

Trauma okresu rozwojowego jako czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń psychotycznych. Część II. Wyniki badań, mechanizmy przyczynowo-skutkowe, implikacje kliniczne

Early trauma as a risk factor for future psychotic disorder. Part II.

Research data, cause-effect mechanisms and clinical implications

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

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

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

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Wiele badań przynosi dowody na istnienie związku pomiędzy przeżyciem wczesnej traumy (WT) a różnorodnymi niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi. Autorki pracy dokonują przeglądu współczesnego piśmiennictwa dotyczącego relacji WT z późniejszym rozwojem zaburzeń psychotycznych. Dane na ten temat pozostają w dużym stopniu niespójne. Większość badaczy jest zgodna, że doznanie WT może skutkować wystąpieniem w przyszłości tzw. objawów pozytywnych psychozy, zwłaszcza halucynacji i urojeń. Nie wykazano związku WT z występowaniem uznanych za charakterystyczne dla psychoz schizofrenicznych objawów negatywnych, zaburzeń funkcji poznawczych czy cech dezorganizacji myślenia. Sugeruje to, że związek pomiędzy WT a psychozą jest niespecyficzny diagnostycznie i dotyczy raczej możliwości wystąpienia objawów psychotycznych obecnych w różnych zaburzeniach psychicznych. Mechanizm rozwoju objawów psychotycznych związanych z WT znajduje swoje wyjaśnienie zarówno w paradygmacie biologicznym, jak i psychologicznym. Mechanizmy biologiczne obejmują między innymi wpływ stresu na rozwój mózgu, dysregulację osi podwzgórze – przysadka – nadnercza lub układu dopaminergicznego. Zgodnie z modelem poznawczym psychozy przeżycie traumy prowadzi do powstawania negatywnych schematów poznawczych, co sprzyja zewnętrznym atrybucjom i formowaniu urojeń i halucynacji. Omawiany problem przynosi wiele implikacji klinicznych, z których podstawowymi są konieczność przeprowadzania wywiadu w kierunku WT i uwzględnianie faktu jej doznania w procesie terapeutycznym. Najbardziej polecaną jako podstawowa lub dodatkowa forma leczenia osób z WT w wywiadzie jest terapia poznawczo-behawioralna.

Słowa kluczowe: wczesna trauma, nadużycie fizyczne/seksualne, zaburzenia psychotyczne, mechanizmy rozwoju psychozy, implikacje kliniczne

Summary

Several studies provide ample evidence supporting association of early trauma (ET) with various non-psychotic mental disorders. Authors of this paper review recently published papers on correlations between ET and subsequent development of psychotic disorders. Pertinent data are largely inconsistent. Most investigators agree that an ET experience may lead to the development of the positive symptoms of a psychosis in the future, mainly hallucinations and delusions. No association was demonstrated between ET and negative symptoms, nor with disturbances of cognitive functions or thought disorganization, considered typical for schizophrenic psychosis. This suggests that association of ET and psychosis is diagnostically non-specific and rather indicates the possibility of development of psychotic symptoms, present in other mental disorders. The mechanism of development of ET-associated psychotic disorders is explained both in biological and psychological aspects. Biological mechanisms include the impact of stress on brain development, derangement of the hypothalamus-pituitary-adrenals axis and of the dopaminergic system. According to the cognitive model of psychosis, traumatic experience results in development of negative cognitive patterns, promoting external attributions and construction of delusions and hallucinations. The issue has several clinical implica-

tions, thereof the most important is the need to include ET in medical history and accounting for a possible traumatic experience when planning the therapeutic process. Cognitive-behavioural therapy is recommended as primary or adjuvant form of therapy in persons with a history of ET.

Key words: early trauma, physical/sexual abuse, psychotic disorder, mechanisms of development of psychosis, clinical implications

WYNIKI BADAŃ NAD ZWIĄZKIEM WCZESNEJ TRAUMY Z ROZWOJEM ZABURZEŃ PSYCHOTYCZNYCH

Niekorzystne konsekwencje doznania traumy w okresie dzieciństwa, zwłaszcza wywołanej nadużyciem seksualnym lub fizycznym, są szeroko opisywane w literaturze psychiatrycznej. Wiele prac dowodzi, że przeżycie traumy przez dziecko zwiększa ryzyko wystąpienia u niego w okresie dorosłości zaburzeń niepsychotycznych, takich jak depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, zaburzenia stresowe pourazowe, uzależnienia, zaburzenia dysocjacyjne, dysfunkcje seksualne, zaburzenia odżywiania⁽¹⁻⁶⁾. Dopatrywano się także związku specyficznych form nadużyć z określonymi zaburzeniami, np. nadużycie seksualne silnie koreluje z późniejszym wystąpieniem depresji i osobowości chwiejnej emocjonalnie, a nadużycie fizyczne – antyspołecznych zaburzeń osobowości^(1,2,7,8). Doświadczenie nadużycia w okresie dzieciństwa zwiększa także znacząco ryzyko zachowań samobójczych, niezależnie od diagnozy^(4,9).

Zwiększone w ostatnich latach zainteresowanie badaczy udziałem czynników psychospołecznych w rozwoju schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych skłoniło wielu z nich do określenia roli wczesnej traumy (WT) w tym procesie. Zainteresowanie owo wynikało także z obserwacji, że osoby, które doznały nadużycia w okresie dzieciństwa, w badaniu Minnesockim Wielowymiarowym Kwestionariuszem Osobowości (MMPI) osiągały najwyższe wyniki w skali Psychozy⁽¹⁰⁾. W pracy Elhaia i wsp. u ofiar nadużycia seksualnego w dzieciństwie z diagnozą PTSD najbardziej podwyższone wyniki w teście MMPI dotyczyły skali Schizofrenia⁽¹¹⁾. Jednak wyniki prac dotyczących tej problematyki pozostają w dużej mierze sprzeczne. Część doniesień wskazuje, że diagnoza zaburzeń z grupy schizofrenii jest równie częsta lub rzadsza w porównaniu z innymi diagnozami u osób nadużytych w okresie dzieciństwa⁽¹²⁻¹⁴⁾. Z kolei prospektywne badanie ponad tysiąca osób wykazało, że u tych z nich, których interakcje z matkami opisano jako „charakteryzujące się szorstkością wobec dziecka i brakiem wysiłku, aby mu pomagać”, w okresie dorosłości znacząco częściej stawiano diagnozę schizofrenii lub zaburzeń pokrewnych w porównaniu z innymi rozpoznaniem⁽¹⁵⁾. Livingston oszacował, że spośród dzieci hospitalizowanych psychiatrycznie u 77% z tych, które doświad-

RESULTS OF STUDIES ON ASSOCIATION BETWEEN ET AND DEVELOPMENT OF PSYCHOTIC DISORDERS

Negative effects of a childhood traumatic experience, particularly sexual or physical abuse, are widely discussed in psychiatric literature. Several papers prove that a traumatic experience in childhood increases the risk of development of non-psychotic disorders in the adulthood, such as depression, anxiety disorders, personality disorders, post-traumatic stress disorder, drug-addictions, dissociation disorders, sexual dysfunctions and eating disorders⁽¹⁻⁶⁾. Associations between specific forms of abuse and particular disorders were looked for, e.g. sexual abuse strongly correlates with future development of depression and borderline personality disorder, while physical abuse – with antisocial personality disorders^(1,2,7,8). Abuse experienced in childhood significantly increases the risk of suicidal behaviours, independent of original diagnosis^(4,9).

In the last few years we are witnessing a surge of interest of scientific community in the role of psychosocial factors in the development of schizophrenia and other psychotic disorders. This trend generated several attempts to define the exact role of ET in the process. Such an increased interest resulted also from observations that persons experiencing a childhood abuse scored higher at the Psychosis subscale of the Minnesota Multidimensional Personality Inventory (MMPI)⁽¹⁰⁾. In the paper by Elhai et al., victims of childhood sexual abuse diagnosed with PTSD scored highest in the MMPI Schizophrenia scale⁽¹¹⁾. However, results of studies exploring this issue are largely contradictory. Some reports indicate that the diagnosis of schizophrenia-like disorders is just as frequent or even less frequent than other diagnoses in persons who experienced childhood abuse⁽¹²⁻¹⁴⁾. On the other hand, a prospective study including over 1000 persons revealed that in those of them, whose interactions with mothers were characterized by “harshness towards the child and no effort to help the child”, as adults were significantly more often diagnosed with schizophrenia or related disorder than with other diagnoses⁽¹⁵⁾. Livingston estimated that among inpatient mentally ill children, 77% of those who experienced sexual abuse were diagnosed as psychotic, vs. 10% of other diagnoses⁽¹⁶⁾. Studies by Holowka et al. revealed that in a group of adults treated as outpatients with the diag-

