

Magdalena Kotlicka-Antczak, Jolanta Rabe-Jabłońska

Trauma okresu rozwojowego jako czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń psychiatrycznych. Część I. Rozpowszechnienie zjawiska, problemy metodologiczne w badaniach naukowych

Early trauma as a risk factor for future psychotic disorder.

Part I. Prevalence and methodological problems in research

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jolanta Rabe-Jabłońska

Correspondence to: Magdalena Kotlicka-Antczak, Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Model biopsychospołeczny zaburzeń psychiatrycznych uwzględnia rolę pozabiologicznych czynników środowiskowych w ich powstawaniu. Jako potencjalny czynnik psychospołeczny rozwoju psychozy postrzegane jest między innymi zjawisko tzw. wczesnej traumy (WT). Rozpowszechnienie wydarzeń ocenianych jako WT szacuje się w granicach od 4 do niemal 30% w populacjach ogólnych. W populacji chorych psychicznie zjawisko to może dotyczyć nawet połowy badanych. Badaniu związku WT z psychozą towarzyszą liczne problemy metodologiczne. Jednym z nich jest brak precyzyjnych i jednolitych definicji WT. Niejednolite są również źródła i sposoby uzyskiwania danych (dane z raportów odpowiednich służb, wywiady lub kwestionariusze uzyskiwane od badanych). Prace dotyczące problemu cechuje także brak lub nieprawidłowy dobór grup kontrolnych oraz brak uwzględniania w analizach statystycznych tzw. czynników zakłócających. Zbyt mała jest liczba badań o charakterze prospektywnym. Podnoszony jest także problem obecności w badaniach trudności diagnostycznych. Autorzy często nie określają rodzaju, fazy przebiegu ani stopnia nasilenia zaburzeń psychiatrycznych u badanych osób. Zaburzenia potencjalnie związane z przeżyciem WT wymagają wnikliwego różnicowania z zaburzeniem stresowym pourazowym oraz z zaburzeniami dysocjacyjnymi. Opisane problemy w znacznym stopniu ograniczają możliwość uzyskania jednoznacznych wniosków i wręcz uniemożliwiają przeprowadzenie metaanalizy dotychczasowych badań. Część autorów uważa, że konieczne jest wyodrębnienie nowej kategorii zaburzeń psychiatrycznych – tzw. „psychozy potraumatycznej”. Jej cechami charakterystycznymi mają być nawiązanie w treści objawów (zwłaszcza halucynacji słuchowych) do doznanego urazu, podlegające fluktuacjom objawy depresyjne z myślami samobójczymi, nadużywanie środków psychoaktywnych, a także słabe efekty leczenia farmakologicznego oraz dobra odpowiedź na terapię poznawczo-behawioralną.

Słowa kluczowe: trauma wieku dziecięcego, nadużycie fizyczne/seksualne, zaburzenia psychiatryczne, rozpowszechnienie, problemy metodologiczne

Summary

Biopsychosocial model of psychotic disorders accounts for the role of extrabiological environmental factors in their development. Early trauma (ET) is often viewed as a potential psychosocial risk factor for future development of psychosis. Prevalence of events considered as ET in general population is estimated at 4-30%, while among persons with mental disorders the phenomenon may concern even up to 50% of examinees. Research of

correlations between ET with psychosis is fraught with several methodological problems. One of them is lack of precise and consistent definition of ET. Furthermore, sources of data and ways of their collection are also inconsistent (data from reports of appropriate agencies, past history and questionnaires obtained from the examinees). Studies dealing with the subject often lack control groups or their selection is inadequate, they do not provide for the so-called distracting factors in final statistical analyses. There are not enough prospective studies. The issue of diagnostic difficulties is also highlighted. Authors frequently do not specify the type, clinical phase or severity of psychotic disorders in examined subjects. Disorders possibly associated with ET experience require an in-depth differentiation with post-traumatic stress with dissociation disorders. Problems discussed here greatly delimit reaching of unambiguous conclusions and even may preclude a meta-analysis of hitherto performed studies. In some authors' opinion, it is necessary to mark off a new category of psychotic disorders, i.e. post-traumatic psychosis. Typical features would be: trauma-associated content of symptoms (particularly auditory hallucinations), fluctuating depressive symptoms with suicidal ideation, abuse of psychoactive substances, poor effects of pharmacological treatment and favourable response to cognitive-behavioural therapy.

Key words: early trauma, childhood physical/sexual abuse, psychotic disorder, prevalence, methodological problems

WSTĘP

Po latach dynamicznego rozwoju nurtu biologicznego w psychiatrii, nierzadko związanego z przeciwstawianiem modeli biologicznego i psychospołecznego zaburzeń psychicznych, możemy obserwować zjawiska zmierzające do integracji obu kierunków. Podejmowane są próby klinicznej interpretacji zmian biologicznych leżących u podłoża objawów psychopatologicznych, opisu ich subiektywnego przeżywania przez pacjentów oraz wpływu na funkcjonowanie. Z drugiej strony wiele uwagi poświęca się udziałowi czynników psychospołecznych w kaskadzie zmian biologicznych związanych z patogenezą zaburzeń psychotycznych. Model biopsychospołeczny najpełniej obejmuje współczesną wiedzę na temat patogenezы psychoz, choć określenie udziału i wzajemnych interakcji poszczególnych czynników w rozwoju tej grupy zaburzeń nadal wymaga wielu badań. Wydaje się, że jednym z „mediatorów” powstawania zaburzeń struktury i funkcji ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w zaburzeniach z grupy schizofrenii mogą być czynniki stresowe, zwłaszcza tzw. istotne wydarzenia życiowe⁽¹⁾. Te z kolei według niektórych badaczy prowadzą do swoistego „uwrażliwienia” i większej podatności na przeżywanie drobnych codziennych zdarzeń i trudności jako silnie stresujących^(2,3). Na rolę stresu w patogenezie zaburzeń psychotycznych wskazują także obserwacje dotyczące zwiększonej aktywności osi podwzgórze – przysadka – nadnercza (OPPN) już w okresie prepsychotycznym⁽⁴⁾. W omawianym kontekście naturalne stało się zainteresowanie badaczy związkami pomiędzy przeżyciem silnego urazu psychicznego w okresie rozwojowym a późniejszym wystąpieniem psychozy.

