

Małgorzata Dąbkowska

Katedra i Klinika Psychiatrii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wpływ traumatycznych doświadczeń na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

The influence of traumatic events in childhood for youth's mental health

STRESZCZENIE

W badaniach dotyczących częstości traumatycznych wydarzeń życiowych wykazano, że dzieci są na nie narażone bardziej niż osoby dorosłe. Im młodszy wiek dziecka w momencie zaistnienia traumy, tym bardziej niekorzystne skutki dla zdrowia psychicznego dziecka. Porównując definicje stresora w kolejnych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych według amerykańskiej klasyfikacji chorób psychicznych (DSM), obserwuje się tendencje do uszczegółowienia i podkreślania wyjątkowości traumatycznego wydarzenia, które może wywołać zaburzenie zdrowia psychicznego. Szczególnie niekorzystny wpływ na zdrowie psychiczne mają traumatyczne wydarzenia w najwcześniejszym okresie dzieciństwa. Traumatyczne wydarzenia życiowe mogą inicjować lub zaostrzać różne zaburzenia psychiczne. Stres zwiększa ryzyko wystąpienia licznych objawów i schorzeń somatycznych. Ryzyko doświadczania wydarzeń traumatycznych, takich jak przemoc lub wypadek, rośnie wraz z liczbą stresorów związanych z rodziną. Wśród dzieci krzywdzonych dzieci z rodzin z problemem alkoholowym stanowią szczególną grupę. Specyfika ich codziennego życia sprawia, że stale odczuwają lęk, są bezradne i spięte. Trwanie w ciągłej niepewności i nieprzewidywalności wydarzeń wywołuje u dziecka poczucie braku stabilności, porządku życiowego, a w konsekwencji — brak kontroli nad swoim życiem.

słowa kluczowe: stres, traumatyczne wydarzenia życiowe, dzieciństwo, zdrowie psychiczne

Adres do korespondencji: dr med. Małgorzata Dąbkowska
ul. Kurpińskiego 19, 85-096 Bydgoszcz
tel.: (052) 585 42 56, faks: (052) 585 37 66
e-mail: kikpsych@amb.bydgoszcz.pl

Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2006; 4 (6): 161-164
Copyright © 2006 Via Medica

ABSTRACT

Research on frequency of traumatic life events has shown that children are subject to them on higher level than adults. The younger child is at the moment of trauma's appearance, the more negative are it's results in child's mental health. Having compared definitions of the stressor in subsequent classifications of mental disorders (according to the American classification of mental disorders DSM) one can observe tendencies to particularization and attaching importance to the exceptional meaning of traumatic event, which can cause disorder in mental health. Particularly, disadvantageous influence to mental health may be observed in the earliest period of childhood. Traumatic life events may initiate or sharpen various mental disorders. Stress increases the risk of many symptoms and somatic diseases' appearance. A risk of traumatic events experience such as violence or accident grows proportionally with the number of stressors connected with family. Among children to whom the harm is done, the children living in families with alcoholic problem form a particular population. Specific character of their everyday life makes those children feel anxious, helpless and tense. Staying with constant uncertainty, unpredictability of events makes child feel a lack of stability, lack of life's order and therefore a lack of inspection over its life.

key words: stress, traumatic life events, childhood, mental health

Wstęp

W badaniach dotyczących częstości traumatycznych wydarzeń życiowych wykazano, że dzieci są na nie narażone bardziej niż osoby dorosłe. Na terenach objętych wojną dzieci są najbardziej poszkodowaną grupą, nawet bardziej niż osoby bezpośrednio uczestniczące w działaniach bojowych. Traumatyczne prze-

życie związane z przemocą domową także ma głęboki negatywny wpływ, jeśli dotyczy członków rodziny w trakcie rozwoju. Im młodszy wiek dziecka w momencie zaistnienia traumy, tym bardziej niekorzystne skutki dla zdrowia psychicznego dziecka. Porównując definicje stresora w kolejnych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych według amerykańskiej klasyfikacji chorób psychicznych (DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), obserwuje się tendencje do uszczegółowienia i podkreślenia wyjątkowości traumatycznego wydarzenia, które może wywołać zaburzenie zdrowia psychicznego. Jednocześnie istnieje świadomość subiektywnej oceny każdego wydarzenia i wpływu licznych zmiennych na odbiór doświadczeń życiowych.

