

STRESOGENI ŽIVOTNI DOGAĐAJI I UNIPOLARNA DEPRESIJA

**Srdan Bokonjić¹, Dušica Lečić-Toševski^{1,2}, Ivana Peruničić¹,
Jasmina Pavlov-Sofronijević¹, Jelica Bokonjić³, Nikola Jovanović¹**

¹ Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

² Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

³ Dom zdravlja "Dr. Simo Milošević", Beograd, Srbija

Apstrakt: Poslednjih četrdeset godina istraživanja stresogenih životnih događaja (SŽD) u fokusu su istraživanja depresije, ali priroda veze između njih i unipolarne depresije još uvek je nejasna. Integrativni pristup lečenju depresije podrazumeva razmatranje brojnih etioloških faktora, među kojima važno mesto imaju SŽD koji prethode depresivnoj epizodi. Cilj ovog istraživanja bio je da se ispituju stresogeni životni događaji koji prethode prvoj i rekurentnoj epizodi unipolarne depresije. Uzorak su činili 55 pacijenata Dnevne bolnice za afektivne poremećaje Instituta za mentalno zdravlje koji su dijagnostikovani prema MKB-10 kriterijumima kao prva ili rekurentna depresivna epizoda: umerena, teška i teška sa psihotičnim simptomima. Kontrolnu grupu sačinjavale su 55 zdrave osobe kod kojih nikada nije bio dijagnostikovani nijedan psihijatrijski poremećaj. U istraživanju su korišćeni: semistrukturirani psihijatrijski intervju, socio-demografski upitnik, Paykelova skala životnih događaja, upitnici za procenu partnerskih i porodičnih relacija, kao i stresora vezanih za radno mesto i materijalno stanje (koji su specijalno konstruisani za ovu studiju). Inicijalna evaluacija SŽD odnosila se na poređenje ukupnog broja SŽD između studijske i kontrolne grupe. U sledećem koraku stresori ispitivane grupe korelirani su sa kontrolnom grupom, pojedinačno i po klasterima. Analizirali smo i odnos frekvenci SŽD i depresivne epizode, s obzirom na njenu težinu i rekurentnost. Naši rezultati su pokazali da SŽD prethode prvim i rekurentnim depresivnim epizodama unipolarne depresije u signifikantno većem broju ($p < 0.01$) u odnosu na kontrolnu grupu. Oni asociraju jače sa prvom nego sa rekurentnim epizodama ($p < 0.05$). Težina depresivne epizode nije korelirala sa brojem SŽD koji joj prethode. Najzastupljeniji su bili stresori vezani za lošu materijalnu situaciju i nezaposlenost, promenjene ili pogoršane uslove rada, loše bračne i porodične relacije ispitanika, kao i smrt ili tešku bolest bliskog člana porodice i tešku organsku bolest ispitanika. Prema našim nalazima stresori koji prate socijalnu tranziciju u našoj zemlji predstavljaju značajan faktor rizika za nastanak depresije. Naši rezultati sugerišu da SŽD u vezi sa (odraslom) decom, roditeljima i širom porodicom predstavljaju značajniji faktor rizika za razvoj depresije u našoj sredini, nego u "zapadnim kulturama". Diskutovane su moguće terapijske implikacije naših nalaza, kao i neka ograničenja u istraživanju SŽD.

Ključne reči: *depresija, životni događaji, porodica, socijalne promene*

Uvod

Istraživanja stresogenih životnih događaja (SŽD) već su četrdeset godina u fokusu studija depresije, ali je priroda veze između njih i unipolarne depresije još uvek nejasna. Brojne studije pokazale su da stresogeni životni događaji prethode prvim i rekurentnim epizodama unipolarne depresije u značajno većem broju u odnosu na kontrolne grupe [1,2]. Oni značajno utiču i na tok depresije, kvalitet remisije i učestalost relapsa [3,4]. Etiološki značaj ovih činjenica, međutim, nije dovoljno razjašnjen [3,4,5]. Na primer, iako većina depresivnih pacijenata doživljava SŽD pre početka depresivne epizode, samo mali broj ljudi koji su bili izloženi ovakvim stresorima postaju depresivni.