DEFINICJE TRAUMATYZUJĄCEGO PRZEŻYCIA OKRESU DZIECIŃSTWA

Analizowanie wyników badań dotyczących znaczenia traumatyzujących przeżyć z okresu dzieciństwa dla roz-

INTRODUCTION

After years of dynamic development of biological trend in psychiatry, not infrequently based on opposition of biological model to psychosocial model of mental disorders, we are witnessing phenomena aiming at integration of both trends. Attempts are made at clinical interpretation of biological alterations being the basis of psychopathological symptoms, at description of their subjective experiencing by patients and their impact on the patients' functioning. On the other hand, much attention is paid to the role of psychosocial factors in the cascade of biological alterations associated with the pathogenesis of psychotic disorders. The biopsychosocial model best incorporates current knowledge concerning pathogenesis of psychoses, although determination of role and mutual interactions of particular factors in the development of this group of disorders still requires a lot of research. It appears, that one of “mediators” disrupting structure and function of the central nervous system and resulting in schizophrenic disorders may be stress factors, in particular the so-called significant life events⁽¹⁾. These in turn, according to some investigators, may lead to a specific “sensitisation” and increased susceptibility to mental impact of minor, daily events and difficulties, experienced as highly stressful^(2,3). The role of stress in the pathogenesis of psychotic disorders is further supported by observations concerning increased activity of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis already in the prepsychotic period⁽⁴⁾. In this context, quite natural is the interest of investigators focused on correlations between early experience of a severe psychiatric trauma and subsequent development of psychosis.

DEFINITION OF EARLY TRAUMATIC EVENT

Analysis of results of studies dealing with impact of early traumatic events on subsequent development of

woju zaburzeń psychotycznych jest trudne ze względu na znaczne różnice metodologiczne. Pojawiają się one już na etapie definiowania tzw. wczesnej traumy (*early trauma*; WT). Wedle różnych autorów rozmaite wydarzenia życiowe są oceniane jako sytuacje traumatyzujące. Zgodność badaczy dotyczy dwóch podstawowych kategorii, jakimi są nadużycie seksualne oraz nadużycie fizyczne⁽⁵⁻⁸⁾. W większości prac jako WT postrzega się incydent włączenia dziecka w jakikolwiek rodzaj aktywności seksualnej wbrew jego woli lub jakikolwiek akt przemocy fizycznej, który doprowadził do uszkodzenia ciała. Spauwen i wsp. wyodrębnili gwałt oraz molestowanie seksualne jako odrębne kategorie⁽⁹⁾. Odnośnie innych rodzajów przemocy fizycznej znów pojawiają się rozbieżności. Janssen i wsp., którzy badali wpływ tzw. nadużycia w okresie dzieciństwa na wystąpienie w przyszłości objawów psychotycznych, jako nadużycie fizyczne traktował każde doświadczenie bycia pobitym, skopany lub uderzonym pięścią⁽⁶⁾. W pracy Whitfielda i wsp. dodatkowo wprowadzono kryterium częstości występowania określonych zdarzeń. Warunkiem zdefiniowania wydarzenia jako traumatyzujące było uznanie przez badanego, że takie zjawiska jak popychanie, lekkie uderzanie, mocne przytrzymywanie dotyczyły go „często” lub „bardzo często”, natomiast uderzanie prowadzące do uszkodzenia ciała lub pozostawiające ślady występowało „czasami”, „często” lub „bardzo często”. Do innych wydarzeń, które oprócz nadużyć seksualnego i fizycznego Whitfield i wsp. ocenili jako traumatyzujące, należą: bycie świadkiem maltretowania matki, nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych w środowisku domowym, występowanie choroby psychicznej u kogoś z domowników, pobyt kogoś z nich w więzieniu, separacja lub rozwód rodziców, a także nadużycie emocjonalne. To ostatnie autor rozumie jako „częste” lub „bardzo częste” przeklinanie, poniżanie, obrażanie dziecka lub takie działania dorosłych, które wywoływały u niego poczucie fizycznego zagrożenia, nawet jeśli nie dochodziło do uszkodzenia ciała⁽⁸⁾. Pojęcie nadużycia emocjonalnego jako jednego z rodzajów WT wprowadzili także w swych badaniach Janssen i wsp. (przeklinanie dziecka, nieuzasadnione karanie, szantażowanie, a nawet gorsze traktowanie niż reszty rodzeństwa). Co więcej, jako jedyny z badaczy tego problemu uznał on za doświadczenie traumatyzujące specyficzny rodzaj nadużycia psychologicznego, jakim jest tzw. zaniedbanie emocjonalne (często doświadczane przez dziecko poczucie, że jego problemy są ignorowane, że nie jest ono wysłuchiwane lub nie znajduje u swych domowników uwagi lub wsparcia)⁽⁶⁾. Nietrudno jednak wnioskować, że ten termin może być z kolei nadinterpretowany, zwłaszcza przez samych badanych. Bebbington i wsp. jako najistotniejsze dla rozwoju objawów psychozy uznali te wydarzenia, które stawały osobę w roli ofiary, zaliczając do nich nadużycie seksualne, znęcanie się przez rówieśników, przemoc domową,

psychotic disorders is difficult due to significant methodological discrepancies. They appear already at the phase of defining the so-called early trauma (ET). According to various authors, several life events are considered as traumatizing situations. Investigators agree on two basic issues, i.e. sexual abuse and physical violence⁽⁵⁻⁸⁾. In most papers, ET is perceived as involvement of the child in any form of sexual activity against his or her will, or any act of physical violence, resulting in body damage. Spauwen et al. considered rape and sexual abuse as separate categories⁽⁹⁾. Discrepancies concern also other forms of physical violence. Janssen et al., who studied the impact of the so-called childhood abuse on subsequent development of psychotic disorders, considered each experience of being beaten, kicked or punched as physical abuse⁽⁶⁾. The paper by Whitfield et al. introduced an additional criterion of frequency of such events. A prerequisite of defining an event as traumatizing was statement on the part of examinee, that such events as pushing, slapping or grabbing occurred “frequent” or “very frequent”, while hitting resulting in body injury or leaving marks took place “sometimes”, “frequent” or “very frequent”. Other events considered by Whitfield et al. as traumatic, besides sexual and physical abuse, include: being a witness of maternal maltreatment, household substance abuse, mental illness in household, imprisonment of household member, parental separation or divorce as well as emotional abuse. The latter category was defined as “frequent” or “very frequent” swearing at the child, insulting or putting down him or her, or any actions on the part of adults, which elicited a feeling of physical threat, even if no actual body injury resulted thereof⁽⁸⁾. Janssen et al. introduced the concept of emotional abuse as a type of ET in studies (swearing at the child, unjustified punishment, blackmail or treating worse than other siblings). Furthermore, they were the only investigators of the subject to consider as ET a specific type of psychological abuse – the so-called emotional neglect (frequently experienced feeling that one’s problems are ignored, that he/she is not listened to or that he/she can not find any support or attention of relatives)⁽⁶⁾. However, it is fairly clear that this notion may be over-interpreted, mostly by examinees themselves. Bebbington et al. postulated that most important events resulting in psychosis were those, placing the person involved in the role of victim, e.g. sexual abuse, bullying, domestic violence, severe injury, severe disease or assault, as well as homelessness, escape from home, spending some time in a children institution, being expelled from school and being taken under local authority care⁽⁷⁾. In the paper by Spauwen et al., ET included such events as: being involved in a natural disaster or a serious accident, imprisonment, kidnapping or witnessing a serious threat to a relative⁽⁹⁾. Presented data clearly demonstrate great inconsistency in what relates to the mere subject of studies devoted to