W klasyfikacji DSM-III traumatyczne wydarzenie to możliwy do wyodrębnienia stresor, który może wywołać znaczące objawy dystresu prawie u każdej osoby [1]. Według klasyfikacji DSM III-R stresor to zdarzenie znajdujące się poza zakresem normalnych ludzkich przeżyć, które może odgrywać istotnie zakłócającą rolę niemal dla wszystkich osób [2]. W klasyfikacji DSM-IV definicja stresora jest najszersza; zdarzenie to wiąże się z rzeczywistą śmiercią, zagrożeniem życia bądź poważnym zranieniem, zagrożeniem własnej fizycznej integralności czy innych osób. Reakcja może obejmować intensywny strach, poczucie bezradności lub odczucie makabryczności sytuacji (u dzieci może się to wyrażać poprzez dezintegrację lub pobudzenie) [3].

Wyniki badań wskazują na niepokojąco duże rozpowszechnienie traumatycznych zdarzeń w życiu dzieci, które, według różnych badań, wynosi 59%, a nawet 70% [4, 5]. W polskim badaniu dotyczącym wyselekcjonowanej grupy społecznej (studentów) aż 23% badanych potwierdziło fakt przemocy fizycznej w dzieciństwie [6]. Traumatyczne wydarzenia życiowe mogą inicjować lub zaostrzać różne zaburzenia psychiczne. W retrospektywnych badaniach pacjentów z chorobami psychicznymi, jak schizofrenia czy schorzenia afektywne, wykazano zdecydowanie większą częstość traumatycznych wydarzeń w porównaniu ze zdrowymi osobami. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi w dzieciństwie zatrważająco często byli narażeni na przemoc fizyczną lub wykorzystanie seksualne. Według różnych autorów 45–92% pacjentów z zaburzeniami psychicznymi przeżyło traumatyczne doświadczenia [7–9]. W badaniach Lipschitsa i wsp. [10, 11] aż 61% pacjentów psychiatrycznych było w dzieciństwie zaniedbywanych emocjonalnie, a 37% — wykorzystywanych seksualnie; aż 44% doznawało przemocy fizycznej, a u 52% można było stwierdzić nadużycia emocjo-

nalne. Bolesne wydarzenia mogą bezpośrednio poprzedzać wystąpienie objawów choroby lub skutki mogą się kumulować przez dłuższy czas, a kolejne zdarzenie, nawet po długim czasie, wywoła zaburzenie psychiczne. Szczególnie niekorzystny wpływ na zdrowie psychiczne wywierają traumatyczne wydarzenia w najwcześniejszym okresie dzieciństwa. Nadużycia w dzieciństwie wielokrotnie potęgują ryzyko licznych chorób psychicznych; stwierdzono 4,7-krotnie zwiększając ryzyko uzależnienia od substancji psychoaktywnych, 2,2-krotnie ryzyko uzależnienia od alkoholu, 3,7-krotnie ryzyko prób samobójczych, 3,2-krotnie ryzyko hospitalizacji psychiatrycznych. U pacjentów, którzy doświadczyli traumatycznych przeżyć w dzieciństwie, w przebiegu choroby psychicznej obserwuje się większą liczbę objawów somatycznych, wyższą punktację w skalach depresji, lęku i somatyzacji. W grupie tej odnotowano większe ryzyko zachorowania na depresję oraz zaburzenia lękowe. Osoby te charakteryzują się większą nadwrażliwością w kontaktach interpersonalnych. W badaniach epidemiologicznych wykazano, że narażenie na wydarzenia traumatyczne w dzieciństwie sprzyja w dorosłości korzystaniu z opieki społecznej, problemom zdrowotnym, rozwojowi chorób, a także szybszej śmierci.