czyły nadużycia seksualnego, stawiano diagnozę psychozy, w porównaniu z 10% dzieci z inną diagnozą⁽¹⁶⁾. Według badań Holowki i wsp. w grupie dorosłych pacjentów ambulatoryjnych z diagnozą schizofrenii 85% z nich doświadczyło jakiejś formy nadużycia lub zaniedbania emocjonalnego, w tym 50% nadużycia seksualnego⁽¹⁷⁾. W kolejnej pracy stwierdzono, że spośród 426 pacjentów szpitalnych określonych jako psychotyczni odsetek nadużycia fizycznego w dzieciństwie osiągnął wśród kobiet 29%⁽¹⁸⁾. W identycznej metodologicznie pracy Kesslera i wsp. odsetek szacowany dla populacji ogólnej wyniósł 5%⁽¹⁹⁾. Analiza 26 prac, w których na podstawie relacji pacjentów z różnymi postaciami zaburzeń psychotycznych oceniano rozpowszechnienie WT, wskazuje, że zjawisko to dotyczyło 28-73% badanych. Rozpowszechnienie nadużyć seksualnych wahało się w granicach 13-61%, natomiast nadużyć fizycznych – 10-61%. Analizowanie prace budzą jednak poważne zastrzeżenia metodologiczne, między innymi ze względu na brak grup kontrolnych⁽²⁰⁾. W pracy Nettelblada i wsp. dokonano porównania rozpowszechnienia WT wśród pacjentów z diagnozą zaburzeń schizoafektywnych z osobami zdrowymi i chorymi na cukrzycę. Przeżycie WT znacząco częściej dotyczyło osób z zaburzeniami schizoafektywnymi w porównaniu z pozostałymi grupami (47 v. 6%)⁽²¹⁾. Wurr i wsp. oszacowali rozpowszechnienie nadużyć seksualnych doznanych w dzieciństwie przez osoby hospitalizowane z rozpoznaniem schizofrenii na 38%, w porównaniu z 10% osób zdrowych⁽¹⁴⁾. Jednym z najszerzej cytowanych badań dotyczących problematyki WT w odniesieniu do późniejszych zaburzeń psychotycznych jest praca Bebbingtona i wsp. Autorzy objęli badaniem ponad 8 tysięcy mieszkańców Wielkiej Brytanii, diagnozując ich psychiatrycznie i równocześnie oceniając występowanie traumatyzujących wydarzeń w dzieciństwie, wybieranych przez badanych z prezentowanych im list. Odsetek wszystkich niekorzystnych doświadczeń, jakie odnotowywali badacze (większość z nich miała charakter przeżyć stawiających osobę w roli ofiary), był istotnie wyższy wśród chorych z zaburzeniami psychotycznymi (60 osób) w porównaniu zarówno z osobami z innymi zaburzeniami psychicznymi, jak i z osobami zdrowymi. Najczęstszymi doświadczeniami były w tej grupie: zostanie ofiarą poważnego zranienia, choroby lub napaści (64%), znęcanie się ze strony rówieśników (46%), przemoc domowa (38%), nadużycie seksualne (34%), ucieczki z domu (34%). Po zastosowaniu metody regresji logistycznej z uwzględnieniem wzajemnych związków między wydarzeniami i obecnego poziomu depresji oceniono iloraz szans wystąpienia psychozy na 2,9 w przypadku nadużycia seksualnego lub bycia ofiarą poważnego zranienia, choroby bądź napaści. Ryzyko rozwoju zaburzeń psychotycznych rosło także niemal trzykrotnie u osób, które w dzieciństwie uciekały z domu, a ponad dwukrotnie u bezdomnych⁽²²⁾.

nosis of schizophrenia 85% experienced some form of abuse or emotional neglect, thereof 50% experienced sexual abuse⁽¹⁷⁾. In another paper, the authors state that among 426 inpatients described as “psychotic”, the rate of childhood physical abuse was as high as 29% among female patients⁽¹⁸⁾. In a methodologically identical paper by Kesler et al., the proportion of such persons in general population was estimated at 5%⁽¹⁹⁾. A review of 26 studies assessing the prevalence of ET based on reports of patients with various types of psychotic disorders, revealed that this phenomenon may concern 28-73% of patients examined. Prevalence of sexual abuse ranged from 13 to 61%, while that of physical abuse – from 10 to 61%. Analysed papers, however, raise serious methodological concerns, including those associated with lack control groups⁽²⁰⁾. In the paper by Nettelbladt et al. prevalence of ET among patients diagnosed with schizoaffective disorders was compared with ET prevalence among healthy persons and diabetics. An ET experience was significantly more frequent among persons with schizoaffective disorders than in other groups (47 vs. 6%)⁽²¹⁾. Wurr et al. estimated the prevalence of sexual abuse experienced in childhood by persons hospitalised because of schizophrenia at the level of 38%, as compared with 10% in healthy people⁽¹⁴⁾.

One of the most widely quoted studies concerning ET in the context of subsequent psychotic disorders is the paper by Bebbington et al. Their analysis encompassed over 8000 persons living in Great Britain, performing a formal psychiatric examination with special emphasis on childhood traumatic events, which the examinees were asked to choose from lists presented. The rate of all unfavourable experiences recorded (in most of the cases, responders played the role of victims thereof), was significantly higher among persons with psychotic experiences (60 persons) as compared both with persons with other mental disorders and with healthy people. In this group, the most common traumatizing experiences were: being victim of a serious injury, disease or assault (64%), bullying (46%), domestic violence (38%), sexual abuse (34%), escape from home (34%). Upon application of logistical regression model, adjusting for mutual correlations among events and current depression level, the estimated odds ratio for the development of psychosis was 2.9 in the case of sexual abuse or being victim of serious injury, disease or assault. The risk of development of psychotic disorders increased nearly 3-fold in persons who escaped from home in childhood and over 2-fold in the homeless⁽²²⁾.

The paper by Janssen et al. appears to contribute a lot to our understanding of the problem. Their study encompassed over 4000 adult persons from general population. Prevalence of childhood abuse in this group of people was assessed retrospectively using a structured questionnaire, while eventual psychotic symptoms were recorded at the start of study and after 2 years (prospective

Wiele dla analizy problemu zdaje się wносить praca Janssen i wsp. Objęli oni swym badaniem próbę ponad 4 tysięcy dorosłych osób z populacji ogólnej. Występowanie nadużyć wobec tych osób w dzieciństwie oceniano retrospektywnie przy pomocy ustrukturyzowanego kwestionariusza, a obecność objawów psychotycznych rejestrowano na początku badania i po okresie 2 lat (obserwacja prospektywna). Doświadczenie nadużycia fizycznego lub psychologicznego w okresie rozwojowym (po uwzględnieniu w analizie statystycznej licznych czynników zakłócających) zwiększało ponad siedmiokrotnie ryzyko wystąpienia w opisanym okresie objawów psychotycznych wymagających leczenia. Efekt był zależny od „dawki” doznanej traumy. U osób, które zgłosiły największą częstość doświadczania nadużyć, ryzyko wystąpienia psychozy oceniono mniej więcej na trzydziestokrotnie wyższe w porównaniu z osobami, które nie doznały nadużycia w dzieciństwie⁽²³⁾.

Podobnie na polu prospektywny charakter miało badanie Spauwena i wsp. Wzięło w nim udział ponad 2,5 tysiąca adolescentów i młodych dorosłych (w wieku 14-24 lat), którzy raportowali występowanie traumatycznych wydarzeń przedstawianych im w postaci wizualnej (9 rodzajów, cytowanych wcześniej). Na początku badania oceniano także tzw. podatność na psychozę (*psychosis proneness*) przy pomocy podskal Psychotyzm oraz Paranoja skali Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R). Określano także stan psychiczny, w tym obecność objawów psychotycznych (Munich-Composite International Diagnostics Interview – M-CIDI), na początku badania i kolejno średnio po 24 i 42 miesiącach. Pacjentów, u których wystąpiły zaburzenia psychotyczne, podzielono na grupy, w zależności od nasilenia obserwowanych objawów (obecność objawów z co najmniej jednego itemu określającego psychozę według M-CIDI dotyczyła grupy psychozy „szeroko definiowanej”; obecność objawów z co najmniej 3 itemów – grupy psychozy „wąsko definiowanej”). Analiza uzyskanych danych wykazała, że przebycie traumy w okresie dzieciństwa zwiększa dwukrotnie ryzyko wystąpienia „wąsko definiowanej” psychozy. Nie odnotowano istotnych związków pomiędzy traumatyzującymi wydarzeniami a rozwojem zaburzeń afektywnych. Dla wystąpienia w przyszłości objawów psychotycznych nie miał znaczenia wiek przeżycia traumy ani jej rodzaj. Nową obserwacją zawartą w tej pracy było odnotowanie, że nasilenie objawów psychotycznych rosło, gdy doznaniu urazu towarzyszyło przeżywanie intensywnego strachu, przerażenia lub poczucie niemożności uzyskania pomocy. Podobnie jak w cytowanych wyżej pracach znaczenie miała także liczba doznanych traumatycznych wydarzeń – im większa, tym ryzyko wystąpienia psychozy było wyższe. Częstość występowania objawów psychotycznych była istotnie wyższa u osób, które na początku obserwacji wykazywały tzw. podatność na psychozę. Można by jednak dyskutować,

observation). Having experienced physical or psychological abuse at developmental age (even adjusting for numerous confounding factors in final statistical analysis) resulted in an over 7-fold greater risk of developing psychotic symptoms necessitating treatment. The effect was “dose-dependent”, directly proportional to severity of trauma experienced. Persons who had experienced most severe abuse, the risk of psychosis were assessed at about 30-fold greater than in persons who did not experience childhood abuse⁽²³⁾.

A similar, quasi-prospective study performed by Spauwen et al., included over 2500 adolescents and young adults (age range 14-24 years) reporting traumatic experiences presented them in visual form (9 types of abuse mentioned above). At the beginning of study, their psychosis proneness was assessed, using Psychotism and Paranoia subscales of the Symptom Check List-90-Revised scale (SCL-90-R). Mental state was assessed using the Munich Composite International Diagnostics Interview (M-CIDI) at the beginning of study and then after about 24 and 42 months. Patients presenting psychotic symptoms were allotted to groups, depending on severity of their symptoms (presence of signs of at least 1 item defining “psychosis” according to M-CIDI was consistent with the group “broad psychosis outcome”; presence of signs of at least 3 items was consistent with “narrow psychosis outcome”). Analysis of data revealed that trauma experienced in childhood increases 2-fold the risk of psychosis in the narrow sense. No significant correlations were noticed between traumatic events and development of affective disorders. Future development of psychotic symptoms did not depend on victim’s age at the time of trauma nor on its type. A novel observation reported in this paper was that severity of psychotic symptoms increased when traumatic experience was associated with an intense fear, horror or helplessness. Similar to the above-mentioned papers, the number of experienced traumatic events mattered too – the more, the greater was the risk of development of psychosis in the future. Incidence of psychotic symptoms was significantly higher in persons who at the start of the study demonstrated a “psychosis proneness”; however, a matter of debate is whether this “proneness” could be a manifestation of an incipient psychotic process⁽²⁴⁾.