bycie ofiarą poważnego urazu, choroby lub napaści, a także bezdomność, ucieczki z domu, spędzenie jakiegoś okresu czasu w instytucji dla dzieci, wydalenie ze szkoły oraz zostanie podopiecznym instytucji państwowych (np. ośrodka pomocy społecznej)⁽⁷⁾. W pracy Spauwena i wsp. uwzględniono z kolei udział dziecka w katastrofie przyrodniczej lub w poważnym wypadku, uwięzienie/porwanie oraz bycie świadkiem poważnego zagrożenia bliskiej osoby⁽⁹⁾.

Przedstawione dane dobitnie ilustrują niespójność w zakresie przedmiotu badań zjawiska określanego bardzo ogólnie jako trauma okresu dzieciństwa. Co więcej, niemal każde z użytych dla opisu traumy okresu dzieciństwa pojęć czy też określenie częstości zdarzeń w kategoriach „często”, „bardzo często” może być rozumiane inaczej. Brak konsensusu w zakresie opisanych problemów stanowi istotną przeszkodę w porównaniu wyników badań różnych autorów nad WT. Większość opisywanych zjawisk podlega ponadto wpływowi subiektywnej oceny badanych. Problemy definicyjne mnożą się więc na każdym etapie konstruowania metodyki badań.

ROZPOWSZECHNIENIE WT

Częstotliwość doznawania traumatycznych przeżyć w okresie rozwojowym jest trudna do oszacowania nie tylko ze względu na problemy ze zdefiniowaniem tego zjawiska. Oficjalne dane dotyczą zazwyczaj jedynie nadużyć fizycznych, w tym seksualnych, wobec dzieci.

Równie istotnym problemem są różnice w zakresie źródeł i metod uzyskiwanych badań. Prace oparte na danych z oficjalnych raportów odpowiednich służb, które rejestrują tylko część przypadków nadużyć fizycznych i psychicznych wobec dzieci, prezentują z pewnością wyniki zaniżone. Dlatego większość badaczy odwołuje się do relacji respondentów uzyskiwanych poprzez standaryzowane wywiady/kwestionariusze przeprowadzane przez odpowiednio wyszkolony personel. Taką metodą posłużyli się między innymi badacze brytyjscy, którzy oszacowali, że 11% dzieci z populacji ogólnej Wielkiej Brytanii doświadcza nadużyć seksualnych obejmujących kontakt seksualny, 7% doznaje innych form przemocy fizycznej, 6% – przemocy emocjonalnej, natomiast 5-6% dzieci nie otrzymuje odpowiedniej opieki lub nadzoru⁽¹⁰⁾. W kwestionariuszowych badaniach amerykańskiej populacji osób objętych ogólną opieką medyczną oszacowano częstość występowania nadużyć fizycznych wobec dzieci na 28,3%, nadużyć seksualnych – na 28%, nadużywania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych w środowisku domowym – na 26,9%, a przemocy domowej – na 12,7%⁽⁸⁾. Co ciekawe, w prezentowanym badaniu odsetek osób, które deklarowały, że nie doświadczyły żadnego z listy 8 traumatyzujących przeżyć okresu dzieciństwa, wyniósł zaledwie 36,1%.

Inni autorzy amerykańscy przeprowadzili anonimową telefoniczną ankietę wśród niemal 1500 matek dzieci

the phenomenon defined rather vaguely as “childhood trauma”. Furthermore, nearly every notion used to describe childhood trauma, or determination of frequency of events in the categories of “frequent”, “very frequent”, etc. may be understood in a different way. Lack of consensus in the above-mentioned area constitutes a serious obstacle in comparing results of various studies devoted to ET. Furthermore, the majority of described phenomena are subjected to the bias resulting from subjective assessment of the examinees. Problems of definition arise and multiply at every step of construction of study methodology.

PREVALENCE OF ET

Prevalence of traumatic experiences in the developmental age is difficult to assess, not only due to difficulties with correct definition of the phenomenon. Official data usually concern only physical and sexual abuses of children. An equally important issue are differences in sources of data and methods of their collection. Studies based on estimates from official reports of appropriate agencies, which record only a fraction of cases of physical and psychological abuse of children, certainly present underestimated data. Therefore, most investigators rely on reports of responders obtained by standardized questionnaires and interviews, applied by suitably trained personnel. Such a technique has been adopted by British investigators, who estimated that in British general population about 11% of children experience sexual abuse including sexual intercourse, 7% experience other forms of physical violence, 6% – emotional violence and 5-6% of children are devoid of adequate care and supervision⁽¹⁰⁾. In questionnaire-based studies of American population of persons included in basic medical aid program, estimated prevalence of physical abuse of children was 28.3%, sexual abuse – 28%, domestic abuse of alcohol or other psychoactive substances – 26.9% and domestic violence – 12.7%⁽⁸⁾. Noteworthy is, that in this study the proportion of persons who declared not having experienced any of the 8 listed types of traumatizing events in childhood was just 36.1%.