Neurobiologia stresu

Pod wpływem psychologicznego stresu neuroony okolicy nadwzrokowej podwzgórza wydzielają kortykoliberynę (CRH, *corticotropin-releasing hormone*), pod wpływem której następuje sekrecja hormonu adrenokortykotropowego (ACTH, *adrenocorticotropin hormone*) z przedniego płata przysadki. Kora nadnerczy zostaje stymulowana do wydzielania glukokortykoidów. Następuje wiązanie się w układzie limbicznym glukokortykoidów z receptorami. Receptory funkcjonują jako białka wiążące DNA. Pod wpływem przyłączenia glukokortykoidów do receptora następuje modyfikacja transkrypcji genów wpływających na strukturę i funkcję neuronów. Stres we wczesnym okresie rozwojowym zaburza początkową nadprodukcję połączeń neuronalnych, czego następstwem w późniejszym okresie jest deficyt połączeń synaptycznych. Pod wpływem stresu następuje spadek liczby receptorów benzodiazepinowych, wzrost stężenia dopaminy, spadek stężenia serotoniny w jądrach migdałowatych. Prowadzi to do zmniejszenia kontroli nad zachowaniami agresywnymi i seksualnymi. Pod wpływem stresu następuje spadek objętości ciała modzelowatego i zmniejszenie połączeń między półkulami mózgu. Zwiększona lateralizacja

sprzyja zachowaniom antyspołecznym i rozwojowi osobowości z pogranicza (*borderline*). Osoby te są wtórnie narażone na kolejne traumatyczne doświadczenia. Najbardziej wrażliwe na stres okolice mózgu to hipokamp, jądro migdałowe i ciało modzełowe. Powstała pod wpływem stresu hiperkortyzolemia wzmacnia wrażliwość mózgu na hipoksję, hipoglikemię i inne czynniki toksyczne. Hiperkortyzolemia powoduje zmniejszenie ekspresji czynników neurotroficznych w obszarze hipokampu, obniżenie odporności immunologicznej i większą podatność na choroby, między innymi autoimmunologiczne i onkologiczne. Na skutek urazów doznanych w dzieciństwie obserwuje się zmiany strukturalne mózgu. U dzieci, które doświadczyły przemocy, odnotowano zmiany w układzie limbicznym (hipokampu, jądra migdałowego, przegrody) oraz stwierdzono niespecyficzne zmiany w EEG związane z zaburzeniami w układzie limbicznym i asymetrią półkulową [12, 13]. Wydarzenia we wczesnym dzieciństwie mogą wpływać na zmianę lateralizacji półkul mózgowych.

Przemoc w dzieciństwie powoduje deficyty poznawcze. Stwierdzane deficyty funkcji werbalnych są spowodowane zmianami w lewej półkuli. Zwłaszcza wykorzystywanie seksualne zniekształca przebieg przetwarzania przeżyć na poziomie funkcji poznawczych. Z kolei dzieci wychowywane przez instytucje są przekonane o bezsensowności planowania, co prowadzi do działań impulsywnych i stwarza ryzyko niebezpiecznych sytuacji. Pod wpływem przeżyć dzieci tworzą własne wzorce, takie jak koncepcja samego siebie i relacji z otoczeniem. Skutki psychologiczne mają charakter długofalowy. Traumatyczne wydarzenia z wczesnego dzieciństwa wpływają w późniejszym okresie życia na nieadekwatne podejmowanie ról społecznych, specyficzny sposób myślenia, gorszą samoocenę, a także wywołują poczucie bezradności i zależność od innych.

Wrażliwość na stres

Dotychczasowe wyniki badań nad wpływem stresu na zdrowie psychiczne człowieka wyraźnie wskazują na znaczące różnice we wrażliwości czy odporności na stres u poszczególnych osób. Podatność na urazy psychiczne jest wynikiem działania bardzo różnorodnych czynników i dopiero suma wpływów prowadzi do ujawnienia się zaburzeń psychicznych po doświadczeniu przeżycia traumatycznego. Złożona jest także rola dziedziczenia w indywidualnej podatności na działanie szkodliwych czynników środowiskowych. Istotne są indywidualne czynniki genetyczne właściwe dla danej osoby, jednostkowe