Whitfield et al., as well as Janssen et al., observed a correlation between the “dose” of traumatic events in the developmental age and incidence of psychotic symptoms in the adulthood. In the author’s opinion, having experienced 7 or more unfavourable events increases 5-fold the risk of some form of hallucinations, even adjusting for potential effects of psychoactive substances used. However, this study seems to have serious methodological limitations, as incidence of hallucinations was assessed solely based on the responders’ answer to one very general question⁽²⁵⁾. Also Reulbach et al. demonstrated a close association between the degree of perse-

czy owa „podatność” nie była wyrazem rozpoczynającego się procesu psychotycznego⁽²⁴⁾. Whitfield i wsp., podobnie jak Janssen i wsp., zaobserwowali zależność od „dawki” traumatyzujących wydarzeń w okresie rozwojowym a występowaniem doznań psychotycznych w dorosłości. Według nich przeżycie siedmiu lub więcej niekorzystnych wydarzeń pięciokrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia jakiegoś rodzaju halucynacji, także po uwzględnieniu potencjalnych efektów używania środków psychoaktywnych. Opisane badanie wydaje się jednak mieć poważne ograniczenia metodologiczne, bowiem występowanie halucynacji oceniano w nim na podstawie jednego tylko pytania o duży stopniu ogólności⁽²⁵⁾. Także Reulbach i wsp. wykazali, że istnieje silny związek pomiędzy stopniem prześladowania doznanego przez ofiary Holocaustu w dzieciństwie a ich zachorowaniem na schizofrenię w życiu dorosłym⁽²⁶⁾. Podobnie wnioskowali Neria i wsp. po przeanalizowaniu historii 426 pacjentów z pierwszym epizodem psychozy, podkreślając tzw. efekt dawki. Zdaniem autorów najistotniejsze dla rozwoju psychozy były doznane w dzieciństwie długotrwałe lub powtarzające się urazy psychiczne, zwłaszcza te stawiające dziecko w roli ofiary⁽¹⁸⁾.

PRZEŻYCIE TRAUMY W DZIECIŃSTWIE A RODZAJ, TREŚĆ I NASILENIE OBJAWÓW PSYCHOTYCZNYCH

HALUCYNACJE

Większość badaczy problemu jest zgodna, że doznanie traumatyzującego przeżycia w dzieciństwie może skutkować wystąpieniem w przyszłości tzw. objawów pozytywnych psychozy, zwłaszcza halucynacji i urojeń. Read i wsp. wykazali szczególnie silne związki pomiędzy nadużyciem w dzieciństwie a doświadczaniem w przyszłości halucynacji, najczęściej słuchowych. Doznawało ich 53% nowozelandzkich pacjentów szpitalnych, którzy przeżyli nadużycie seksualne w dzieciństwie, 58% z tych, którzy relacjonowali inne nadużycie fizyczne, oraz 71% osób z obydwoma rodzajami nadużyć⁽²⁷⁾. Badanie populacji pacjentów ambulatoryjnych wykazało występowanie halucynacji słuchowych u 19% pacjentów bez nadużycia w wywiadzie, u 47% z nadużyciem fizycznym i u 55% z nadużyciem seksualnym w przeszłości. Halucynacje takie były obecne aż u 71% chorych wykorzystywanych seksualnie i równocześnie maltretowanych fizycznie⁽²⁸⁾. Występowanie halucynacji słuchowych o charakterze nakazów, aby dokonać samouszkodzenia lub uszkodzenia ciała innych osób, w cytowanej pracy dotyczyły 2% pacjentów bez nadużycia, 18% osób molestowanych fizycznie (MF), 15% osób molestowanych seksualnie (MS) i 29% osób z podwójną traumą (MF+MS). Analogiczne dane na temat występowania głosów „komentujących” kształtowały się następująco:

cution experienced by Holocaust victims in their childhood and development of schizophrenia in adulthood⁽²⁶⁾. Similar were the conclusions of Neria et al. after having analysed medical histories of 426 patients after the first psychotic episode, emphasizing the so-called dose effect. In this author's opinion, the key factor in the development of schizophrenia was long-lasting or repetitive psychical trauma in childhood, particularly if the child plays the role of a victim thereof⁽¹⁸⁾.

CHILDHOOD TRAUMATIC EXPERIENCE VS. TYPE, CONTENT AND SEVERITY OF PSYCHOTIC SYMPTOMS

HALLUCINATIONS

Most investigators of the problem agree that having experienced a traumatic event in childhood may result in subsequent development of the positive psychotic symptoms, particularly hallucinations and delusions. Read et al. demonstrated particularly close associations between childhood abuse and future experience of hallucinations, most often auditory. They were present in 53% of New Zealand inpatients that experienced sexual abuse in childhood, in 58% of those reporting another kind of physical violence and in 71% of those who experienced both types of abuse⁽²⁷⁾. Study of a population of outpatients revealed auditory hallucinations in 19% of patients without a history of abuse vs. 47% of patients with a history of physical abuse and 55% with a history of sexual abuse. Such hallucinations were present in as much as 71% of patients both sexually abused and physically maltreated⁽²⁸⁾. Presence of auditory hallucinations ordering to perform acts of self-mutilation or mutilation of other persons' body, in this paper concerned 2% of non-abused patients, 18% of physically harassed persons and 15% of those sexually abused and 29% of those experiencing “double trauma” (physical and sexual abuse). Corresponding data concerning “commenting voices” were the following: 5% of non-abused persons, 21% of patients physically abused, 27% of those sexually abused and 36% of double trauma patients⁽²⁸⁾. Auditory hallucinations are also more frequent in children and adolescents who experienced physical or sexual abuse as compared with their peers with no such experiences^(29,30). Study of a population of homeless adolescents from Los Angeles area revealed a significant correlation between auditory hallucinations and experience of sexual abuse⁽³¹⁾. It should be kept in mind, however, that similar observations concern patients with bipolar affective disorder (BAD). According to Hammersley et al., probability of development of auditory hallucinations in BAD patients increases 2-fold in the case of sexual abuse and that of “commenting voices” – even 6-fold. In the paper quoted, out of 38 BAD patients with a history of severe abuse (defined as experienced

5% chorych bez nadużycia, 21% z MF, 27% z MS i 36% z dwoma rodzajami nadużyć⁽²⁸⁾. Omamy słuchowe występują także częściej u dzieci i adolescentów, którzy doznali nadużycia fizycznego lub seksualnego w porównaniu z rówieśnikami bez podobnych doświadczeń^(29,30). Badanie populacji bezdomnej młodzieży z terenu Los Angeles wykazało znaczący związek występowania halucynacji słuchowych z doświadczeniem nadużycia seksualnego⁽³¹⁾. Należy jednak pamiętać, że podobne obserwacje dotyczą pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD). Według Hammersleya i wsp. prawdopodobieństwo wystąpienia u chorych z ChAD halucynacji słuchowych wzrasta dwukrotnie w przypadku przeżycia nadużycia seksualnego, a halucynacji o charakterze głosów „komentujących” aż sześciokrotnie. W cytowanym badaniu spośród 38 pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową oraz poważnym nadużyciem w wywiadzie (definiowanym jako przeżytym przed 6. rokiem życia, powtarzającym się lub mającym miejsce w obrębie rodziny) tylko 1 osoba nie doświadczała halucynacji słuchowych⁽³²⁾.

W cytowanej już pracy Reada i wsp. u 60 pacjentów z udokumentowanym nadużyciem w dzieciństwie halucynacje (różnego rodzaju) występowały jako jedyny objaw psychotyczny znacząco częściej niż w porównywanej grupie bez podobnego incydentu. Co więcej, nadużycie w okresie rozwojowym uznano za silny predyktor wystąpienia w przyszłości halucynacji słuchowych i dotykowych⁽²⁸⁾.

Wyniki uzyskane przez Morrisona i wsp. sugerują związek występowania halucynacji wzrokowych z doświadczeniem przemocy ze strony rówieśników⁽³³⁾.

Śmiałą hipotezę wysunęli Whitfield i wsp., twierdząc, że „halucynacje mogą być markerem traumy okresu dzieciństwa”⁽²⁵⁾.

UROJENIA

Jednym z najbardziej poprawnych metodologicznie z przeprowadzonych badań następstw traumy okresu dzieciństwa jest cytowana już praca Janssena i wsp. Jej wyniki wskazują na silny związek przeżycia traumy w okresie rozwojowym z późniejszym wypowiedaniem treści urojeniowych, których rodzaju jednak autorzy nie określają⁽²³⁾. Częste występowanie urojeń o treści seksualnej dotyczyło kobiet, które miały wymuszone relacje kazirodcze⁽²⁸⁾. Przemoc fizyczna w rodzinach bezdomnych adolescentów z Los Angeles wiązała się z wypowiedaniem przez nich treści paranoidalnych. Nie zaobserwowano podobnych zależności w przypadku nadużyć seksualnych czy przemocy doznanej poza środowiskiem domowym⁽³¹⁾.

Ross i wsp. opisali związek nadużycia w okresie dzieciństwa z późniejszym pojawieniem się urojeń odnoszących oraz odsłonięcia⁽³⁴⁾. Jednak w licznych pracach jako związane z doświadczeniem nadużycia doznania

before the age of 6, repetitive or occurring in familial environment) only one person did not experience auditory hallucinations⁽³²⁾.