Rezultati nekih istraživanja ukazuju da je veza između stresora i početka depresivne epizode najslabija kod teških (često ‘melanholičnih’) rekurentnih depresija [6,7], pa to za pojedine istraživače predstavlja potvrdu teze da su za razvoj nekih “vrsta” unipolarnih depresija mnogo značajniji genetski od psihosocijalnih faktora [8]. U prilog tome govore i studije koje ukazuju da tzv. postpartalna depresija i bipolarni poremećaj, za koje se smatra da su u značajnoj meri genetski predisponirani, manje koreliraju sa SŽD [9,10]. U istom kontekstu tumače se i nalazi studija koje sugerišu da depresivne epizode kojima prethode SŽD imaju bolji ishod [11], mada to nije potvrđeno u drugim, slično dizajniranim istraživanjima [12]. Kontroverzni su i pokušaji da se neki SŽD označe kao specifični za razvoj unipolarne depresije [13], kao i nalazi da su pojedini stresori u kauzalnoj vezi sa određenim kliničkim slikama depresije [14]. Opšte prihvaćena je samo činjenica da su od većeg etiološkog značaja teški SŽD i kraći interval između njih i početka depresivne epizode [4,5,15].

Uglavnom je prihvaćena teza da genetski faktori mogu da povećaju vulnerabilnost individue da na stresore reaguje depresijom [4,5,16]. Izgleda da i sklonost ka ekspoziciji SŽD može biti posredovana genetskim faktorima. Kendlerove studije blizanaca [17] ukazuju da u gotovo trećini slučajeva ne postoji kazualna veza između SŽD i depresije. Ovaj autor smatra da osobe genetski predisponirane za razvoj unipolarne depresije zapravo same sebe dovode u rizične situacije i tako sami generišu SŽD. Određene crte ličnosti verovatno bi bile medijator u ovim procesima [4,17]. Tako bi “neuroticizam”, koji prema mnogim autorima [4,18,19] predstavlja faktor vulnerabilnosti za razvoj depresije, imao slične genetske faktore rizika kao i unipolarna depresija [20]. Treba napomenuti da još nisu savladane sve metodološke poteškoće u istraživanju crta ličnosti koje bi “predisponirale” razvoj unipolarne depresije [21].

Danas preovladava shvatanje da širok spektar bioloških, socijalnih i psiholoških etioloških faktora ima ulogu u genezi depresije. Oni deluju u različitom omeru na svaku individuu. Osim SŽD i genetskih faktora najčešće

se spominju “neuroticizam”, zlostavljanje u ranoj mladosti, prerani gubitak roditelja, kvalitet socijalne podrške i drugi [4,5,22,23].

Mali je broj istraživanja o uticaju stresa na depresiju u “nezapadnim kulturama”, pa se poslednjih godina takvim istraživanjima posvećuje veća pažnja [24,25] što, s obzirom na različite kulturološke i socio-ekonomske faktore, može biti od značaja.

Integrativni pristup lečenju depresije podrazumeva razmatranje multiplih etioloških faktora, među kojima važno mesto imaju SŽD koji prethode depresivnoj epizodi. Cilj našeg istraživanja bio je da ispita stresogene životne događaje koji prethode prvoj i rekurentnoj epizodi unipolarne depresije.

Metod

Uzorak

Uzorak se sastojao od 55 pacijenata, 36 žena (65.5%) i 19 muškaraca (34.5%), koji su lečeni u Dnevnoj bolnici za afektivne poremećaje Instituta za mentalno zdravlje (IMZ) u Beogradu. Prosečna starost ispitanika iznosila je 51.23 godine (SD=7.44), u rasponu od 28 do 66 godina. Struktura stručne sprema ispitanika bila je sledeća: niža stručna sprema 2 (3.6%) srednja stručna sprema 39 (70.9%), viša stručna sprema 7 (12.7%) i visoka stručna sprema 7 (12.7%).

Pacijenti su dijagnostikovani prema MKB-10 kriterijumima [26] kao prva ili rekurentna: depresivna epizoda umerene jačine (F32.1 – 20%; F33.1 – 12.7%); teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (F32.2 – 25.5%; F33.2 – 29.1%) i teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima (F32.3 – 3.6%; F33.3 – 9.1%).

Kontrolnu grupu sačinjavale su 55 zdrave osobe koje nikada nisu bolovale od bilo kakve psihijatrijske bolesti. Kontrolna grupa izjednačena je sa ispitivanom po starosti, polu i stručnoj spreml. Svi ispitanici potpisali su obrazac informisanog pristanka za učestvovanje u studiji, a dobijeni podaci su držani u diskreciji. Istraživanje je odobreno od strane Etičkog odbora Instituta za mentalno zdravlje i obavljeno je po principima kodeksa dobre naučne prakse Medicinskog fakulteta u Beogradu.