cechy środowiskowe działające na każdego osobno (sposób traktowania poszczególnych dzieci w rodzinie, pozycja dziecka), wspólne cechy środowiska czy wpływ pośrednich czynników genetycznych, jak cechy dziecka kształtujące stosunek rodziców do niego. Modyfikacja dziecięcej odpowiedzi na stres zależy od wieku, w jakim dziecko doznało urazu, okresu rozwojowego, genetycznej wrażliwości, cech osobowości, czynników zewnętrznych (jak np. wsparcie społeczne), stanu zdrowia dziecka oraz jakości wcześniejszych relacji rodzice–dziecko. Najistotniejszymi czynnikami chroniącymi dziecko przed istotnym stresem są: dobre funkcjonowanie rodziny, wyższy wynik w skali IQ i dobre zdrowie psychiczne matki [4, 14]. Szczególnie traumatyczny wpływ na zdrowie psychiczne dziecka ma pozbawienie go opieki matki. W badaniach na zwierzętach, w których oceniano znaczenie deprywacji opieki matczynej, zanotowano, że negatywne skutki zależą od szczególnie niekorzystnego momentu rozwojowego. Pod wpływem pozbawienia opieki matki u oseków szurczych obserwuje się zmiany czynności osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (HPA, *hypothalamic-pituitary-adrenal*), takie jak: wzrost wydzielania kortykoliberyny (CRH) w podwzgórzu, wzrost stężenia CRH w płynie mózgowo-rdzeniowym, wzrost ekspresji CRHmRNA w podwzgórzu, jądrze migdałowym i miejscu sinawym, zwiększenie wydzielania ACTH w przysadce oraz redukcja neurogenezy w hipokampie.

Przeżycie traumatyczne zostawia ślad w pamięci w każdym wieku [15]. Pierwsze badanie obejmujące wpływ przeżyć traumatycznych u dzieci do 3. roku życia przeprowadzono dopiero w latach 90. XX wieku [15].

Ryzyko doświadczenia wydarzeń traumatycznych, takich jak przemoc lub wypadek, rośnie z liczbą stresorów związanych z rodziną (np. bieda, bezrobocie rodziców, zażywanie przez rodziców narkotyków, nadużywanie alkoholu) [16]. Wskutek doświadczeń wynikających z przemocy domowej ból ofiar jest tym większy, im bliższa jest osoba agresora. W przypadku dzieci rodzaj doznanej krzywdy wpływa na późniejsze zachowania ofiar. Uważa się, że fizyczna przemoc sprzyja późniejszym zachowaniom agresywnym, a wykorzystywanie seksualne — zachowaniom lękowym [4]. Szczególnie traumatycznym rodzajem przemocy jest dla dziecka obserwowanie agresji w domu w stosunku do osoby najbliższej dziecku. Najczęściej dotyczy to przemocy ze strony konkubenta skierowanej w stronę matki dziecka [17]. U dorosłych skutki krzywdzenia w dzieciństwie powodują zmiany fizjologicznych reakcji na sytuacje stresowe, mniej skuteczna jest u nich regulacja emo-

cji, podważone zostaje zaufanie; osoby takie przejawiają nieadekwatne adaptacyjne przekonania o samym sobie i przyszłości, a także zmiany w postrzeganiu świata, niekiedy zaburzenia dysocjacyjne lub zachowania agresywne. Wśród krzywdzonych dzieci szczególną populację stanowią osoby z rodzin z problemem alkoholowym. Szacuje się, że w Polsce w tych rodzinach żyje 1,5–2 mln dzieci. Specyfika ich codziennego życia sprawia, że stale odczuwają lęk, są bezradne i spięte. Różne formy zachowań agresywnych i represyjnych ze strony rodziców, zaniedbywanie obowiązków opiekuńczych i potrzeb dziecka destrukcyjnie wpływają na jego zdrowie fizyczne i psychiczne oraz na proces rozwoju. Podstawowym źródłem zagrożeń jest stan długotrwałego napięcia i stresu. U tych dzieci trwanie w ciągłej niepewności i nieprzewidywalności wydarzeń wywołuje poczucie braku stabilności, porządku życiowego, a w konsekwencji — brak kontroli nad swoim życiem [18]. Wyniki wielu prac wskazują, że przemoc fizyczna czy nadużycia seksualne w dzieciństwie wpływają na częstotliwość zaburzeń psychicznych w dorosłym wieku, takich jak: zaburzenia lękowe, depresja, wzrost ryzyka próby samobójczej, schizofrenia, uzależnienia, zaburzenia osobowości [19]. Stres zwiększa ryzyko wystąpienia licznych objawów i schorzeń somatycznych, jak: cukrzyca, bóle głowy, choroba Gravesa-Basedowa, półpasiec, choroba wrzodowa, choroby autoimmunologiczne i onkologiczne [20]. Doświadczenie traumatycznych wydarzeń przez dziecko powoduje poważne skutki psychiczne wywołujące zmiany biologiczne w mózgu, a także upośledzające zdrowie psychiczne, funkcjonowanie społeczne i intelektualne. Wiedza lekarza na temat wpływu traumatycznych przeżyć w dzieciństwie na zdrowie psychiczne może się przyczynić do wnikliwej oceny sytuacji dziecka, zwłaszcza rodzinnej, co pozwoli objąć opieką psychologiczną i psychiatryczną ofiary traumy.