It the already quoted paper by Read et al., in 60 patients with documented childhood abuse, hallucinations (of various types) existed as the sole psychotic symptom significantly more often than in a comparable group of persons without such experiences. Furthermore, abuse in developmental age has been judged a strong predictor of development of auditory and tactile hallucinations in the future⁽²⁸⁾.

Results obtained by Morrison et al. suggest an association between visual hallucinations with experience of violence on behalf of peers⁽³³⁾.

Whitfield et al. have advanced a daring hypothesis, that “hallucinations may be a marker of childhood trauma”⁽²⁵⁾.

DELUSIONS

One of the best studies from methodological point of view devoted to sequels of childhood trauma is the already quoted paper by Janssen et al. Presented results indicate a strong association of traumatic experience in the developmental age with subsequent uttering of delusional content; unfortunately the type thereof was not specified by the authors⁽²³⁾. Frequent occurrence of delusions of sexual nature was seen in women, who have been forced to incestuous intercourse⁽²⁸⁾. Physical violence in the families of homeless adolescents of the Los Angeles area was associated with uttering of paranoid content. No such correlations have been observed in the case of sexual abuse or physical violence occurring outside domestic environment⁽³¹⁾. Ross et al. described associations of childhood abuse with subsequent development of delusions of reference and delusions of mind being read⁽³⁴⁾. However, in several papers only hallucinations are considered psychotic experiences associated with childhood abuse. In what concerns delusions, differences between persons with and without a history of childhood trauma were nor statistically significant⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Many studies confirm that the content of psychotic phenomena related by victims of childhood abuse is, in over half of the cases, closely associated to traumatic events experienced^(27,28,35). According to Ensink, hallucinations occurring in persons with a history of sexual abuse contain flashbacks and symbolic representations of that experience⁽³⁶⁾. In children maltreated at the age of 5-10, auditory and visual hallucinations not infrequently reflect in detail these traumatic episodes⁽³⁰⁾. Content of delusions of sexually abused persons frequently refers to the notion of devil or to the concept of evil⁽²⁸⁾. According to Offen et al., persons with a history of sexual abuse perceive their auditory hallucinations as hostile in nature⁽³⁷⁾. Such observations again lead to conclusions about poor diagnostic specificity of psychotic phenomena. In many authors' opinion, psychotic symptoms are

psychotyczne opisano jedynie halucynacje. W odniesieniu do urojeń różnice pomiędzy osobami z traumą wywiadzie a osobami, które jej nie doznały, nie były istotne statystycznie⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Wiele badań potwierdza, że treść doznań psychotycznych relacjonowanych przez ofiary nadużyć jest w ponad połowie przypadków ściśle związana z traumatycznym przeżyciem^(27,28,35). Według Ensinka halucynacje osób po przebyciu molestowania seksualnym zawierają zarówno flashbacki, jak i symboliczne reprezentacje tego doświadczenia⁽³⁶⁾. U maltretowanych dzieci w wieku 5-10 lat doznawane przez nie halucynacje słuchowe lub wzrokowe odzwierciedlały nierzadko w szczegółach traumatyczne epizody⁽³⁰⁾. Treść urojeń ofiar nadużyć seksualnych często nawiązywała do postaci diabła lub pojęcia zła⁽²⁸⁾. Według Offena i wsp. osoby z nadużyciem seksualnym w wywiadzie postrzegały występujące u nich halucynacje słuchowe jako nacechowane wrogością⁽³⁷⁾. Obserwacje te ponownie skłaniają do wnioskowania o małej swoistości diagnostycznej opisywanych doznań psychotycznych. Objawy psychotyczne są według wielu autorów obecne wśród pacjentów z diagnozą PTSD lub zaburzeń dysocjacyjnych⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. Niektórzy badacze wręcz sugerują, że obraz kliniczny zaburzeń licznych pacjentów z traumą w wywiadzie, u których postawiono diagnozę zaburzeń psychotycznych, przypomina raczej obraz zaburzeń stresowych pourazowych. Wydaje się, że w odniesieniu do części z tych pacjentów mogły zajść pomyłki diagnostyczne⁽⁴¹⁾. Postuluje się także możliwość współistnienia objawów schizofrenii oraz zaburzeń stresowych pourazowych (według klasyfikacji amerykańskiej – PTSD). W swej pracy Neria i wsp. wykazali, że kryteria PTSD spełniało 26,5% pacjentów z ponad 400 osób z pierwszym epizodem psychozy⁽¹⁸⁾.

ZABURZENIA MYŚLENIA

Wyniki badań dotyczące związku doświadczenia traumy w okresie dzieciństwa z późniejszym wystąpieniem dezorganizacji myślenia pozostają niespójne. Większość z nich powiązań takich nie potwierdza⁽²⁸⁾. Read i wsp. oraz Lange i wsp. odnotowali jedynie znaczną częstość występowania formalnych zaburzeń myślenia u pacjentów, którzy doznali zarówno nadużycia seksualnego w dzieciństwie, jak i molestowania seksualnego w dorosłym życiu^(5,28). Lysaker i wsp. zaobserwowali natomiast, że wśród pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii zaburzenia myślenia częściej dotyczyły osób, które przeżyły molestowanie seksualne w dzieciństwie⁽⁴²⁾.

OBJAWY KATATONICZNE

W swej pochodzącej z 1874 roku koncepcji katatonii Kahlbaum twierdził, że objawy katatoniczne są zazwyczaj precypitowane przez „bardzo silny stres fizyczny lub psychiczny, [...] taki jak doświadczenie związane

present in patients with the diagnosis of PTSD or dissociation disorders⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. Some investigators even suggest that clinical picture of disorders present in many patients with a history of childhood trauma, which has been diagnosed as psychotic disorders, in fact is more similar to that seen in PTSD. It would appear that in some of these patients we might have to do with a diagnostic error⁽⁴¹⁾. Possible coexistence of signs of schizophrenia and PTSD is also postulated. Neria et al. demonstrated in their paper that PTSD criteria were fulfilled by 26.5% of over 400 patients presenting with their first psychotic episode⁽¹⁸⁾.

THOUGHT DISORDER

Results of studies exploring associations of childhood trauma with subsequent development of disorganised thinking are discordant. Most reports fail to confirm such correlation⁽²⁸⁾. Read et al., as well as Lange et al. noticed significantly increased prevalence of formal thought disorder in patients who experienced sexual abuse in childhood or sexual harassment in adulthood^(5,28). Lysaker et al. observed that among patients with schizophrenia, thought disorders were more common among persons who experienced sexual abuse in childhood⁽⁴²⁾.

CATATONIC SYMPTOMS

In his concept of catatonia dating back to 1874, Kahlbaum stated that catatonic symptoms are usually precipitated by “very severe physical or mental stress [...] such as a very terrifying experience”⁽⁴³⁾. Unfortunately, no modern studies are available to verify this hypothesis, although some authors still perceive catatonia as an extreme form of anxiety reaction⁽⁴⁴⁾.

NEGATIVE SYMPTOMS

Most studies encompassing both children and adults failed to confirm an association of negative schizophrenic symptoms with previous physical or sexual abuse^(28,30,42,45). Only one study points to abuse during both childhood and adulthood as a predictor of future development of negative symptoms⁽²⁸⁾. Two studies on adult patients denote even slight reduction of severity of those signs in persons with a history of abuse^(34,46). Noteworthy are also opinions that negative signs may be a secondary phenomenon, developing as a response to trauma resulting from the mere experience of psychosis and hospitalisation⁽⁴⁷⁾. Probable are also diagnostic errors or coexisting of some signs of PTSD (avoidance of trauma-associated situations, features of “emotional numbness”) and negative symptoms.

Some authors emphasize that clinical picture of schizophrenia is different in persons with a history of ET. According to Lysaker et al., persons with schizophrenia

z uczuciem przerażenia⁽⁴³⁾. Brak jest jednak współczesnych badań weryfikujących tę hipotezę, choć niektórzy autorzy nadal postrzegają katatonię jako ekstremalną reakcję lękową⁽⁴⁴⁾.

OBJAWY NEGATYWNE

W większości prac z udziałem zarówno dzieci, jak i dorosłych nie potwierdzono związku występowania objawów negatywnych psychozy z wcześniejszym nadużyciem fizycznym czy seksualnym^(28,30,42,45). Zgodnie z wynikami jednego tylko badania uznano przeżycie nadużycia zarówno w dzieciństwie, jak i w okresie dorosłego życia za predyktor wystąpienia w przyszłości objawów negatywnych psychozy⁽²⁸⁾. W dwóch badaniach pacjentów dorosłych odnotowano nieznacznie mniejsze nasilenie tych objawów u pacjentów z nadużyciem w wywiadzie^(34,46). Ważne wydają się także głosy, że objawy negatywne mogą powstawać wtórnie jako reakcja na traumę związaną z przeżywaniem psychozy i hospitalizacji⁽⁴⁷⁾. Prawdopodobne jest również, że niejednokrotnie zachodzi zjawisko pomyłek diagnostycznych lub też nakładanie się na siebie części objawów PTSD (zachowanie typu unikania sytuacji związanych z urazem, cechy odrętwienia emocjonalnego) i objawów negatywnych.

Część autorów podkreśla, że obraz kliniczny zdiagnozowanej schizofrenii jest odmienny u osób, które doznały WT. Według Lysakera i wsp. osoby z rozpoznaniem schizofrenii z nadużyciem seksualnym w wywiadzie prezentowały znacząco bardziej nasilone objawy dysocjacyjne i objawy lękowe w porównaniu z chorymi bez nadużycia⁽⁴⁸⁾. Podobne rezultaty uzyskali Schäfer i wsp., badając kobiety z rozpoznaniem zaburzeń ze spektrum schizofrenii. Te z nich, które racjonowały nadużycie emocjonalne w dzieciństwie, prezentowały znacząco więcej objawów dysocjacyjnych⁽⁴⁹⁾.