Other American authors conducted an anonymous phone interview among nearly 1500 mothers of children aged 0-17, residing in North and South Carolina. They report, that 4.3% of mothers confessed to abuse physically own children, while 2.6% admitted to have shaken vigorously their children under 2 years old. Reported index of sexual abuse was 11/1000 children during the past year. The authors point out, that prevalence of physical abuse of children estimated according to anonymous interview is 40-fold higher than that determined by official reports, while the prevalence of sexual abuse is 15-fold higher. Investigators stated that only one for every 150 shaken children receives medical care⁽¹¹⁾. In the United States, maltreatment of children is considered

w wieku 0-17 lat mieszkających w Północnej i Południowej Karolinie. Do nadużyć fizycznych wobec własnych dzieci przyznało się 4,3% matek, do silnego potrząsania dzieci poniżej 2. roku życia – 2,6%. Wskaźnik nadużyć seksualnych raportowanych przez matki wyniósł 11/1000 dzieci w minionym roku. Autorzy pracy odnotowali, że częstość nadużyć fizycznych wobec dzieci szacowana według anonimowych relacji matek jest 40 razy wyższa niż ta, którą pozwalają ustalić oficjalne raporty, a częstość nadużyć seksualnych – analogicznie 15 razy wyższa. Badacze ustalili, że tylko jedno na sto pięćdziesiąt dzieci, które są silnie potrząsane, zostaje objęte opieką medyczną⁽¹¹⁾. W Stanach Zjednoczonych maltretowanie dzieci jest uznane za drugą z najczęstszych przyczyn śmierci dzieci! Od 1994 obserwuje się narastające rozpowszechnienie tego zjawiska⁽¹²⁾.

Centrum Badania Opinii Społecznej w komunikacie opublikowanym w 2005 roku podało, że w Polsce trochę więcej niż jedna piąta rodziców (22%) wychowujących dzieci poniżej 19. roku życia przyznaje się do ich „mocnego bicia”⁽¹³⁾. Według danych Komendy Głównej Policji liczba ofiar przemocy domowej zarejestrowanych w systemie „Niebieskiej Karty” w 2007 roku wyniosła 31 000 w grupie dzieci do 13 lat, a wśród nieletnich w wieku 13-18 lat – niemal 15 000. Wykorzystanie seksualne oficjalnie w 2007 roku dotyczyło niemal 2000 dzieci⁽¹⁴⁾. Przypuszcza się, że skala przemocy jest zdecydowanie większa⁽¹³⁾. Jak już wspomniano, brak jest danych na temat rozpowszechnienia innych rodzajów wydarzeń traumatyzujących w populacjach dziecięcych.

Rozpowszechnienie przeżycia WT w populacjach klinicznych wydaje się znacznie wyższe. W swojej pracy przeglądowej Read i wsp. przeanalizowali 51 badań, w których analizowano przypadki pacjentów objętych opieką psychiatryczną zarówno w trybie ambulatoryjnym, jak i szpitalnym. Autorzy oszacowali, że średnio w tych grupach 48% kobiet i 28% mężczyzn doświadczyło nadużycia seksualnego, 29% kobiet i 7% mężczyzn miało seksualne kontakty kazirodcze, a 48% kobiet i 50% mężczyzn doznało nadużycia fizycznego⁽¹⁵⁾.

Badanie Friedmana i wsp. obejmowało pacjentów z czterech kategorii diagnostycznych (zaburzenia lękowe z napadami lęku, inne zaburzenia lękowe, „duży” epizod depresji oraz przewlekła schizofrenia). Częstość występowania nadużycia seksualnego w dzieciństwie wahała się wśród badanych grup w granicach 13-43%, a nadużycia fizycznego – 16-40%, bez istotnych statystycznie różnic między grupami⁽¹⁶⁾. Według obserwacji Safrena i wsp. nadużycie fizyczne lub seksualne w wywiadzie najczęściej dotyczyło pacjentów z lękiem panicznym⁽¹⁷⁾. W swej prospektywnej pracy Spataro i wsp. wykazali, że ofiary przemocy seksualnej w dzieciństwie częściej niż dzieci z populacji ogólnej miały stawiane rozpoznania psychiatryczne już w okresie rozwojowym, a w okresie dorosłości częściej otrzymywały diagnozę zaburzeń osobowości, zaburzeń lękowych i afektywnych, ale nie schi-

second most common cause of death in children. Prevalence of this phenomenon is increasing since 1994⁽¹²⁾. In its 2005 report, the Centre for Public Opinion Study stated that in Poland just over 1/5 of parents (22%) rearing children under 19 admit to having beaten them “strongly”⁽¹³⁾. According to data of Police Head Quarter, in 2007, the number of victims of domestic violence registered in the “Blue Card” system reached 31 000 in the group of children under 13 and nearly 15 000 in the group of adolescents aged 13-18. The number of registered cases of sexual abuse in 2007 approached 2000⁽¹⁴⁾. We may safely assume that true prevalence of child-directed violence is considerably higher⁽¹³⁾.

As was already mentioned, we lack data on prevalence of other types of traumatic events occurring in the paediatric population.

Prevalence of ET in clinical populations appears much higher. In their review paper, Read et al. analysed 51 studies encompassing persons under psychiatric care, both on an outpatient and inpatient basis. The authors estimate that in this population about 48% of women and 28% of men have been sexually abused, 29% of women and 7% of men have had incestuous sexual contacts and 48% of women and 50% of men experienced physical abuse⁽¹⁵⁾.

The study by Friedman et al. included patients of 4 diagnostic categories (anxiety disorders with anxiety attacks, other anxiety disorders, major depressive episode and chronic schizophrenia). Prevalence of early sexual abuse in this group of patients ranged from 13 to 43% and that of early physical abuse – from 16 to 40%, with no statistically significant intergroup differences⁽¹⁶⁾. According to Safren et al., a history of physical or sexual abuse most often was present in patients with panic anxiety⁽¹⁷⁾. In his prospective study, Spataro et al. demonstrated that victims of early sexual violence were diagnosed with a mental illness already in the developmental age more frequently than children in general population, while being adults, they were more frequently diagnosed with personality disorders, anxiety disorders and affective disorders (however not schizophrenia)⁽¹⁸⁾. Data concerning prevalence of ET in the population of persons with psychotic disorders will be quoted in the second part of this paper.

METHODOLOGICAL PROBLEMS OF STUDIES ON ASSOCIATION OF ET AND PSYCHOSIS

DEFINITIONS AND COLLECTION OF DATA

Study of correlations between ET and psychosis is fraught with several methodological problems. One of them is of course the above-mentioned lack of a precise and uniform definition. Furthermore, it is difficult to compare

zofrenii⁽¹⁸⁾. Dane dotyczące częstości występowania WT w populacji osób z zaburzeniami psychicznymi przytoczamy w drugiej części artykułu.

