc fizyczna i zaniedbywanie lub konflikty	1	1	2
Przemoc fizyczna i seksualna	-	1	1
Śmierć bliskiego członka rodziny	1	2	3
Nadmierna opiekuńczość i kontrola	-	2	2
Zaburzenie psychiczne rodzica	-	2	2
Opieka nad chorym członkiem rodziny	-	1	1
Nadmierne wymagania rodziców	-	1	1
Przemoc rówieśnicza	2	2	4
Łącznie	26	32	58

W ramach modułu F wywiadu SCID-I badanych pytano również o ocenę relacji z rodzicami. Osoby, które uzyskały diagnozę w ciągu życia wg SCID-I, istotnie rzadziej niż osoby bez takiej diagnozy oceniały relacje ze swoimi rodzicami jako dobre czy bardzo dobre lub wskazywały, że miały w okresie dzieciństwa bliską relację z co najmniej jedną osobą dorosłą ($\chi^2 = 34,09$, $p < 0,001$).

OMÓWIENIE I WNIOSKI

Ogólnie uzyskane wskaźniki występowania zaburzeń psychicznych z osi I DSM-IV-TR wg wywiadu SCID-I w badanej próbie (21% w przypadku diagnozy bieżącego

zaburzenia, 38% w przypadku diagnozy w ciągu życia) należy uznać za wysokie. Są one jednak porównywalne ze wskaźnikami rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej uzyskiwanymi we współczesnych badaniach epidemiologicznych. Metaanaliza 174 takich badań z 63 krajów (Steel i in., 2014), w których stosowano różne metody diagnozowania, wykazała, że zsumowany (tj. dla danych połączonych) wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w ciągu życia w Europie wynosi 35%, a zsumowany wskaźnik rozpowszechnienia w ciągu ostatnich 12 miesięcy – 17% (zsumowany wskaźnik bieżącego rozpowszechnienia wg DSM-IV to również 17%). Autorzy metaanalizy konkludują, że można uznać, iż na całym świecie około jedna osoba na pięć w ciągu ostatniego roku spełniała kryteria co najmniej jednego zaburzenia psychicznego. W Polsce jak dotychczas jedynym badaniem epidemiologicznym tego typu jest badanie EZOP Polska (Kiejna i in., 2015), które przeprowadzono z udziałem 10 tys. osób i w którym zastosowano *Złożony międzynarodowy kwestionariusz diagnostyczny* (CIDI) Światowej Organizacji Zdrowia. Okazało się, że przynajmniej jedno zaburzenie w ciągu życia można rozpoznać u 23% Polaków (u 21% osób zamieszkujących województwo mazowieckie). Jest to wskaźnik niższy nie tylko od uzyskanego w niniejszym badaniu, ale i od otrzymywanych w innych badaniach epidemiologicznych, co autorzy tłumaczą tym, że współczynnik zrealizowanych wywiadów wyniósł 50%. W niniejszym badaniu wyższe wskaźniki rozpowszechnienia można natomiast wiązać z tym, że osoby badane pochodziły głównie z Warszawy i częściej były kobietami, a mieszkańcy dużych miast, szczególnie kobiety, są obciążone większym ryzykiem zaburzeń psychicznych (Kiejna i in., 2015). Kolejną ważną kwestią jest to, że do badania zostały wyselekcjonowane osoby z wysokim lub niskim nasileniem tendencji do ruminacji. Nie uwzględniono zatem osób o średnim nasileniu tej cechy, chociaż na podstawie przeglądu piśmiennictwa uprawnione jest twierdzenie, że nasilone ruminowanie idzie w parze z objawami psychopatologii, zwłaszcza depresji i zaburzeń lękowych, a więc tzw. zaburzeń emocjonalnych (Ehring, Watkins, 2008). Może to tłumaczyć to, że większość zdiagnozowanych u uczestników zaburzeń należały właśnie do grupy zaburzeń emocjonalnych. Niższe niż w badaniach epidemiologicznych rozpowszechnienie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wynika natomiast najpewniej stąd, że już na etapie rekrutacji do badania za pomocą SCID-I wykluczano na podstawie pojedynczych pytań przesiewowych osoby z tego typu problemami.