Procedura

U istraživanju je korišćen standardizovan socio-demografski upitnik (pol, starost, stručna sprema, zaposlenost, bračni status), procenjavani su relevantni podaci iz istorije bolesti (početak sadašnje epizode, broj dosadašnjih depresivnih epizoda i sl.), što je verifikovano tokom semistrukturisanog psihijatrijskog intervjua.

Stresogeni životni događaji registrovani su Paykelovom [27,28] skalom životnih događaja, koja obuhvata 61 SŽD. Označavani su događaji koji su ispitanici doživeli u okviru godinu dana pre početka aktuelne depresivne epizode, a kod kontrolne grupe godinu dana pre uzimanja podataka. Da

bismo detaljnije istražili stresore koji su posledica socijalne tranzicije i nekih kulturoloških obrazaca karakterističnih za našu zemlju, konstruisali smo dodatne upitnike za detaljniju procenu partnerskih i porodičnih relacija, kao i stresora vezanih za radno mesto i materijalno stanje.

Radi bolje analize i obrade, SŽD smo grupisali u 4 klastera, po oblastima života na koje se odnose: 1) SŽD u vezi sa bračnim (partnerskim) i porodičnim relacijama; 2) SŽD u vezi sa poslom (promene uslova rada, konflikti i sl); 3) SŽD u vezi sa finansijskim problemima i 4) SŽD u vezi sa gubikom posla/nezaposlenost. Podela po klasterima omogućila je da statističkom obradom budu obuhvaćeni i stresori koji zbog niske frekvence pojavljivanja, ne bi mogli biti adekvatno statistički obrađeni. SŽD koji su naši ispitanici doživljavali kao značajne, a koji nisu odgovarali ni jednoj stavki, uključili smo u odgovarajuće klastere, bez pojedinačne obrade.

Inicijalna evaluacija SŽD odnosila se na poređenje ukupnog broja SŽD između studijske i kontrolne grupe. U sledećem koraku stresori ispitanice grupe korelirani su sa kontrolnom grupom, pojedinačno i po klasterima.

Dalja analiza odnosila se na istraživanje unutar studijske grupe. Analizirali smo odnos frekvenci SŽD i depresivne epizode, s obzirom na njenu težinu i rekurentnost, tako što smo uporedili: 1) broj stresora koji prethode prvoj depresivnoj epizodi (F 32) sa onima koji prethode rekurentnim (F 33) depresivnim epizodama i 2) broj stresora koji prethode umerenim (F32.1, F33.1) sa onima koji prethode teškim depresivnim epizodama (F32.2, F32.3, F33.2 i F33.3). Dodatno, istražili smo frekvence SŽD unutar grupe pacijenata sa rekurentnim depresivnim poremećajem tako što smo uporedili broj stresora koji prethode umerenim (F33.1) sa onima koji prethode teškim depresivnim epizodama (33.2 i F 33.3).

Statistička analiza

U analizi distribucije socio-demografskih podataka korišćena je deskriptivna statistika, računati su procenti i frekvence. Za evidentiranje postojanja statistički značajnih razlika između grupa (pacijenti/kontrolna grupa; depresivna epizoda/rekurentni depresivni poremećaj; umerena depresivna epizoda/ teška depresivna epizoda; umerena rekurentna depresija/ teška rekurentna depresija) po ukupnom broju životnih događaja i po klasterima korišćen je t-test za nezavisne uzorke. Za evidentiranje postojanja statistički značajnih razlika između grupa (pacijenti/kontrolna grupa; depresivna epizoda/rekurentni depresivni poremećaj; umerena depresivna epizoda/ teška depresivna epizoda; umerena rekurentna depresija/ teška rekurentna depresija) po pojedinačnim događajima korišćen je h^2 test.