PROBLEMY METODOLOGICZNE DOTYCZĄCE BADAŃ NAD ZWIĄZKIEM WT Z PSYCHOZĄ

DEFINICJE I UZYSKIWANIE DANYCH

Badanie związku WT z psychozą rodzi wiele problemów metodologicznych. Jednym z nich jest oczywiście, o czym już wcześniej była mowa, brak precyzyjnych i jednolitych definicji WT. Trudno jest ponadto porównywać badania uwzględniające różny stopień nasilenia, powtarzalności, czasu trwania czy wiek wystąpienia urazu. W części prac czynniki te w ogóle nie są brane pod uwagę⁽¹⁹⁾.

Kolejnym problemem jest brak uwzględniania w wielu analizach statystycznych tzw. czynników zakłócających (jak czynniki demograficzne, występowanie objawów depresyjnych, uzależnień).

Badania różnią także źródła wykorzystywanych informacji. Dane pochodzą zazwyczaj od badanych osób i są uzyskiwane retrospektywnie, co stwarza ryzyko błędów. Istotne wydaje się pytanie, czy i na ile obecny proces chorobowy, w tym obecność objawów psychicznych i zaburzeń pamięci, wpływa na zdolność odtwarzania wydarzeń z przeszłości⁽¹⁹⁾. Cuervo-Lombard i wsp. podają, że w schizofrenii występuje zjawisko upośledzonej zdolności odtwarzania faktów autobiograficznych, które miały miejsce „w końcowym stadium procesu rozwoju osobowości”⁽²⁰⁾. Znaczenie ma także ocena odtwarzanych zdarzeń w aspekcie emocjonalnym. Sytuacje wywołujące reakcje emocjonalne są odtwarzane częściej od neutralnych emocjonalnie, a spośród tych pierwszych wydarzenia związane z ujemnym znakiem emocji są przez część badanych nieraportowane⁽²¹⁾. Rzecz jasna dane uzyskiwane w badaniach retrospektywnych nie mogą podlegać weryfikacji. Dlatego część badaczy próbując zobiektywizować dane o traumie, odwołuje się do raportów odpowiednich służb⁽¹⁸⁾. Te jednak wydają się obejmować najbardziej drastyczne przypadki nadużyć. Ponadto rejestracja nadużycia wobec dziecka nierzadko wiąże się z jakąś formą interwencji, co może mieć znaczenie ochronne i zapobiegać rozwojowi objawów psychopatologicznych⁽¹⁹⁾. Autorzy zajmujący się zjawiskiem WT, postulują konieczność przeprowadzenia badań prospektywnych z uwzględnieniem licznych czynników modyfikujących wyniki, w tym interwencji terapeutycznych⁽²²⁾.

Poważnym zarzutem dotyczącym badań nad związkiem WT z rozwojem zaburzeń psychicznych jest brak odpowiednich grup kontrolnych. Spośród 38 badań nad rozpowszechnieniem zjawiska WT w populacji osób z diagnozą psychozy w 26 nie porównano wyników do grupy kontrolnej⁽²²⁾. Także rodzaj grup kontrolnych różni się znacząco. Opublikowano 7 badań, w których grupę

studies reporting on traumata of varying severity, repetitiveness, duration and age of occurrence. In some papers such factors are not taken into consideration at all⁽¹⁹⁾. Another problem is lack of controlling for the so-called confounding factors (e.g. demographic factors, signs of depression, drug addiction) in many statistical analyses. Studies differ by source of data presented. Most often data come from examined persons and are collected retrospectively, thus at risk of error. An important issue is if and to what extent present psychopathologic process, including the presence of psychotic symptoms and memory disturbances, influences the responders' ability to recall past events⁽¹⁹⁾. According to Cuervo-Lombard et al., in schizophrenia we are witnessing a phenomenon of compromised ability to recall autobiographic facts, which took place in the “final stage of personality development process”⁽²⁰⁾. An important issue in personal assessment of recalled events is the emotional context – situations eliciting emotional response are recalled more frequently than those emotionally neutral, and of the former – events associated with negative emotions are not reported by some responders⁽²¹⁾. Of course, data obtained in retrospective studies cannot be verified. Therefore, trying to objectivise their data on ET, some investigators rely on reports of appropriate agencies⁽¹⁸⁾. Unfortunately, these appear to include only most drastic cases of abuse. Furthermore, registration of a child abuse usually is associated with some form of intervention, possibly having a protective effect and preventing the development of psychopathological symptoms in the future⁽¹⁹⁾. Authors exploring the ET phenomenon often call for prospective trials accounting for several factors modifying the outcome, including therapeutic interventions⁽²²⁾.

A serious handicap of studies on associations of ET and psychotic disorders is lack of adequate control groups. In 26 out of 38 studies concerning prevalence of ET in the population of patients with diagnosed psychosis, no comparison with a control group has been done⁽²²⁾. Also, type of control groups differs considerably. There are 7 published studies with control group composed of persons with other psychiatric diagnoses^(16,23-28). In 2 papers, results are compared with those obtained in healthy people^(29,30). Three research teams used 2 control groups in their studies: persons with a psychiatric diagnosis other than psychosis and healthy persons. Not infrequently, control groups are not matched as far as age, gender or demographic features are considered. Authors of a critical review of available studies pertaining to the subject point out, that only 2 papers report about adequately selected control groups⁽²²⁾.

Another methodological problem is due to the fact, that most authors do not differentiate types of psychotic disorders developing in persons included in their studies⁽²²⁾. At the same time, investigators emphasize that difficulties in the assessment of prevalence of ET apply to the

kontrolną stanowiły osoby z innymi rozpoznaniem psychiatrycznymi^(16,23-28). W dwóch pracach wyniki porównano z wynikami osób zdrowych^(29,30). Trzy zespoły badawcze wprowadziły 2 grupy kontrolne: grupę osób z inną niż psychoza diagnozą psychiatryczną oraz grupę osób zdrowych. Grupy kontrolne nierzadko zostają niewłaściwie dobrane pod względem wieku, płci czy cech demograficznych. Autorzy krytycznego przeglądu dostępnych wyników badań problemu za poprawne pod względem doboru grup kontrolnych uznali tylko dwie prace⁽²²⁾.

Problemem metodologicznym jest także fakt, że większość autorów nie różnicuje rodzaju zaburzeń psychiatrycznych u badanych osób⁽²²⁾.

Badacze zagadnienia podkreślają równocześnie, że trudności w ocenie rozpowszechnienia zjawiska WT w równym stopniu dotyczą populacji osób zdrowych, co może prowadzić do zafałszowania wyników⁽²²⁾.