WT może mieć też niekorzystny wpływ na przebieg zaburzeń schizofrenicznych. W badaniu ponad 500 chorych na schizofrenię Rosenberg i wsp. wykazali, że przeżycie różnego rodzaju traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie było silnie związane z występowaniem u tych osób dodatkowych problemów z zakresu zdrowia psychicznego (myśli samobójcze, objawy PTSD, nadużywanie środków psychoaktywnych, większa liczba hospitalizacji), fizycznego (infekcje HIV, częstsze korzystanie z usług pozapsychiatrycznej służby zdrowia) oraz funkcjonowania społecznego (bezdомność, karalność)^(43,50). W świetle części badań WT wiąże się z częstszym wystąpieniem zaburzeń współistniejących z psychozą, takich jak zaburzenia afektywne, zaburzenia osobowości, nadużywanie środków psychoaktywnych⁽⁴³⁾. W badaniu 124 pacjentów ambulatoryjnych z diagnozą schizofrenii stwierdzono, że obecność nadużycia seksualnego w wywiadzie dotyczyła 37% badanych z towarzyszącym nadużywaniem substancji psychoaktywnych w porównaniu z 16% bez cech nadużywania⁽⁵¹⁾.

and a history of sexual abuse present significantly more severe dissociative and anxiety symptoms than non-abused persons⁽⁴⁸⁾. Schäffer et al. studying women with a diagnosis of schizophrenia-like disorders obtained similar results. Those reporting emotional abuse in childhood presented significantly more dissociation symptoms⁽⁴⁹⁾. ET may exert an unfavourable influence on the clinical course of schizophrenic disorders. In his study encompassing over 500 patients with schizophrenia, Rosenberg et al. demonstrated that experience of childhood trauma of various kinds is strongly associated with prevalence of additional problems in the area of mental health (suicidal thoughts, PTSD symptoms, abuse of psychoactive substances, higher incidence of hospitalisation), physical health (HIV infections, more frequent usage of non-psychiatric healthcare resources) and social functioning (homelessness, delinquency)^(43,50). Several studies demonstrate that ET is associated with higher prevalence of comorbid disorders, e.g. affective disorders, personality disorders and abuse of psychoactive substances⁽⁴³⁾. A study of 124 outpatients with a diagnosis of schizophrenia revealed that 37% of patients abusing psychoactive substances had a history of sexual abuse vs. 16% among those not abusing psychoactive substances⁽⁵¹⁾.

MECHANISMS OF INFLUENCE OF ET ON DEVELOPMENT OF PSYCHOTIC DISORDERS

Interdependence between various traumatic events experienced in the developmental age and subsequent development of psychotic disorders is currently being explored within the scope of two basic paradigms: biological and psychological.

BIOLOGICAL MECHANISMS

The role of stress in triggering off of psychotic disorders is widely recognized, particularly since publication by Zubin and Spring of their "vulnerability-stress model"⁽⁵²⁾. Its further development with reference to the now widely accepted neurodevelopmental concept of schizophrenia is the "traumagenic neurodevelopmental model" created by Read. In the author's opinion, very strong or persistent events associated with experience of stress at an early enough age result in an excessive secretion of glucocorticosteroids. Their action within the central nervous system consequently leads to disturbed development, permanent structural lesions and functional alterations within the brain⁽⁵³⁾. Such lesions, usually noticed in patients with schizophrenia (hippocampal and frontal cortical atrophy, enlargement of lateral ventricles, alteration of brain symmetry pattern) were also reported in children who experienced ET. The functional sequel of a strong, and especially prolonged stress experienced at the developmental age, is a permanent

MECHANIZMY WPŁYWU WT NA ROZWÓJ ZABURZEŃ PSYCHOTYCZNYCH

Związki pomiędzy różnego rodzaju traumatyzującymi wydarzeniami w okresie rozwojowym a wystąpieniem w przyszłości zaburzeń psychotycznych są współcześnie wyjaśniane według dwóch podstawowych paradygmatów: biologicznego i psychologicznego.

MECHANIZMY BIOLOGICZNE

Udział stresu w wyzwalaniu zaburzeń psychotycznych jest szeroko uznany, zwłaszcza od czasu opublikowania przez Zubina i Springa modelu podatność – stres⁽⁵²⁾. Jego rozwinięciem i równocześnie nawiązaniem do powszechnie obecnie akceptowanej neurorozwojowej koncepcji schizofrenii jest stworzony przez Reada model traumageniczny neurorozwojowy (traumagenic neurodevelopmental model). Według autora dostatecznie wczesne, bardzo silne lub przewlekające się wydarzenia związane z doświadczaniem stresu prowadzą do nadmiernego wydzielania glukokortykosteroidów, których działanie w obrębie OUN doprowadza do zaburzeń rozwoju i trwałych zmian strukturalnych i czynnościowych mózgu⁽⁵³⁾. Zmiany takie, zazwyczaj opisywane u chorych na schizofrenię (atrofia hipokampa i kory czołowej, poszerzenie komór bocznych, zaburzony wzorzec asymetrii mózgu), obserwowano także u dzieci, które przeżyły WT. Konsekwencje funkcjonalne silnego, zwłaszcza długotrwałego, stresu w okresie rozwojowym to z kolei trwała dysregulacja osi podwzgórze – przysadka – nadnercza (OPPN) i związana z nią dysregulacja układu dopaminergicznego⁽⁵⁴⁾. Opisane odchylenia strukturalne i funkcjonalne prowadzą do utrwalonej zwiększonej wrażliwości na stresory, charakterystycznej między innymi dla chorych na schizofrenię^(53,55).

Przedstawiony model jest rozwinięciem modelu podatność – stres, w którym postulowano istnienie liniowej zależności między podłożem biologicznym a podatnością na stres, nie uwzględniając złożonych wzajemnych interakcji między modalnościami biopsychospołecznymi. Podstawową zmianą jest przyjęcie, że czynniki środowiskowe wpływają na strukturę i funkcję OUN w ciągu całego życia człowieka, zwłaszcza w okresie rozwojowym.

Od czasu opublikowania artykułu Reada i wsp. przybywa dowodów na wpływ przewlekłego lub powtarzającego się stresu na zaburzenia struktury i funkcji OUN⁽⁵⁶⁻⁵⁸⁾. Według niektórych autorów zmiany te mogą być także konsekwencją stresu doświadczanego przez matkę w ciąży (stres prenatalny) – dlatego też sugerują, że nawet obserwowane od urodzenia anomalie strukturalne nie muszą mieć podłoża genetycznego⁽⁵⁹⁾. Badacze fińscy wykazali, że spośród dzieci z biologicznie uwarunkowanym ryzykiem zachorowania na schizofrenię te z nich, które były adoptowane przez rodziny dysfunkcyjne,

dysregulation of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis and associated therewith dysregulation of the dopaminergic system⁽⁵⁴⁾. These structural and functional aberrations lead to permanently increased vulnerability to stressors, typical for schizophrenia patients^(53,55).

The above-mentioned model is a further development of the vulnerability-stress model, postulating a linear correlation between biological substrate and vulnerability to stress, not accounting for complex mutual interactions among biopsychosocial modalities. The key modification consists in assumption that environmental factors may influence structure and function of the central nervous system over the entire life of an individual, particularly at the developmental age.

Since the publication of Read's et al. paper, there is increasing body of data supporting association of prolonged or repetitive stress with alteration of structure and function of the central nervous system⁽⁵⁶⁻⁵⁸⁾. In some authors' opinion, these alterations may also result from stress experienced by pregnant mother (prenatal stress), suggesting that structural abnormalities noticed at birth must not necessarily be genetically determined⁽⁵⁹⁾. Finnish investigators demonstrated that among children with biologically determined increased risk of developing schizophrenia, its incidence was higher in those adopted by dysfunctional families than among children in general population. Incidence of schizophrenia in these children raised in well functioning families was similar to that seen in general population⁽⁶⁰⁾.

Data accumulate suggesting that dysfunction of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis in psychosis may be primary. Increased volume of the pituitary gland and disturbed cortisone secretion were reported in patients fulfilling criteria of high risk of development of psychotic disorders ("ultra-high risk subjects")⁽⁶¹⁾. Recently published papers confirm that traumatizing experiences lead to sensitisation and increased vulnerability to the impact of minor, everyday events and difficulties (daily hassles), resulting in their experience as highly stressful^(62,63).

Available data indicate that the impact of environmental factors on the development of psychotic disorders may be modified by individual genotype (as in the case of genotype-dependent activity of catecholmethyltransferase and pathogenic sequels of cannabis abuse)⁽⁶⁴⁾.

Authors emphasize the necessity of studies on the influence of stress on glutaminergic system function (including the NMDA receptors), whose role in the pathogenesis of schizophrenia appears increasingly important⁽⁶⁵⁾. Spauwen et al. suggest that exposure to prolonged stress increases the risk of development of psychotic disorders by direct disturbance of the dopaminergic system⁽²⁴⁾.

Important implications may stem from statements that biological consequences of traumatic events experienced in childhood are not necessarily permanent. Environmental stimulation may result in reversal of neurobiological alterations due to ET⁽⁵⁸⁾. Neuroimaging studies

chorowały częściej niż dzieci z populacji ogólnej. Częstość wystąpienia choroby u dzieci z grupy wychowywanych w dobrze funkcjonujących rodzinach była podobna jak w populacji ogólnej⁽⁶⁰⁾.