PIŚMIENNICTWO

1. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th edition (DSM-III). American Psychiatric Association 1980.
2. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th Edition Revised (DSM-III-R). American Psychiatric Association 1987.
3. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition (DSM-IV). American Psychiatric Association 1994.
4. Silva R., Alpert M., Munoz D., Singh S., Matzner F., Dummit S. Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157: 1229–1230.
5. Fitzpatrick K.M., Boldizar J.P. The prevalence and consequences of exposure to violence among African-American youth. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1992; 32: 424–430.
6. Lis-Turlejska M. Rozpowszechnienie traumatycznych zdarzeń oraz objawów potraumatycznych w nieklinicznej próbie studentów wyższych uczelni. W: Strelau J. (red.). *Osobowość a ekstremalny stres*. GWP, Gdańsk 2004: 100–118.
7. Goodman L., Rosenberg S., Mueser T., Drake R. Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment and future research directions. *Schizophr. Bull.* 1997; 23: 685–696.
8. Read J. Child abuse and psychosis: a literature review and implications for professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice* 1997; 28: 448–456.
9. Ito Y., Teicher M., Glod C., Harper D., Magnus E., Gelbard H. Increased prevalence of electrophysiological abnormalities in children with psychological, physical and sexual abuse. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 1993; 5: 401–408.
10. Lipschitz D., Kaplan M., Sorkenn J., Faedda G., Chorney P., Asnis G. Prevalence and characteristics of physical and sexual abuse among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services* 1996; 47: 189–191.
11. Lipschitz D., Winegar R., Nicolaou A., Hartnick E., Wolfson M., Southwick S. Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1999; 187: 32–39.
12. Teicher M., Glod C., Surrey J., Swett C. Early childhood abuse and limbic system ratings in adult psychiatric outpatients. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 1993; 5: 301–306.
13. Teicher M., Ito Y., Glod C., Andersen S., Dumont N., Ackerman E. Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. W: Yehuda R., McFarlane A. (red.). *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*. *Ann. NY Acad. Sci.* 1997; 821.
14. Tiet Q., Bird H.R., Davies M. i wsp. Adverse life events and resilience. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psych.* 1998; 37: 1191–1200.
15. Terr L. What happens to the memories of early childhood trauma? *J. Am. Ac. Child and Adol. Psych.* 1998, 27: 96–104.
16. Costello E.J., Erkanli A., Faibank J.A., Angold A. The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *J. Traum. Str.* 2002; 15: 99–112.
17. Jaffe P., Wolfe D., Wilson S., Zalc L. Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. *Am. J. Orthopsych.* 1986; 56: 142–146.
18. Raine A. Autonomic nervous system factors underlying disinhibited, antisocial and violent behaviour: biosocial perspectives and treatment implications. *Ann. NY Acad. Sci.* 1996; 794: 46–59.
19. Hefferan K., Cloitre M. A comparison of post traumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with history childhood sexual abuse: etiological and clinical characteristics. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2000; 188: 589–595.
20. Dudek D. Stres i depresja — próba integracji podejścia biologicznego i psychospołecznego. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2002; 1: 1–7.