Podsumowując, liczne ograniczenia i różnice metodologiczne stanowią przeszkodę dla porównywania wyników badań, a według cytowanych już autorów najnowszej pracy przeglądowej dotyczącej związku WT z psychozą uniemożliwiają ich metaanalizę⁽²²⁾.

PROBLEMY DIAGNOSTYCZNE

Innym aspektem zagadnienia są problemy diagnostyczne. Podstawowym pytaniem pozostaje, czy objawy psychiatryczne opisywane u osób po przebytej traumie okresu dzieciństwa są specyficzne diagnostycznie. Objawami psychiatrycznymi, które w badaniach wiązano z doznaniem traumy okresu dzieciństwa, były najczęściej halucynacje. Związek z występowaniem urojeń wydaje się mniej jednoznaczny^(5,31). Jeszcze mniej danych popiera istnienie związku WT z występowaniem uznanych za charakterystyczne dla psychoz schizofrenicznych objawów negatywnych, zaburzeń funkcji poznawczych czy cech dezorganizacji myślenia. Szeroko podnoszona jest możliwość wystąpienia pomyłek diagnostycznych w zakresie rozpoznawania psychozy u osób z PTSD. Postuluje się także możliwość współistnienia obu rodzajów zaburzeń^(32,33). Podobna sytuacja dotyczy zaburzeń dysocjacyjnych. Głosy „komentujące” uznawane za objaw specyficzny dla psychoz schizofrenicznych występują także często u pacjentów z zaburzeniami dysocjacyjnymi⁽³⁴⁾. Zarówno w schizofrenii, jak i w zaburzeniach dysocjacyjnych mogą wystąpić halucynacje, które mają zazwyczaj charakter głosów „wrogich” lub „karzących”⁽³⁵⁾. Znane są poglądy, że i inne objawy tradycyjnie uznawane za pierwszorzędowe objawy schizofrenii, jak urojenia wpływu na myślenie, urojenia owładnięcia czy automatyzm psychiczny, są obecne u chorych z zaburzeniami dysocjacyjnymi⁽³⁶⁾. Możliwe jest także współistnienie objawów z obu grup⁽³⁷⁻³⁹⁾. W jednej z prac porównano 3 grupy hospitalizowanych psychiatrycznie adolescentów pod względem rozpowszechnienia nadużycia seksualnego. Nie doznała go żadna z osób z diagnozą schizofrenii

population of healthy people as well, resulting in a possible bias of results⁽²²⁾.

To sum up, several limitations and methodological differences constitute a significant obstacle in comparing results of particular studies and, according to the authors of the most recent review paper on associations of ET with psychoses, may even preclude their meta-analysis⁽²²⁾.

DIAGNOSTIC PROBLEMS

Another aspect of the issue is diagnostic problems encountered. The key question remains: do psychotic symptoms described in persons with a history of childhood trauma are diagnostically specific? In available studies, hallucinations were the most common psychotic symptoms associated with ET. A similar correlation with delusions is far less clear^(5,31). Even less data support association of ET and negative symptoms, disturbed cognitive functions or disorganization of thinking process, considered characteristic for schizophrenic psychoses. Widely discussed is the issue of diagnostic errors in the context of detection of psychosis in persons with post-traumatic stress disorder (PTSD). Possible coexistence of both types of disorders is also postulated^(32,33). Similar limitations concern dissociation disorders too. “Commenting” voices considered typical for schizophrenic psychosis are also frequent in persons with dissociation disorders⁽³⁴⁾. Hallucinations may occur both in schizophrenia and in dissociation disorders, usually taking the form of “hostile or punitive voices”⁽³⁵⁾. Some authors suggest that other symptoms, hitherto traditionally considered pathognomic symptoms of schizophrenia, e.g. delusions of thought, feelings and action control, are also present in patients with dissociation disorders⁽³⁶⁾. Furthermore, coexistence of both groups of symptoms is also possible⁽³⁷⁻³⁹⁾. One study compared 3 groups of inpatient adolescents with a diagnosis of mental disorders in what relates to prevalence of sexual abuse. None of the persons with a diagnosis of schizophrenia or related disease has had such an experience. On the other hand, sexual abuse was reported in most adolescents with a diagnosis of PTSD and all persons diagnosed with “dissociation hallucinosis”, understanding thereby a syndrome combining features both of PTSD, dissociation symptoms and hallucinations⁽²⁷⁾. Hammersley et al. demonstrated that persons with a diagnosis of bipolar affective disorder (BAD) and a history of sexual abuse had a 2-fold higher risk of developing auditory hallucinations and a 6-fold higher risk of “commenting” auditory hallucinations as compared with BAD patients who did not experience sexual abuse⁽⁴⁰⁾. In view of the above-mentioned data, statements are that “association of abuse and hallucinations may exist beyond diagnostic borderlines”⁽¹⁵⁾. Furthermore, there is no evidence suggesting an association of ET and non-psychotic symptoms, e.g. negative symptoms and disturbed

lub zaburzenia pokrewnego. Przeżycie takiego nadużycia zgłosiła natomiast większość młodocianych z rozpoznaniem zaburzeń stresowych pourazowych oraz wszystkie osoby, których diagnozę autorzy określili jako halucynozę dysocjacyjną, rozumiejąc pod tym pojęciem zespół łączący cechy zaburzeń stresowych pourazowych oraz objawów dysocjacyjnych i halucynacji⁽²⁷⁾. Hamersley i wsp. wykazali, że osoby z diagnozą ChAD i nadużyciem seksualnym w wywiadzie charakteryzowało dwukrotnie większe prawdopodobieństwo wystąpienia halucynacji słuchowych oraz sześciokrotnie większe halucynacji słuchowych „komentujących” w porównaniu z osobami z ChAD, które nie doświadczyły nadużycia⁽⁴⁰⁾. W odniesieniu do przytoczonych danych pojawiły się opinie, że „związki pomiędzy nadużyciem a halucynacjami mogą istnieć poza granicami diagnostycznymi”⁽¹⁵⁾. Co więcej, brak jest dowodów na powiązania między WT a wystąpieniem, uznawanych coraz częściej za kluczowe dla rozpoznania schizofrenii, objawów niepsychotycznych, jak objawy negatywne i zaburzenia funkcji poznawczych (co może jednak wynikać ze zbyt małej liczby badań). Według niektórych autorów upoważnia to do wnioskowania, że trauma okresu dzieciństwa jest raczej związana z wystąpieniem objawów psychotycznych w innych zaburzeniach niż schizofrenia^(7,19). Tezę tę popierają wyniki pracy, w której oceniono rozpowszechnienie WT w 3 grupach chorych z objawami psychotycznymi (osoby ze schizofrenią, ChAD oraz z tzw. atypową psychozą z halucynacjami i urojeniami). WT dotyczyła w najwyższym odsetku osób, których stan opisano jako atypową psychozę⁽⁴¹⁾. Opisane problemy skłaniają ku szerszej refleksji i zastanowieniu się nad sensem rozumienia psychozy jako jednostki nosologicznej. Innym aspektem jest zasadność współczesnych klasyfikacji psychiatrycznych i ich zdolność do „odzwierciedlania rzeczywistości”.