Rezultati

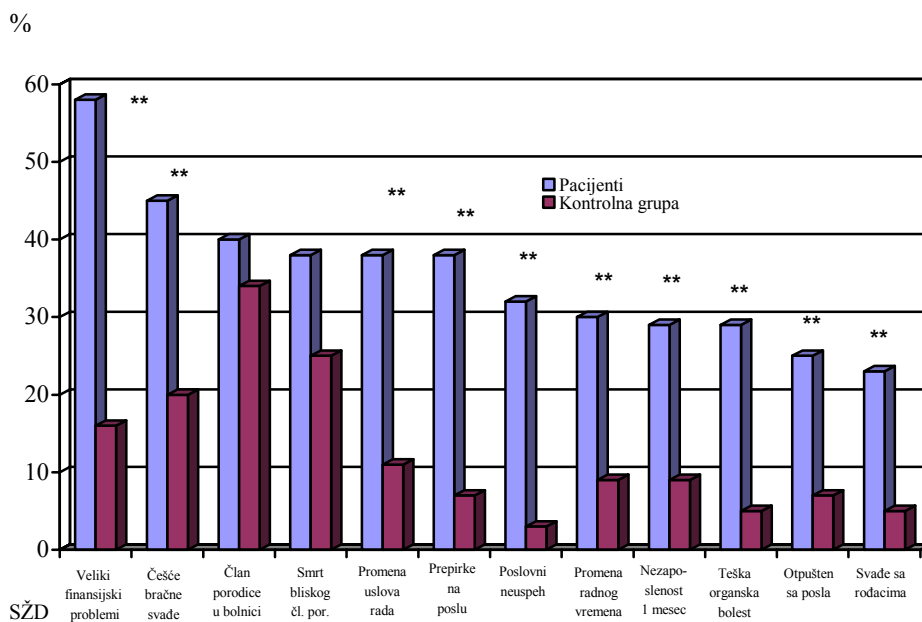
Većina naših ispitanika doživela je multiple stresore u ispitivanom periodu. Prosečan broj SŽD u obema grupama iznosio je $AS=5$ ($SD=3.2$) u

rasponu od 0 do 15 SŽD. Pacijenti su doživeli prosečno 6.89 SŽD (SD=2.93; raspon od 0 do 15), a zdrave osobe iz kontrolne grupe 3.02 SŽD (SD=2.01; raspon od 0 do 7).

Rezultati t-testa pokazali su da je kod ispitivanih pacijenata, u odnosu na kontrolnu grupu, registrovan značajno veći broj stresogenih životnih događaja u godini koja je prethodila depresivnoj epizodi ($t=8.27$; $p=.000$).

Pojedinačni SŽD

Pojedinačni SŽD, poređani po frekvenci pojavljivanja, prikazani su na Slici 1. Na slici je prikazana i statistička značajnost razlika između pojedinačnih SŽD koje su doživljavali pacijenti, u poređenju sa kontrolnom grupom.



* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Slika 1. Učestalost i struktura stresogenih životnih događaja

Zbog tehničkih ograničenja na slici nisu mogli biti prikazani svi česti SŽD, pa navodimo sledeće po učestalosti: češće prepirke sa roditeljima** (18.2%: kontr.gr.=1.8%), smrt bliskog prijatelja (16.4%: 7.3%), odraslo dete napušta dom* (14.5%: 1.8%), nova osoba u domaćinstvu* (14.5%: 3.4%).

S obzirom na nisku frekvencu pojavljivanja neki od stresora nisu mogli biti statistički obrađeni pojedinačno, ali su, kad god je to bilo moguće, obrađivani u okviru odgovarajućih klastera.

Klasteri

Poređenjem klastera SŽD, utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika između studijske i kontrolne grupe. Rezultati statističke obrade prikazani su na Tabeli 1.

Tabela 1. Značajnost razlika u broju stresogenih životnih događaja između pacijenata i kontrolne grupe po klasterima.

| | Pacijenti | | Kontrolna grupa | | t | p |
|--------------------|-----------|------|-----------------|-----|-------|--------|
| | AS | SD | AS | SD | | |
| Brak i porodica | 1.56 | 1.40 | .54 | .79 | 4.704 | .000** |
| Nezaposlenost | .54 | .83 | .16 | .50 | 2.909 | .004** |
| Materijalno stanje | 1.25 | .89 | .34 | .70 | 5.970 | .000** |
| Promene na poslu | 1.27 | 1.21 | .31 | .54 | 5.398 | .000** |

*p<0.05, **p<0.01

Subklasteri

Veliki broj SŽD u vezi sa odraslom decom, roditeljima, tazbinom i širom rodbinom, naveo nas je da detaljnije istražimo stresogene relacije unutar uže i šire porodice, a naročito one u vezi sa (odraslom) decom.