Nawet jeśli weźmiemy poprawkę na swoisty dobór próby, różnica między osobami relacjonującymi krzywdzenie w dzieciństwie a osobami bez tego typu doświadczeń w występowaniu zaburzeń psychicznych – zarówno aktualnych, jak i w ciągu życia – jest zgodna z przewidywaniami i bardzo znacząca. Dominują zdecydowanie

zaburzenia emocjonalne (depresja, GAD, PTSD), co może być efektem doboru próby ze względu na tendencję do ruminacji. W grupie osób bez doświadczeń krzywdzenia w dzieciństwie żadna nie otrzymała diagnozy bieżącego zaburzenia z osi I DSM-IV-TR wg SCID-I, natomiast pięć uzyskało diagnozę w ciągu życia. Ponadto w grupie tych pięciu osób u czterech zidentyfikowano potencjalne środowiskowe czynniki ryzyka (bieżący stres), wiążące się z przejawianymi objawami. Informacje te mogą mieć znaczenie w kontekście licznych dowodów na to, że zarówno wcześniejsze doświadczenia krzywdzenia, jak i bieżący stres stanowią znaczące czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych (np. Gunnar, Vazquez, 2015; Riboni, Belzung, 2017). Z przeprowadzonych badań własnych wynika bowiem, że w zdecydowanej większości przypadków (a w zasadzie we wszystkich poza jednym) osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych doświadczyły albo krzywdzenia w dzieciństwie, albo stresu bieżącego, współwystępującego z objawami psychopatologii, a dodatkowo osoby krzywdzone w dzieciństwie relacjonowały także więcej stresorów w momencie przeprowadzania wywiadu SCID. Badanie to potwierdziło zatem nie tylko to, że krzywdzenie w dzieciństwie jest istotnym korelatem zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym, ale że jest nim również aktualnie doświadczany stres. Warto także nadmienić, że w grupie osób krzywdzonych w dzieciństwie w porównaniu z osobami bez tego typu doświadczeń więcej było pracujących na umowy okresowe, bez stałego zatrudnienia, co również może wiązać się z relacjonowanym przez nie aktualnym stresem i zwiększonym ryzykiem zaburzeń (por. Dooley, 2003).

W przeprowadzonym badaniu zwraca uwagę stosunkowo częste współwystępowanie zaburzeń. Faktycznie w grupie uczestników, którzy relacjonowali krzywdzenie w dzieciństwie, co druga osoba, która otrzymała diagnozę, spełniała również kryteria więcej niż jednego z zaburzeń z osi I DSM-IV-TR wg SCID-I. Tymczasem w badaniach EZOP Polska okazało się, że co czwarta badana osoba doświadczała więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej (Kiejna i in., 2015). Wyniki niniejszego badania można wiązać ze swoistym doбором próby – wybrano bowiem osoby o wysokim, a nie średnim nasileniu tendencji do ruminowania, tymczasem tendencja ta odpowiada za wysokie wskaźniki współwystępowania zaburzeń (Ehring, Watkins, 2008). Nie dziwi jednak to, że osoby relacjonujące krzywdzenie w dzieciństwie częściej od osób bez tego typu doświadczeń zgłaszały w rozmowie wstępnej objawy psychologiczne i somatyczne, a także na dalszych etapach wywiadu – zdarzenia traumatyczne w życiu dorosłym. Jest to zgodne z wynikami wielu innych badań na ten temat (por. Włodarczyk, 2017). Nie odnotowano natomiast różnicy między grupami w częstości relacjonowania objawów subklinicznych, co także jest zgodne z wynikami badań epidemiologicznych, które wykazują, że pewien

odsetek populacji ogólnej uskarża się na takie problemy jak stany obniżenia nastroju, przewlekły lęk czy drażliwość.