Wobec powyższych problemów atrakcyjną wydaje się przedstawiona między innymi przez Rossa i wsp., Morrisona i wsp. oraz Kingdona i wsp. propozycja wyodrębnienia podgrupy psychoz indukowanych traumą^(36,42,43). Jako psychozę potraumatyczną (*traumatic psychosis*) opisuje się zaburzenia psychotyczne, w których wystąpieniu oraz treści objawów znaczącą rolę można przypisać traumatyzującemu wydarzeniu. Typowymi jej objawami mają być halucynacje słuchowe o charakterze głosów „komentujących” lub „krytykujących” połączone z omamami wzrokowymi i uczucia ustrojowego. Treść objawów jest związana z doznany urazem lub stanowi reprezentacje negatywnych schematów z nim związanych. Do innych charakterystycznych cech należą podlegające fluktuacjom objawy depresyjne z myślami samobójczymi, urojenia prześladowcze oraz nadużywanie środków psychoaktywnych^(42,43). Pacjentów z takim obrazem zaburzeń charakteryzuje często „oporność na leczenie farmakologiczne”, natomiast dobra odpowiedź na terapię poznawczo-behawioralną⁽⁴³⁾. Także autorzy

cognitive functions, which are increasingly often considered key features of schizophrenia (possibly due to a limited number of studies published to-date). In some authors' opinion, this might signify that childhood trauma may be associated with occurrence of psychotic symptoms in other diseases than schizophrenia^(7,19). This view is further supported by results of a study on prevalence of ET in 3 groups of patients with psychotic symptoms (persons with schizophrenia, persons with BAD and persons with the so-called atypical psychosis with hallucinations and delusions). ET was most common in persons whose condition was described as atypical psychosis⁽⁴¹⁾. Problems described above call for a more in-depth reflection and reconsideration of meaning of psychosis as a nosologic entity. Another issue is reliability of modern psychiatric classifications and their ability to “reflect reality”.

In view of the above-mentioned problems, Ross et al., Morrison et al. and Kingdon et al. made an attractive suggestion, to single-out a subgroup of trauma-induced psychoses^(36,42,43). Traumatic psychosis is defined as psychotic disorder, whereby the occurrence and content of symptoms is closely associated with a traumatizing experience. Thereby, typical symptoms would include auditory hallucinations in the form of “commenting” or “criticizing” voices, combined with visual hallucinations and impaired bodily sensations. Content of symptoms would be associated with the traumatic event experienced or would constitute a representation of negative patterns associated therewith. Other characteristic features include fluctuating depressive symptoms with suicidal thoughts, persecutory delusions and abuse of psychoactive substances^(42,43). Patients with this type of disorders are frequently characterized by “resistance to pharmacological therapy”, but may respond favourably to cognitive-behavioural therapy⁽⁴³⁾. Authors of the above-mentioned most recent review paper concerning associations of ET with psychosis suggest that ET is more commonly associated with “atypical psychosis” than with schizophrenia⁽²²⁾.

SUMMATION

Methodological problems described still preclude a reliable determination of prevalence of the ET phenomenon, both in general population and among persons with mental disorders. Unambiguous assessment of correlation between ET and psychosis developing later in life is therefore difficult. On the other hand, the role of ET in the pathogenesis of psychotic disorders constitutes a novel and promising area of research.

cytowanej uprzednio najnowszej pracy przeglądowej dotyczącej związku WT z psychozą sugerują, że to raczej atypowa psychoza niż schizofrenia jest związana z przeżyciem WT⁽²²⁾.