Kako se klaster “brak i porodica” pokazao kao preširoka kategorija za tu svrhu, podelili smo ga u subklaster, koji su obuhvatali sve SŽD u vezi sa ispitivanim relacijama. U subklaster “pozitivni stresori” u vezi sa decom uvrstili smo ajteme “veridba deteta”, “venčanje deteta sa pristankom roditelja” i ajteme u vezi sa osamostaljivanjem odrasle dece – koje roditelji verbalno podržavaju. SŽD u svim subklasterima prethodili su depresivnoj epizodi u značajno većem broju u odnosu na kontrolnu grupu (Tabela 2).

Tabela 2. Značajnost razlika u broju stresogenih životnih događaja između pacijenata i kontrolne grupe po subklasterima, klastera “brak i porodica”.

| | Pacijenti | | Kontrolna grupa | | t | p |
|---------------------------|-----------|-----|-----------------|-----|-------|--------|
| | AS | SD | AS | SD | | |
| Ozbiljni bračni problemi | .94 | .97 | .34 | .67 | 3.769 | .000** |
| Stresori u vezi sa decom | .38 | .76 | .11 | .37 | 2.401 | .018* |
| Roditelji i tazbina-svađe | .42 | .68 | .09 | .29 | 3.260 | .001** |
| Deca-“pozitivni stresori” | .25 | .58 | .07 | .26 | 2.106 | .038* |

*p<0.05, **p<0.01

Odnos frekvenci SŽD i depresivne epizode s obzirom na njenu rekurentnost

Ukupan broj pacijenata sa prvom depresivnom epizodom bio je 27, a sa rekurentnim depresivnim poremećajem 28. Prosečan broj depresivnih epizoda kod rekurentnog depresivnog poremećaja iznosio je $AS=6.03$ ($SD=2.32$), u rasponu od 1 do 12 epizoda. Pacijenti sa prvom depresivnom epizodom u ispitivanom periodu iskusili su statistički značajno veći broj stresnih životnih događaja u odnosu na one koji su imali rekurentni depresivni poremećaj. Rezultati prosečnih vrednosti i t-testa prikazani su na Tabeli 3. Prvoj depresivnoj epizodi češće su prethodili sledeći SŽD: promena radnog vremena ($p<0.01$), kao i velike finansijske teškoće, promene uslova rada, češće prepirke sa verenikom i venčanje deteta sa pristankom roditelja ($p<0.05$).

Tabela 3. Značajnost razlika u broju stresogenih životnih događaja koji prethode prvoj i rekurentnoj depresivnoj epizodi

| | Prva epizoda | | Rekurentna epizoda | | t | p |
|-----|--------------|-----|--------------------|------|------|-------|
| | AS | SD | AS | SD | | |
| SŽD | 7.96 | 3.2 | 6.03 | 2.32 | 2.56 | .013* |

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Odnos frekvenci SŽD i depresivne epizode, s obzirom na njenu težinu

Nije bilo statistički značajne razlike u ukupnom broju SŽD između pacijenata sa umerenom depresivnom epizodom i pacijenata sa teškom depresivnom epizodom ($t=.129$, $p=.898$). Izuzetak je SŽD “svađa sa članom šire porodice”, koji je signifikantno češće ($p<0.05$) prethodio teškim depresivnim epizodama. Nije nađena statistički značajna razlika u ukupnom broju SŽD ni između pacijenata sa umerenom rekurentnom depresivnom epizodom i pacijenata sa teškom rekurentnom depresivnom epizodom ($t=.511$, $p=.614$). Izuzetak je SŽD “nezaposlenost mesec dana”, koji je signifikantno češće ($p<0.01$) prethodio teškoj rekurentnoj depresivnoj epizodi.

Diskusija

Kod ispitivanih pacijenata registrovan je značajno veći broj SŽD u godini koja je prethodila prvoj i rekurentnoj depresivnoj epizodi, u odnosu na kontrolnu grupu ($p<0.01$), što je u skladu sa rezultatima većine autora [1,2,5]. I u svim ispitivanim klasterima pacijenti su doživeli signifikantno veći broj SŽD u odnosu na kontrolnu grupu.