Zgromadzono także dane sugerujące, że dysfunkcje OPPN w psychozie mają charakter pierwotny. Powiększenie objętości przysadki, zaburzenia wydzielania kortyzolu opisywano u pacjentów, którzy spełniali jedynie kryteria stanu wysokiego ryzyka rozwoju zaburzeń psychiatrycznych (*ultra-high risk subjects*)⁽⁶¹⁾. Współczesne prace potwierdzają, że traumatyzujące doświadczenia prowadzą do uwrażliwienia i większej podatności na przeżywanie drobnych, codziennych wydarzeń i trudności jako silnie stresujących^(62,63).

Dostępne są dane, że wpływ czynników środowiskowych na rozwój zaburzeń psychiatrycznych może być modyfikowany przez indywidualny genotyp (jak w przypadku znaczenia rodzaju genotypu określającego aktywność katecholometylotransferazy i patogennego wpływu nadużywania *cannabis*)⁽⁶⁴⁾.

Podnoszona jest ponadto konieczność przeprowadzenia badań wpływu stresu na funkcję układu glutaminergicznego (w tym receptorów NMDA), któremu coraz szerzej przypisuje się znaczący udział w patogenezie schizofrenii⁽⁶⁵⁾.

Spauwen i wsp. spekulują, że narażenie na długotrwały stres zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń psychiatrycznych poprzez bezpośredni wpływ na układ dopaminergiczny⁽²⁴⁾.

Ważne wydają się doniesienia, że biologiczne konsekwencje traumatycznych wydarzeń okresu dzieciństwa nie muszą być trwałe. Stymulacja środowiskowa może prowadzić do odwrócenia zmian neurobiologicznych wywołanych WT⁽⁵⁸⁾. Badania neuroobrazowe również pokazują, że psychoterapia jest w stanie zmieniać strukturę i funkcję OUN⁽⁶⁶⁾.

Godną odnotowania próbą połączenia obu, wydawałoby się przeciwnych, paradygmatów jest sformułowana przez Kapura koncepcja nadmiernego uwydatniania znaczeń. Według autora istotą psychozy jest związane z dysregulacją dopaminergiczną nieprawidłowe nadawanie znaczeń (*aberrant salience*) wewnętrznym reprezentacjom doświadczeń zmysłowych i wspomnień. Bezpośrednim efektem zaburzeń procesu nadawania znaczeń sytuacjom lub obiektom (ich uwydatniania w psychozie) jest doświadczanie halucynacji i formułowanie urojeniowych sądów, które są często próbą poznawczego wyjaśnienia nieprawidłowych doznań zmysłowych⁽⁶⁷⁾.

Kontrowersyjną hipotezę integrującą oba kierunki rozumienia związków WT z psychozą zaproponował Reser. Autor uważa, że schizofrenia jest wynikiem tzw. plastyczności fenotypowej, to jest zmian ekspresji genów pod wpływem czynników środowiskowych. Obserwowane w schizofrenii zmiany zarówno biologiczne (spadek intensywności procesów metabolicznych niektórych obszarów mózgu, cechy zespołu metabolicznego,

reveal that psychotherapy is able to alter both structure and function of the central nervous system⁽⁶⁶⁾.

A noteworthy attempt at integration of both, seemingly contradicting paradigms is the aberrant salience concept formulated by Kapur. According to this author, psychosis is essentially due to inadequate bestowal of significance to internalised representations of sensory experiences and memories (aberrant salience) resulting from dopaminergic dysregulation. A direct effect of disturbed process of bestowal of significance to situations or objects (their overemphasizing in psychosis) is development of hallucinations and formulation of delusional opinions, which often constitute a cognitive explanation of abnormal sensory experiences⁽⁶⁷⁾.

Reser has postulated a controversial hypothesis integrating both paradigms used to explain associations of ET with psychosis. The author considers schizophrenia as a result of the so-called phenotypic plasticity, i.e. change of gene expression as a response to environmental stimuli. Biological alterations seen in schizophrenia (reduced metabolic rate of some brain areas, signs of metabolic syndrome, dysregulation of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis), as well as behavioural and cognitive disorders are perceived by the author as adaptation mechanisms, protecting against "environmental hardship". These mechanisms were effective in "prehistoric times" but currently may lead to a disturbed social functioning⁽⁶⁸⁾.

PSYCHOLOGICAL MECHANISMS

Associations of an ET experience and subsequent development of psychotic disorders are tentatively explained by the so-called cognitive models of psychosis. According to this concept, a traumatic experience results in creation of negative cognitive patterns concerning own person and surrounding world (e.g. conviction about own vulnerability to injury, perception of others as dangerous persons), this in turn promoting external attributions. According to this model, the tendency to ascribe the cause of events to external factors may be associated with formulation of delusions⁽⁶⁹⁻⁷¹⁾. According to Birchwood et al., having experienced unfavourable events in childhood results in creation of negative patterns combined with the feeling of humiliation and necessity to subordinate, this in turn generating auditory hallucinations and paranoid thinking⁽⁷²⁾. Cognitive and behavioural sequels of trauma may make persons suffering them more prone to the development of psychosis. Convictions generated as a result of experienced trauma may be directly associated with psychotic experiences and interpretations⁽⁷³⁾. As already mentioned, content of psychotic experiences not infrequently is directly related to the traumatizing event⁽⁷⁴⁾. In some authors' opinion, also positive convictions concerning past experiences ("sur-

dysregulacja OPPN), jak i behawioralne oraz kognitywne są przez autora postrzegane jako mechanizmy adaptacyjne, ochronne wobec różnych trudności, jakie niesie środowisko zewnętrzne. Mechanizmy te były wydolne w „czasach prehistorycznych”, a współcześnie prowadzą do zaburzeń funkcjonowania społecznego⁽⁶⁸⁾.

MECHANIZMY PSYCHOLOGICZNE

Związki pomiędzy doznaniem WT a wystąpieniem późniejszych zaburzeń psychotycznych próbują także wyjaśniać tzw. kognitywne modele psychozy. Zgodnie z nimi przeżycie traumy prowadzi do powstawania negatywnych schematów poznawczych dotyczących własnej osoby i świata (np. przekonanie o własnej podatności na zranienie, postrzeganie innych jako osoby niebezpieczne), co z kolei sprzyja zewnętrznym atrybucjom. Tendencja do przypisywania przyczyny wydarzeń zewnętrznym czynnikom zgodnie z tym modelem może być związana z formowaniem urojeń⁽⁶⁹⁻⁷¹⁾. Według Birchwooda i wsp. przeżycie niekorzystnych wydarzeń w okresie dzieciństwa prowadzi do rozwoju negatywnych schematów połączonych z poczuciem upokorzenia i konieczności podporządkowania, co może być z kolei odpowiedzialne za generowanie halucynacji słuchowych i myślenia paranoidalnego⁽⁷²⁾. Poznawcze i behawioralne konsekwencje traumy mają więc czynić osoby, które jej doznały, podatnymi na rozwój psychozy. Przekonania powstające jako wynik doznania traumy mogą być bezpośrednio związane z doznaniem i interpretacjami psychotycznymi⁽⁷³⁾. Jak wspomniano, treść przeżyć psychotycznych nierzadko bezpośrednio nawiązuje do traumatycznego przeżycia⁽⁷⁴⁾. Według niektórych autorów także pozytywne przekonania na temat doświadczeń (strategia umożliwiająca przetrwanie) sprzyjają rozwojowi objawów psychotycznych⁽⁷⁵⁾.

W kolejnej hipotezie założono, że objawy psychotyczne są „normalnym” zjawiskiem doświadczanym przez część populacji^(76,77). Według Honiga i wsp. jedną z cech różniących osoby, które z tego powodu zostają pacjentami psychiatrycznymi, od osób nieposzukujących pomocy lekarskiej jest przeżycie traumatyzującego doświadczenia⁽⁷⁸⁾. Inni autorzy zaobserwowali, że negatywna lub katastroficzna ocena wczesnych doświadczeń psychotycznych, która skutkuje przeżywaniem nasilonego stresu, jest charakterystyczna dla osób z traumą w wywiadzie^(79,80). Według holenderskich autorów prawdopodobieństwo przeżywania znacznego dyskomfortu z powodu wystąpienia po raz pierwszy doznań psychotycznych jest mniej więcej dziesięciokrotnie wyższe u osób dorosłych, które doznały traumy wieku dziecięcego, w porównaniu z osobami bez traumy w wywiadzie. Przeżycie traumy w dzieciństwie zwiększa prawdopodobieństwo dysfunkcyjnej odpowiedzi emocjonalnej i utratę poczucia kontroli wobec wczesnych doświadczeń psycho-

vival strategy”) may promote the development psychotic symptoms⁽⁷⁵⁾.

The next hypothesis assumes that psychotic symptoms are a “normal” phenomenon experienced by a part of general population^(76,77). According to Honig et al., one of features differentiating persons who for this reason become psychiatric patients from persons who do not seek professional psychiatric advice is an ET experience⁽⁷⁸⁾. Other authors noticed that negative or catastrophic evaluation of early psychotic experiences, which leads to the feeling of a severe stress, is a characteristic feature of persons with a history of trauma^(79,80). According to Dutch authors, probability of experiencing severe discomfort due to first manifestation of psychotic symptoms is about 10-fold higher in adults who experienced childhood trauma as compared with persons without traumatic history. Having experienced a childhood trauma increased the probability of a dysfunctional emotional response and loss of feeling of control over early psychotic experiences, thus promoting the development and permanent establishment of symptoms of morbid severity⁽⁸¹⁾.