Zwraca uwagę, że najczęstszym z relacjonowanych doświadczeń krzywdzenia w dzieciństwie okazał się być problem alkoholowy rodziców, w szczególności ojców (ponad 18% badanych wskazało na takie przeżycia w dzieciństwie). Z niedawnego badania polskich studentów (Makaruk i in., 2018) wynika, że około 21% z nich wzrastało w tzw. rodzinach alkoholowych. Z kolei w badaniach epidemiologicznych EZOP okazało się, że 13% populacji poniżej 18 r.ż. ma rodzica z diagnozą zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (Wieczorek i in., 2015). Niektórzy autorzy (Gąsior, 2014; Karasowska, 2004) zauważają, że następstwa nadużywanie alkoholu przez rodziców są jednak różne, ponieważ dzieci wzrastające w rodzinach alkoholowych różnią się w znacznym stopniu pod względem niekorzystnych doświadczeń. Potwierdzają to wyniki przeprowadzonego badania, w którym wyodrębniono różne kategorie przeżyć związanych z alkoholizmem rodziców (relacjonowanie przez badanych samego nadużywania alkoholu oraz alkoholizm z towarzyszącą przemocą lub zaniedbywaniem), a ponadto zwraca uwagę (tab. 2) częstsze występowanie alkoholizmu i przemocy w grupie osób z diagnozą zaburzenia wg SCID-I w porównaniu z osobami, które nie otrzymały takiej diagnozy.

Można zastanawiać się, czy w przyszłości w podobnych badaniach nie lepiej byłoby zastosować także listy zdarzeń traumatycznych, w tym takiej odnoszącej się wyłącznie do okresu dzieciństwa, bowiem różne metody pomiaru przynoszą różne rezultaty, a wywiad (rozmowa osobista) może być sytuacją potencjalnie zniechęcającą do relacjonowania określonych przeżyć, takich jak np. przemoc seksualna. W innych badaniach wykazano jednak (Dragan, 2016), że zdarzenia wyróżnione w CIDI korelowały dodatnio z listą zdarzeń traumatycznych, zgodność między wskazaniami wyniosła ponad 60%, a liczba osób zgłaszających nadużycie seksualne w wywiadzie była wyższa niż tych, które wskazywały taką kategorię w kwestionariuszu polegającym na samoopisie. Wydaje się, że pytanie o doświadczenia traumatyczne w trakcie wywiadu diagnostycznego jest zatem dobrym sposobem uzyskiwania informacji na ten temat. Ponadto w przeprowadzonych badaniach pytano o nie nie na początku, ale mniej więcej w drugiej części wywiadu – po rozmowie wstępnej i pytaniach przesiewowych – co także należy uznać za zaletę.

Podsumowując, przeprowadzone badanie potwierdziło, że osoby relacjonujące doświadczenia krzywdzenia w dzieciństwie w porównaniu z osobami bez takich doświadczeń spełniają zdecydowanie częściej kryteria zaburzeń psychicznych (bieżących i w ciągu życia), zwłaszcza zaś emocjonalnych, z osi I DSM-IV-TR według SCID-I. Różnica między grupami jest znacząca, a ponadto stwierdza się w grupie

osób krzywdzonych częste współwystępowanie zaburzeń. Badanie potwierdziło także, że istotnym korelatem zaburzeń psychicznych jest bieżący stres.

E-mail autorki: malgorzata.dragan@psych.uw.edu.pl.

BIBLIOGRAFIA

- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217–225.
- Chen, L. P., Murad, H. M., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin, M. B., Seime, R. J., Shinozaki, G., Prokop, L. J., Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85, 618–629.
- Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Developmental Psychopathology*, 13(4), 981–999.
- Dragan, M. (2011). Terapia metapoznawcza. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Szkoły i metody* (s. 211–225). Warszawa: Eneteia.
- Dragan, M. (2016). *Problemowe picie alkoholu przez młode kobiety. Rola niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa i samoregulacji emocji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Dragan, M., Hardt, J. (2016). Childhood adversities and risk for problematic alcohol use. *Addictive Behaviors*, 59, 65–71.
- Dooley, D. (2003). Unemployment, underemployment, and mental health: conceptualizing employment status as a continuum. *American Journal of Community Psychology*, 32, 9–20.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453–1460.
- Ehring, T., Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192–205.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P)*. Nowy Jork, NY: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.