U pogledu vrste stresora koje prethode depresivnoj epizodi, naši rezultati uglavnom su skladu sa podacima iz literature [17,29,30], ali postoje neke razlike u njihovoj frekvenci. U našem uzorku češće su registrovani stresori koji su vezani za lošu materijalnu situaciju, nezaposlenost i pogoršanje uslova rada, što je i očekivano s obzirom na socijalnu tranziciju u našoj zemlji.

Frekvencija pojedinačnih SŽD koji asociraju sa poremećenim partnerskim odnosima u skladu je sa podacima iz literature [17,29], ali su SŽD u

vezi sa odraslom decom (np. odraslo dete napušta dom), kao i SŽD koji su u vezi sa roditeljima, tazbinom i širom rodbinom bili učestaliji. Zanimljivo je da su i negativni i “pozitivni” SŽD u vezi sa odraslom decom u signifikantnom većem broju prethodili depresivnim epizodama (np. venčanje i početak samostalnog života deteta, ali i – dete se vraća da živi kod roditelja/samo ili sa supružnikom).

Ovi nalazi bi, možda, mogli da ukazuju na postojanje bližih i čvršćih porodičnih veza u našem podneblju, pa bi poremećaj porodičnih odnosa imao i veći stresogeni značaj za naše ispitanike. Loše materijalno stanje, kao posledica socijalne tranzicije, pogoršava odnose u primarnoj porodici, često je čini ekonomski zavisnom od šire porodice, a u nekim slučajevima dovodi i do prinudnog života u zajedničkom domaćinstvu, što je dodatni izvor SŽD.

Najviše problema imali smo u istraživanju stresora u vezi sa decom, jer često nismo mogli da ih podvedemo ni pod jedan ponuđeni ajtem. Tako, na primer, u Paykelovoj skali ne postoje ajtemi za “svađe sa decom”, “nezaposlenost dece”, “ne viđa često odraslo dete ili unuke” i sl., što naši ispitanici navode kao za njih bitne stresore.

Iznenaduje nalaz da se broj pacijenata koji su doživeli smrt bliskog člana porodice ne razlikuje od kontrolne grupe, što je u suprotnosti sa nalazima većine autora [29,31], mada su retki istraživači našli slične rezultate [32]. Uzorak je bio suviše mali da bi se ovaj nalaz mogao komentarisati.

Pojedinačnim stresorima koji su u značajnom broju prethodili depresivnim epizodama nismo pridavali neki specifičan kauzalni značaj i, po našem mišljenju, oni samo ilustruju širok spektar stresora koji su u socijalno-tranzicionom periodu izraženi kod cele populacije, ali i neke kulturološke specifičnosti u našem društvu, što se naročito odnosi na porodični život.

Naši rezultati su pokazali da značano manji broj SŽD prethodi rekurentnim epizodama, u odnosu na prve epizode unipolarne depresije, što je u skladu sa nalazima većine autora [6,33,34]. To bi, možda, moglo podržavati tezu da depresivne epizode ostavljaju (anatomske i/ili biohemijske) “tragove” i tako, snižavajući prag osetljivosti na stresore, povećavaju individualnu vulnerabilnost za razvoj rekurentnih depresivnih epizoda [35].

Prema našim rezultatima težina depresivne epizode ne zavisi od broja SŽD koji joj prethode, što se odnosi i na tešku rekurentnu depresivnu epizodu. Tako teza da depresivna epizoda kada je “i teška i rekurentna” najmanje korelira sa SŽD [6,7,8], na našem uzorku nije podržana, što je u skladu sa nalazima još nekih autora [36]. Moguće je da su neke depresije “nezavisnije” od SŽD (što bi po navedenim autorima ukazivalo na njihovu pretežno endogenu prirodu), ali izgleda da istraživanja u okvirima postojećih dijagnostičkih kategorija neće dati odgovor na to pitanje.

Zaključak

Rezultati našeg istraživanja podržavaju tezu da stresogeni životni događaji predstavljaju značajan faktor rizika za razvoj depresivne epizode unipolarne depresije. Oni asociraju mnogo jače sa prvom nego sa rekurentnim epizodama. Rezultati ukazuju da težina depresivne epizode ne zavisi od broja SŽD koji joj prethode, što se odnosi i na tešku rekurentnu depresivnu epizodu. Pored toga, naši nalazi sugerišu da je socijalna tranzicija u našoj zemlji izvor mnogih stresora, koji mogu biti važan faktor rizika u obolevanju od depresije. Izgleda da stresori koji su u vezi sa (odraslom) decom, ali i roditeljima, unucima i širom porodicom predstavljaju značajniji faktor rizika za razvoj depresije u našoj sredini, nego u “zapadnim kulturama”.