In the psychological paradigm, hallucinations are sometimes perceived as “recalls of traumatic events identical to flashbacks, which are rather typical for PTSD”^(80,82,83). Examination of patients with a confirmed diagnosis of schizophrenia revealed that severity of childhood abuse was associated with severity of auditory hallucinations, while their content – directly with the trauma experienced⁽⁸⁰⁾. Many authors postulate a possibility of coexistence of PTSD symptoms and schizophrenia^(18,30,82,83). Some intrusive flashbacks are experienced with a conviction that they are an “internal experiences related to the past, e.g. recalls of events”. Other psychotic experiences associated with past trauma include a component of difficulty in attribution of experiences as external or internal and sometimes may be judged as external events experienced in the present. Such an erroneous attribution of internal experience to an external source, termed “faulty source monitoring” is, according to several modern cognitive psychologists, considered as the key phenomenon in psychosis⁽⁸⁴⁻⁸⁶⁾.

In from psychological point of view, delusions are perceived as phenomena resulting from attempts at bestowing sense to hallucinations^(70,71,84,86). As mentioned earlier, they may also result from cognitive patterns and generalization of experienced sense of menace, both of them determined by past trauma. In the process of development of psychotic experiences as a consequence of past trauma, an important role is attributed to trauma-associated emotions – the stronger are the emotions, the greater is the risk of developing psychotic symptoms⁽⁸⁷⁾. Cause-effect relationship between childhood trauma and development of psychosis may be much more complex. In a group of studies the authors suggest that disturbed emotional, cognitive and social functioning associated

tycznych, co sprzyja rozwojowi i utrwaleniu objawów o nasileniu chorobowym⁽⁸¹⁾.

W paradygmacie psychologicznym halucynacje bywają postrzegane jako „wspomnienia traumatycznych wydarzeń identyczne do flashbacków charakterystycznych raczej dla PTSD”^(30,82,83). Badanie pacjentów z potwierdzoną diagnozą schizofrenii wykazało, że stopień ciężkości nadużycia w dzieciństwie był związany z ciężkością halucynacji słuchowych, a ich treść – bezpośrednio z przeżytą traumą⁽⁸⁰⁾. Wielu autorów postuluje możliwość współistnienia objawów PTSD i schizofrenii^(18,30,82,83). Część intruzywnych flashbacków jest doświadczana ze świadomością, że są to „wewnętrzne przeżycia, odnoszące się do przeszłości, np. wspomnienia wydarzeń”. Inne doznania psychotyczne związane z przeżytą traumą zawierają element trudności w atrybucji doświadczeń jako zewnętrzne lub wewnętrzne i bywają oceniane jako zewnętrzne wydarzenia przeżywane obecnie. Ta błędna atrybucja wewnętrznego przeżycia do źródła zewnętrznego, zwana błędną identyfikacją źródła (*faulty source monitoring*), jest według wielu współczesnych psychologów kognitywnych postrzegana jako kluczowe zjawisko w psychozie⁽⁸⁴⁻⁸⁶⁾.

Z kolei w ujęciu psychologicznym urojenia są postrzegane jako zjawisko wynikające z prób nadania sensu halucynacjom^(70,71,84,86). Mogą także, jak już wspomniano, być wynikiem zdeterminowanych traumą schematów poznawczych i generalizacji przeżytego poczucia zagrożenia. W procesie powstawania doznań psychotycznych jako następstwa traumy znaczącą rolę przypisuje się emocjom związanym z urazem – im są one bardziej nasilone, tym ryzyko wystąpienia objawów psychotycznych jest większe⁽⁸⁷⁾.

Związki przyczynowo-skutkowe pomiędzy przeżyciem traumy w dzieciństwie a wystąpieniem psychozy mogą być jednak jeszcze bardziej złożone. Istnieje grupa badań, których autorzy postulują, że wynikające pierwotnie z procesu chorobowego zaburzenia funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego, społecznego czynią osoby z późniejszym rozpoznaniem psychozy bardziej podatnymi na stawanie się ofiarami nadużyć⁽²²⁾. Lysaker i wsp. zaobserwowali, że nadużycia seksualne w okresie dzieciństwa u osób z rozpoznaniem schizofrenii wiązały się z nasileniem deficytów neurokognitywnych i stopniem trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym⁽⁴²⁾. Bergman i wsp. ocenili, że dzieci maltretowane prezentują, niezależnie od zaburzeń psychicznych u ich rodziców, niższy poziom funkcjonowania psychomotorycznego w porównaniu z dziećmi niemaltretowanymi⁽⁸⁸⁾. Zwiększona podatność na traumatyzujące wydarzenia może także wynikać z obciążeń genetycznych – nadużycie seksualne jest zjawiskiem dotyczącym części dzieci rodziców chorych psychicznie (w odniesieniu do dzieci osób ze schizofrenią – dwu-, trzykrotnie częściej), przy czym sprawcami nadużyć nie są zazwyczaj rodzice biologiczni⁽⁸⁹⁾.

with pre-existing primary morbid process, make persons who will develop a psychosis in the future more prone to becoming victims of abuse⁽²²⁾. Lysaker et al. observed that childhood sexual abuse in persons with a diagnosis of schizophrenia was associated with exacerbation of neurocognitive deficits and degree of difficulties in psychosocial functioning⁽⁴²⁾. Bergman et al. stated that maltreated children present an inferior level of psychomotor functioning as compared with non-maltreated children, independent of presence of mental disorders in their parents⁽⁸⁸⁾. Increased vulnerability to traumatic events may also result from genetically determined factors – sexual abuse is a phenomenon more frequently concerning children of mentally ill parents (in the case of children of persons with schizophrenia – 2- to 3-fold more frequently), whereby perpetrators of abuse usually are not biological parents⁽⁸⁹⁾.

A novel light on the issue is shed by the study by Janssen et al., encompassing over 4000 persons of general population and demonstrating that the ET effect depends on type of parent-child relationship and rearing style. Low level of the relationship and lack of care for the child was strongly correlated with development of some form of psychotic disorders⁽⁹⁰⁾. This finding makes us look for factors mediating between experience of childhood trauma and development of psychotic disorders in the future. According to Houston et al., such a biological factor may be abuse of cannabis derivatives. Their study indicates that experience of sexual abuse in the childhood combined with another risk factor, namely cannabis abuse, significantly increased the risk of developing psychotic disorders in the adulthood⁽⁹¹⁾.

CLINICAL IMPLICATIONS

Independent of several methodological problems, results of studies on associations between ET and development of psychotic disorders enable drawing some conclusions, which might be valuable for psychiatric clinical practice. In view of high prevalence of this phenomenon, especially in clinical populations, and its unquestionable impact on mental condition of the patients (independent of diagnosis made), routine medical history obtaining should include questions regarding traumata, with a special emphasis on childhood traumatic experiences. As evidenced by clinical practice and current literature, doctors do not ask their patients about traumatizing experiences during developmental age. In particular, this concerns persons with a tentative or confirmed diagnosis of psychosis⁽⁹²⁾. Some doctors assume that reports of psychotic patients are false⁽⁵³⁾. Patients are generally unwilling to report on experienced abuses, particularly those of sexual nature⁽⁹³⁾. Such experiences usually remain hidden for many years: in the paper by Read et al., the mean time-span between sexual abuse and telling somebody about it was 16 years^(94,95). This is why Bak et al.

Nowe światło na zagadnienie rzuca praca Janssena i wsp. z udziałem ponad 4 tysięcy osób z populacji ogólnej, w której autorzy dowodzą, że efekt WT zależał od rodzaju więzi rodzicielskiej i stylu wychowania. Niski poziom tej więzi i opiekuńczości wobec dziecka był silnie związany z zachorowaniem na jakąś formę zaburzeń psychiatrycznych⁽⁹⁰⁾. Takie spojrzenie zmusza do poszukiwania czynników pośredniczących pomiędzy doznaniem traumy w okresie dzieciństwa a rozwojem w przyszłości zaburzeń psychiatrycznych. Według Houstona i wsp. takim czynnikiem biologicznym może być nadużywanie pochodnych konopi indyjskich. Zgodnie z wynikami ich badania przeżycie nadużycia seksualnego w dzieciństwie, ale tylko w połączeniu z wystąpieniem innego czynnika ryzyka, jakim było nadużywanie *cannabis*, zwiększało istotnie prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń psychiatrycznych w okresie dorosłości⁽⁹¹⁾.

IMPLIKACJE KLINICZNE

Niezależnie od różnorodnych problemów metodologicznych wyniki badań zawarte w omówieniach związków wczesnej traumy z rozwojem zaburzeń psychiatrycznych pozwalają na sformułowanie wniosków mających znaczenie dla praktyki psychiatrycznej.