PODSUMOWANIE

Opisane problemy metodologiczne nadal nie pozwalają na pewne ustalenie rozpowszechnienia zjawiska WT zarówno w populacji ogólnej, jak i wśród osób z zaburzeniami psychicznymi. Ograniczają one także możliwość jednoznacznej oceny związków WT z psychozą rozwijającą się w późniejszym okresie życia. Z drugiej strony, zwrócenie uwagi na rolę WT w uwarunkowaniach psychozy stanowi nowy, interesujący kierunek poszukiwań badawczych.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Read J., Perry B.D., Moskowitz A., Connolly J.: The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry* 2001; 64: 319-345.
2. Myin-Germeys I., Krabbendam L., Delespaul P.A., van Os J.: Do life events have their effect on psychosis by influencing the emotional reactivity to daily life stress? *Psychol. Med.* 2003; 33: 327-333.
3. Collip D., Myin-Germeys I., van Os J.: Does the concept of "sensitization" provide a plausible mechanism for the putative link between the environment and schizophrenia? *Schizophr. Bull.* 2008; 34: 220-225.
4. Garner B., Pariante C.M., Wood S.J. i wsp.: Pituitary volume predicts future transition to psychosis in individuals at ultra-high risk of developing psychosis. *Biol. Psychiatry* 2005; 58: 417-423.
5. Read J., Agar K., Argyle N., Aderhold V.: Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychol. Psychother.* 2003; 76: 1-22.
6. Janssen I., Krabbendam L., Bak M. i wsp.: Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr. Scand.* 2004; 109: 38-45.
7. Bebbington P.E., Bhugra D., Brugha T. i wsp.: Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br. J. Psychiatry* 2004; 185: 220-226.
8. Whitfield C.L., Dube S.R., Felitti V.J., Anda R.F.: Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse Negl.* 2005; 29: 797-810.
9. Spauwen J., Krabbendam L., Lieb R. i wsp.: Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: relationship with psychosis proneness. *Br. J. Psychiatry* 2006; 188: 527-533.
10. May-Chahal C., Cawson P.: Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 2005; 29: 969-984.
11. Theodore A.D., Chang J.J., Runyan D.K. i wsp.: Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics* 2005; 115: e331-e337.
12. Johnson C.F.: Child maltreatment 2002: recognition, reporting and risk. *Pediatr. Int.* 2002; 44: 554-560.
13. Sasal H.D.: Niebieskie Karty. Przewodnik do procedury interwencji wobec przemocy w rodzinie. Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2006: 23-24.
14. www.policja.pl/portal/pol/4/318/Przemoc_w_rodzynie.html
15. Read J., van Os J., Morrison A.P., Ross C.A.: Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 112: 330-350.
16. Friedman S., Smith L., Fogel D. i wsp.: The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients. *J. Anxiety Disord.* 2002; 16: 259-272.
17. Safren S.A., Gershuny B.S., Marzol P. i wsp.: History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2002; 190: 453-456.
18. Spataro J., Mullen P.E., Burgess P.M. i wsp.: Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br. J. Psychiatry* 2004; 184: 416-421.
19. Morgan C., Fisher H.: Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma – a critical review. *Schizophr. Bull.* 2007; 33: 3-10.
20. Cuervo-Lombard C., Jovenin N., Hedelin G. i wsp.: Autobiographical memory of adolescence and early adulthood events: an investigation in schizophrenia. *J. Int. Neuropsychol. Soc.* 2007; 13: 335-343.
21. Lindsay D.S., Wade K.A., Hunter M.A., Read J.D.: Adults' memories of childhood: affect, knowing, and remembering. *Memory* 2004; 12: 27-43.
22. Bendall S., Jackson H.J., Hulbert C.A., McGorry P.D.: Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. *Schizophr. Bull.* 2008; 34: 568-579.
23. Emslie G.J., Rosenfeld A.: Incest reported by children and adolescents hospitalized for severe psychiatric problems. *Am. J. Psychiatry* 1983; 140: 708-711.
24. Haley G.M.T., Fine S., Marriage K.: Psychotic features in adolescents with major depression. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1988; 27: 489-493.
25. Ross C.A., Heber S., Norton G.R., Anderson G.: Differences between multiple personality disorder and other diagnostic groups on structured interview. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1989; 177: 487-491.
26. Fink D., Golinkoff M.: MPD, borderline personality disorder and schizophrenia: a comparative study of clinical features. *Dissociation* 1990; 3: 127-134.
27. Nurcombe B., Mitchell W., Begtrup R. i wsp.: Dissociative hallucinosis and allied conditions. W: Volkmar F. (red.): *Psychoses and Pervasive Developmental Disorders in Childhood and Adolescence*. American Psychiatric Press, Washington, DC 1996: 107-128.
28. Wexler B.E., Lyons L., Lyons H., Mazure C.M.: Physical and sexual abuse during childhood and development of psychiatric illnesses during adulthood. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1997; 185: 522-524.
29. Friedman S., Harrison G.: Sexual histories, attitudes, and behavior of schizophrenic and "normal" women. *Arch. Sex. Behav.* 1984; 13: 555-567.
30. Nettelbladt P., Svensson C., Serin U.: Background factors in patients with schizoaffective disorder as compared with patients with diabetes and healthy individuals. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1996; 246: 213-218.
31. Garety P.A., Kuipers E., Fowler D. i wsp.: A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol. Med.* 2001; 31: 189-195.
32. Scheller-Gilkey G., Moynes K., Cooper I. i wsp.: Early life stress and PTSD symptoms in patients with comorbid

- schizophrenia and substance abuse. *Schizophr. Res.* 2004; 69: 167-174.
33. Muenzenmaier K., Castille D., Shelley A.: Comorbid PTSD and schizophrenia. *Psychiatr. Ann.* 2005; 35: 51-56.
34. Ross C.A., Miller S.D., Reagor P. i wsp.: Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Compr. Psychiatry* 1990; 31: 111-118.
35. Honig A., Romme M.A., Ensink B.J. i wsp.: Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1998; 186: 646-651.
36. Ross C.A.: *Schizophrenia: Innovations in Diagnosis and Treatment.* The Haworth Press, New York 2005.
37. Ellason J.W., Ross C.A.: Positive and negative symptoms in dissociative identity disorder and schizophrenia: a comparative analysis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995; 183: 236-241.
38. Tutkun H., Sar V., Yargıç L.I. i wsp.: Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. *Am. J. Psychiatry* 1998; 155: 800-805.
39. Schäfer I., Harfst T., Aderhold V. i wsp.: Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2006; 194: 135-138.
40. Hammersley P., Dias A., Todd G. i wsp.: Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *Br. J. Psychiatry* 2003; 182: 543-547.
41. Hlastala S.A., McClellan J.: Phenomenology and diagnostic stability of youths with atypical psychotic symptoms. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 2005; 15: 497-509.
42. Kingdon D.G., Turkington D.: *Cognitive Therapy of Schizophrenia.* The Guilford Press, New York 2004.
43. Morrison A., Read J., Turkington D.: Trauma and psychosis: theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 112: 327-329.

Informujemy, że w dniach 4-5.12.2008 r. odbędzie się we Wrocławiu:

V Kongres Psychogeriatryczny

organizowany we współpracy z:
Fundacją Ochrony Zdrowia Psychicznego
Katedrą i Kliniką Psychiatrii AM we Wrocławiu

Tematem wiodącym będzie:

„Leczyć czy nie leczyć zaburzenia psychiczne w wieku podeszłym – od kliniki do standardów”

Kongres odbędzie się we Wrocławiu w Hotelu Wrocław, ul. Powstańców Śląskich 5/7.

Wszelkie informacje dotyczące V Kongresu Psychogeriatrycznego oraz formularze zgłoszenia dostępne są na stronach:
www.fozp.org.pl i www.ptpg.org.pl.

Rejestracyjna opłata kongresowa wynosi:

1. standardowa

- w I terminie (do 15 września 2008 r.) – 150 zł
- w II terminie (do 15 listopada 2008 r.) – 200 zł
 - w dniu Kongresu – 300 zł
- wieczór galowy (dodatkowo płatny) – 150 zł

2. ulgowa

- (studenci/doktoranci/osoby w trakcie specjalizacji)
- w I terminie (do 15 września 2008 r.) – 100 zł
 - w II terminie (do 15 listopada 2008 r.) – 150 zł
 - w dniu Kongresu – 250 zł
 - wieczór galowy (dodatkowo płatny) – 150 zł

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Prof. dr hab. Andrzej Kiejna

Sekretariat Kongresu:

Magdalena Ciałkowska, Patryk Piotrowski
Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego
Katedra i Klinika Psychiatrii, Wybrzeże Pasteura 10, 50-367 Wrocław
tel.: 071 784 16 00
faks: 071 784 16 02
e-mail: sekretariat@ptpg.org.pl
www.fozp.org.pl