Vrste SŽD koji su prethodili depresivnim epizodama, ukazuju na moguće pravce našeg preventivnog i terapijskog delovanja. Naši rezultati sugerišu da bi bračna i porodična terapija mogla imati važno mesto u tretmanu velikog broja depresivnih pacijenata.

Dizajn ovog istraživanja ima određena ograničenja. Da bi se dobili relevantniji rezultati potrebno je istraživati na većem uzorku, uz izradu pouzdanijih instrumenata za detektovanje stresora specifičnih za naše sociokulturalno okruženje, naročito onih koji su u vezi sa užom i širom porodicom. Procene SŽD koji su prethodili depresivnoj epizodi vršene su retrospektivno, što uvek smanjuje relevantnost rezultata, tako da bi bilo značajno raditi prospektivne studije.

U budućim istraživanjima bilo bi korisno detaljnije ispitati SŽD koji prethode pojavi rekurentne depresivne epizode. To bi, možda, omogućilo bolju prevenciju relapsa, kao i nove depresivne epizode. Od značaja bi mogao biti i pokušaj da se diferenciraju SŽD koji su direktna posledica prethodne depresivne epizode, od onih koji se pojavljuju nezavisno od nje.

STRESSFUL LIFE EVENTS AND UNIPOLAR DEPRESSION

**Srdjan Bokonjic¹, Dusica Lecic-Tosevski^{1,2}, Ivana Perunicic¹,
Jasmina Pavlov-Sofronijevic¹, Jelica Bokonjic³, Nikola Jovanovic¹**

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²School of Medicine, University of Belgrade, Serbia

³HC "Dr. Simo Milosevic", Belgrade, Serbia

Abstract: Although the research of stressful life events (SLE) in the last 40 years is in the focus of studies of depression, the nature of relationships between SLE and unipolar depression is not clear yet. Integrative approach in treatment of depression implicates consideration of multiple etiologic factors among which very important place have the stressful life events which precede the episode of depression. The aim of this study was to examine the stressful life events which preceded the first and recurrent episode of unipolar depression. The sample consisted of 55 patients of the Day Hospital for Affective Disorders of the Institute of Mental Health who were diagnosed by ICD-10 classification as first or recurrent depressive episode: moderate, severe, and severe with psychotic features. The control group consisted of healthy individuals without any mental disorder. The assessment was carried out by the semi-structured psychiatric interview, socio-demographic questionnaire, Paykel's Life Events Scale, and questionnaire for couple and family stressors, as well as for the stressors associated with working place and financial situation (specially constructed for the purpose of this study). SLE were correlated by total number, individually and by clusters between study and control group. In the next step we analyzed the relation between frequency of SLE and depressive episode, in aspects of its severity and recurrency. We registered significantly more ($p < 0.01$) stressful life events in a year that preceded the first and the recurrent depressive episode in examined patients compared to control group. The connection is stronger with the first episode than in the recurrent one ($p < 0.05$). We did not find correlation between severity of depressive episode and the number of SLE that preceded it. The most frequent were stressors related to poor financial situation, unemployment and changing of work conditions, as well as to couple and family problems, health problems, death or serious disease of the close family member. According to our results the stressors which are connected to social transition in our country are significant risk factors in etiopathogenesis of depression. Our results might suggest that SLE associated to (adult) children, parents and other family members are more significantly associated to onset of depression in our country than in "Western societies". Therapeutic implications of our results are discussed, as well as some limitations in research of stressful life events.