- Gąsior, K. (2014). Zróźnicowanie doświadczeń z dzieciństwa Dorosłych Dzieci Alkoholików. *Alkoholizm i Narkomania*, 27, 289–304.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives in General Psychiatry*, 67(2), 113–123.
- Gunnar, M. R., Vazquez, D. (2015). Stress neurobiology and developmental psychopathology. W: D. Cicchetti, D. J. Cohen (red.), *Developmental Neuroscience* (s. 533–577). Nowy Jork, NY: Wiley and Sons.
- GUS. (2016). *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Hardt, J., Schier, K., Dragan, M. (2011). Retrospektywna ocena dziecięcych doświadczeń osób dorosłych. Aspekty teoretyczne i metodologiczne. W: M. Świącicka (red.), *Metody diagnozy w psychologii klinicznej dziecka i rodziny* (s. 202–239). Warszawa: Paradygmat.
- Izdebska, A. (2010). Wpływ nieobecności ojca na rozwój psychoseksualny kobiet. W: M. Kujawska, L. Hubner (red.), *Postawy rodzicielskie współczesnych ojców* (s. 109–118). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa.
- Jarosz, E. (2009). *Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Karasowska, A. (2004). Krzywdzenie dzieci w rodzinie alkoholowej. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 3(3), 6–17.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., Eaves, L. J. (1992). Childhood parental loss and adult psychopathology in women: A twin study perspective. *Archives of General Psychiatry*, 49, 109–116.
- Kiejna, A., Piotrowski, P., Adamowski, T., Moskalewicz, J., Wciórka, J., Stokwiszewski, J., Kessler, R. C. (2015). The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure – an EZOP Poland study. *Psychiatria Polska*, 49(1), 15–27.
- Makaruk, K., Włodarczyk, J., Sethi, D., Michalski, P., Szredzińska, R., Karwowska, P. (2018). *Survey on adverse childhood experiences and associated health-harming behaviours among Polish students*. Kopenhaga: World Health Organisation.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 9(11), e1001349.

- Popiel, A., Pragłowska, E., Zawadzki, B. (2014). *Ustrukturalizowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń z osi I DSM-IV-TR*. Warszawa: Pracownia Testów PTP.
- Riboni, F. V., Belzung, C. (2017). Stress and psychiatric disorders: from categorical to dimensional approaches. *Current Opinions in Behavioral Sciences*, 14, 72–77.
- Reuben, A., Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Schroeder, F., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, R., Danese, A. (2016). Lest we forget: comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(10), 1103–1112.
- Schier, K. (2015). *Dorośle dzieci – psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, Ch., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493.
- Wieczorek, Ł., Wciórka, J., Stokwiszewski, J., Wojtyniak, B., Kiejna, A., Adamowski, T., Moskalewicz, J. (2015). Dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi i behawioralnymi związanymi z używaniem alkoholu. Komunikat z ogólnopolskich badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”. *Alcohol and Drug Addiction*, 28, 193–197.
- Włodarczyk, J. (2017). *Przemoc wobec dzieci. W: Dzieci się liczą. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

PSYCHIATRIC DISORDERS IN ADULTS WITH ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES: A STUDY WITH THE USE OF SCID-I

The aim of the study was to conduct structured clinical interviews for DSM-IV-TR (SCID-I) in non-clinical sample and to include in these interviews questions about childhood adverse experiences. The main research question was whether participants reporting childhood adverse experiences would be more likely to receive a diagnosis of an Axis I disorder according to SCID-I. A total of 98 participants were examined, of which 58 reported childhood adverse experiences. There were statistically significant differences in the prevalence of current and life-time diagnoses. In the group of participants reporting adverse experiences, 36.2% received a diagnosis of the current disorder, while no one in the group without such experiences. Life-time diagnosis was received by 55.2% participants who reported adverse experiences, compared to

12.5% from the group non-reporting such experiences. Participants reporting adverse experiences reported also more frequent current stress and had a comorbid diagnosis. Overall, the study confirmed that participants reporting childhood adverse experiences as compared to those without such experiences show more symptoms of psychopathology and more often meet the criteria for Axis I DSM-IV-TR disorder according to SCID-I.

KEYWORDS:

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES, PSYCHIATRIC DISORDERS, STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW

Cytowanie:

Dragan, M. (2018). Zaburzenia psychiczne u dorosłych krzywdzonych w dzieciństwie – badanie z zastosowaniem wywiadu strukturalizowanego SCID-I. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 9–25.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.