Key words: *depression, life events, recurrence, family, social change*

Literatura

1. Costello CG. Social factors associated with depression: a retrospective community study. *Psychol Med* 1982;12:329-39.
2. Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:50-58.
3. Paykel ES. Life events and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108(Suppl 418):61-66.
4. Van Praag HM, de Kloet R, van Os J. *Stress, the Brain and Depression*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
5. Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol* 1997;48:191-214.
6. Brown GW, Harris TO, Hepworth C. Life events and endogenous depression: a puzzle re-examined. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:525-34.
7. Andrew B, Hawton K, Fagg J, Westbrook D. Do psychosocial factors influence outcome in severely depressed female psychiatric in-patients? *Br J Psychiatry* 1993;163:747-54.
8. Paykel ES. Which depressions are related to life stress. *Acta Neuropsychiatrica* 2002;14(4):167-72.
9. Ellicott A, Hammen C, Gitlin M, Brown G, Jamison K. Life events and the course of bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1194-8.
10. Marks MN, Wieck A, Checkley SA, Kumar R. Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. *J Affect Disord* 1992;29:253-64.
11. Reno RM, Halaris AE. The relationship between life stress and depression in an endogenous sample. *Compr Psychiatry* 1990;31:25-33.
12. Murphy E. The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry* 1983;142:111-19.
13. Paykel ES, Cooper ZC. Life events and social support. In: Paykel ES (ed). *Handbook of Affective Disorders*, Edinburgh: Churchill Livingstone; 1992. p. 149-170.
14. Matthew C, Keller D, Michael C, Neale D, Kendler KS. Association of different adverse life events with distinct patterns of depressive symptoms. *Am J Psychiatry* 2007;164:1521-9.
15. Bifulco A, Brown GV, Moran P, Ball C, Campbell C. Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability. *Psychol Med* 1998;28:39-50.
16. Kendler KS, Kessler RC, Walters EE. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Am J Psychiatry* 1995;152:833-42.
17. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 1999;156:837-41.
18. Eccleston D, Scott J. Treatment, prediction of relapse and prognosis of chronic primary major depression. *International Journal of Clinical Psychopharmacology* 1991;6:3-9.
19. Wilhelm K, Parker G, Dewhurst-Savellis J. Psychological predictors of single and recurrent major depressive episodes. *J Affect Disord* 1999;54:139-47.

20. Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA. The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *Am J Psychiatry* 2004;161:631-6.
21. Lecic-Tosevski D, Divac-Jovanovic M. The effect of dysthymia on personality assessment. *European Psychiatry* 1996;11:244-8.
22. Paykel ES. The evolution of life events research in psychiatry. *J Affect Disord* 2001;62(3):141-9.
23. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for Major depression in men. *Am J Psychiatry* 2006;163:115-24.
24. Muhwezi WW. The interface between family structure, life events and major depression in Uganda. Stockholm and Kampala: Karolinska Institutet and Makerere University; 2007.
25. Malek A, Poorafkary N, Dadashzadeh H, Safaeyan A. Ranking of stressful life events in general population of Tabriz, Iran. *Research Journal of Biological Sciences* 2008;3(9):993-8.
26. World Health Organization. The ICD-Classification of Mental and Health and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
27. Paykel ES, Prusoff B, Uhlenhuth EH. Scaling of life events. *Arch Gen Psychiatry* 1971;25:942-56.
28. Paykel ES. The interview for recent life events. *Psychol Med* 1997;27(2):301-10.
29. Brown GW, Bifulco A, Harris TO. Life events, vulnerability and onset of depression: some refinements. *Br J Psychiatry* 1987;150:30-42.
30. Ayuso-Mateos J L, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308-16.
31. Chen H, Bierhals AJ, Prigerson HG, Kasl SV, Mazure CM, Jacobs S. Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychol Med* 1999;29:369-80.
32. Bidzinska EJ. Stress factors in affective diseases. *Brit J Psychiat* 1984;144:161-6.
33. Ezquiaga E, Gutierrez LLA, Lopez AG. Psychosocial factors and episode number in depression. *J Affect Dis* 1987;12:135-8.
34. Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Stein GS. Life events and the recurrence of depression. *Can J Psychiatry* 1990;35:239-42.
35. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:999-1010.
36. Brugha TS, Conroy R. Categories of depression: reported life events in a controlled design. *Br J Psychiatry* 1985;147:641-6.

Dr Srđan BOKONJIĆ, neuropsihijatar, Šef Dnevne bolnice za afektivne poremećaje u okviru Dnevne bolnice za odrasle, Klinike za odrasle, Institut za mentalno zdravlje, Beograd

Dr Srdjan BOKONJIC, Neuropsychiatrist, Head, Outpatient Hospital for Affective Disorders in the Adult Outpatient Hospital, Clinic for Adults, Institute of Mental Health, Belgrade, Institute of Mental Health, Belgrade

E-mail: bokabuca@eunet.rs