Ze względu na rozpowszechnienie zjawiska (zwłaszcza w populacjach klinicznych) i jego niewątpliwy wpływ na stan psychiczny pacjentów (niezależnie od stawianej diagnozy) rutynowym postępowaniem powinno być przeprowadzanie wywiadu w kierunku traumy okresu dzieciństwa. Jak wskazują praktyka i literatura, lekarze nie pytają swoich pacjentów o traumatyzujące przeżycia wieku rozwojowego. Okazuje się, że dotyczy to szczególnie osób z domniemanym lub ustalonym rozpoznaniem psychozy⁽⁹²⁾. Część z lekarzy zakłada, że relacje pacjentów psychiatrycznych są fałszywe⁽⁵³⁾. Pacjenci niechętnie spontanicznie zgłaszają przeżycie nadużycia, zwłaszcza seksualnego⁽⁹³⁾. Doświadczenie to pozostaje nieujawnione często przez wiele lat – w pracy Reada i wsp. średni czas od doznania nadużycia seksualnego przez badane kobiety do momentu powiedzenia o tym komukolwiek wyniósł 16 lat^(94,95). Dlatego Bak i wsp. podkreślają, że „niepytanie o traumę opóźnia wprowadzenie odpowiednich interwencji terapeutycznych i niepotrzebnie przedłuża cierpienie pacjenta”⁽⁸¹⁾. Wielu autorów postuluje wprowadzenie pytań dotyczących omawianej problematyki jako stałego elementu badania psychiatrycznego⁽⁹⁶⁻⁹⁸⁾. Jeszcze bardziej oczywista jest konieczność pytania dzieci znajdujących się pod opieką psychiatrów i psychologów o ich doświadczenia. Okazuje się jednak, że klinicyści identyfikują jedynie niewielką część nadużyć u dzieci^(14,99). Ważne wydaje się także odpowiednie przygotowanie w tym zakresie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pracowników innych placówek medycznych. Konieczność identyfikowania osób po przebytej traumie okresu dzieciństwa może być

emphasize that “failing to ask about trauma will impede installation of appropriate treatment strategies and therefore, prolong distress unnecessarily”⁽⁸¹⁾. Many authors postulate introduction of questions related to this issue as a permanent component of psychiatric examination⁽⁹⁶⁻⁹⁸⁾. Even more evident is the necessity of asking children remaining under the care of psychiatrists and psychologists about their past experiences. It turns out, however, that clinicians detect only a small proportion of facts of abuse in children^(14,99). Important is also adequate training in this field of first-line medical professionals and other staff of medical facilities. Identification of persons with a history of childhood trauma may be essential for correct diagnosis and treatment of symptoms presented by patients⁽²³⁾. Working knowledge in this area is necessary for effective therapeutic interventions in cases of dysfunctional interpersonal relations⁽⁸¹⁾.

In the opinion of most investigators of the problem, persons with psychosis who experienced a childhood trauma, should be offered psychotherapy – usually cognitive-behavioural therapy is recommended, also in the form of group therapy^(7,22,28,100). Psychotherapy may be useful in the reduction of associated symptoms and disorders, e.g. personality disorders and abuse of psychoactive substances. Beneficial effects of cognitive-behavioural therapy were also observed in persons with PTSD, in persons with major depression, schizophrenia and schizoaffective disorders, independent of severity of symptoms of primary disease⁽¹⁰¹⁾.

The above-mentioned suggestion about separation of post-traumatic psychosis also carries definite clinical implications. A natural consequence of adoption of the presented concept is the assumption that the most appropriate form of therapy in this group of psychoses is psychotherapy, including cognitive-behavioural therapy. Favourable response to this form of treatment is confirmed by clinical observations⁽¹⁰²⁾.

Morrison emphasizes that independent of point of view adopted, helping patients to understand associations between their traumatic experiences and present psychotic symptoms, promotes strengthening of feeling of control over these phenomena and reduces stress associated with their experience. Also in the scope of biological model of psychosis, there is a place for psychotherapy as a technique influencing structure and function of the central nervous system, potentially altered by strong or prolonged stress^(58,66).

Broader social implications include the need to develop respective services, e.g. phone services, devoted to the issue of child abuse and to offer these children and their families various forms of preventive and therapeutic measures. Although there is no hard evidence that certain actions are able to prevent the development of psychotic disorders, therapy encompassing the issue of ET may have a significantly beneficial effect on functioning of persons afflicted therewith⁽¹⁰³⁾.

istotna dla postawienie prawidłowej diagnozy i leczenia prezentowanych przez pacjenta objawów⁽²³⁾. Wiedza na ten temat jest także konieczna dla skutecznych interwencji terapeutycznych w przypadku niefunkcjonalnych relacji interpersonalnych⁽⁸¹⁾.

Według większości badaczy problemu osoby z psychozą, które doznały traumy w okresie dzieciństwa, powinny mieć zaoferowaną psychoterapię – zazwyczaj zalecana jest terapia poznawczo-behawioralna, także w formie grupowej^(7,22,28,100). Psychoterapia może być również pomocna w redukcji objawów i zaburzeń towarzyszących, takich jak zaburzenia osobowości, nadużywanie środków psychoaktywnych. Korzystne efekty terapii poznawczo-behawioralnej zaobserwowano u osób z objawami zaburzeń stresowych pourazowych u osób z rozpoznaniem dużej depresji, schizofrenii lub zaburzeń schizofektywnych, niezależnie od nasilenia objawów podstawowej choroby⁽¹⁰¹⁾.

Opisany uprzednio postulat wyodrębnienia psychozy potraumatycznej także przynosi określone implikacje kliniczne. Naturalną konsekwencją przyjęcia przedstawionej koncepcji jest założenie, że najbardziej odpowiednią formą terapii dla tej grupy psychoz jest psychoterapia, w tym terapia poznawczo-behawioralna. Dobrą odpowiedź na tę formę leczenia potwierdzają obserwacje kliniczne⁽¹⁰²⁾.

Morrison podkreśla, że niezależnie od przyjętego spojrzenia pomoc pacjentom w zrozumieniu związków pomiędzy ich traumatycznymi przeżyciami a obecnymi objawami psychotycznymi sprzyja wzmocnieniu poczucia kontroli nad nimi i redukuje stres związany z ich doświadczaniem. Także w ramach biologicznego modelu psychoz pozostaje miejsce dla psychoterapii jako metody wpływającej na strukturę i funkcję OUN, potencjalnie zmienioną pod wpływem silnego lub długotrwałego stresu^(58,66).

Szersze implikacje społeczne obejmują konieczność rozwijania odpowiednich służb, w tym serwisów telefonicznych zajmujących się problematyką nadużyć wobec dzieci, oraz objęcia dzieci i ich rodzin odpowiednimi formami działań prewencyjnych i terapeutycznych. Choć nie ma jednoznacznych dowodów, że odpowiednie działania są w stanie zapobiegać rozwojowi zaburzeń psychotycznych, terapia obejmująca problem wczesnej traumy może zdecydowanie korzystnie wpływać na funkcjonowanie dotkniętych nim osób⁽¹⁰³⁾.

PODSUMOWANIE

Nadal brak jest niepodważalnych dowodów na istnienie związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy przeżyciem WT a późniejszym wystąpieniem zaburzeń psychotycznych, zwłaszcza schizofrenii. Być może WT jest ogniwem w patogenezie tych zaburzeń u niektórych pacjentów, a wystąpienie choroby dotyczy osób mających dodatkowe czynniki ryzyka. Uzyskane dotychczas dane

SUMMATION

There is still no unambiguous evidence on cause-effect relationship between experience of early trauma and subsequent development of psychotic disorders, in particular schizophrenia. Possibly, early trauma is only a link in the pathogenesis of these disorders in some patients, while frank disease develops only in persons burdened with additional risk factors. Data obtained to date strongly suggest that association between early trauma and psychosis is diagnostically non-specific. This association is more related to the possible development of psychotic symptoms seen in various mental disorders, not necessarily justifying the diagnosis of schizophrenia. Undoubtedly, the problem requires further research, especially verification of correlations between ET and non-psychotic symptoms of schizophrenia. Warranted are also studies supporting the rationale for introduction of the concept of "post-traumatic psychosis", favoured by an ever increasing group of authors.

Independent of several diagnostic problems, there remains the undisputed necessity of inquiring about childhood traumatic experiences as part of routine clinical practice and offering these patients adequate therapeutic modalities.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Bifulco A., Brown G.W., Adler Z.: Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *Br. J. Psychiatry* 1991; 159: 115-122.
2. Paris J.: *Borderline Personality Disorder: A Multidimensional Approach*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC 1994.
3. Mullen P.E., Martin J.L., Anderson J.C. i wsp.: Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br. J. Psychiatry* 1993; 163: 721-732.
4. Kendler K.S., Bulik C.M., Silberg J. i wsp.: Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch. Gen. Psychiatry* 2000; 57: 953-959.
5. Lange A., Kooiman K., Huberts L., van Oostendorp E.: Childhood unwanted sexual events and degree of psychopathology of psychiatric patients: research with a new anamnestic questionnaire (the CHUSE). *Acta Psychiatr. Scand.* 1995; 92: 441-446.
6. Grilo C.M., Masheb R.M.: Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002; 106: 183-188.
7. Johnson J.G., Cohen P., Brown J. i wsp.: Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry* 1999; 56: 600-606.
8. Luntz B.K., Widom C.S.: Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *Am. J. Psychiatry* 1994; 151: 670-674.
9. Christoffersen M.N., Poulsen H.D., Nielsen A.: Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. *Acta Psychiatr. Scand.* 2003; 108: 350-358.

w znacznym stopniu sugerują, że związek pomiędzy WT a psychozą jest niespecyficzny diagnostycznie. Dotyczy on raczej możliwości wystąpienia objawów psychotycznych obecnych w różnych zaburzeniach psychicznych, niekoniecznie upoważniających do postawienia diagnozy schizofrenii. Niewątpliwie problem wymaga dalszych badań, a zwłaszcza weryfikacji związków pomiędzy WT a niepsychotycznymi objawami schizofrenii. Celowe także wydaje się przeprowadzenie prac, które sankcjonowałyby zasadność postulowanego przez coraz szerszą grupę autorów wprowadzenia pojęcia psychozy potraumatycznej.

Niezależnie od licznych problemów diagnostycznych niekwestionowana pozostaje konieczność przeprowadzania wywiadu dotyczącego WT jako rutynowego postępowania w praktyce klinicznej oraz oferowania pacjentom odpowiednich metod terapeutycznych.

10. Read J., Goodman L., Morrison A.P. i wsp.: Childhood trauma, loss and stress. W: Read J., Mosher L.R., Bentall R.P. (red.): *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. Brunner-Routledge, Hove, UK 2004; 223-252.
11. Elhai J.D., Frueh B.C., Gold P.B. i wsp.: Clinical presentations of posttraumatic stress disorder across trauma populations: a comparison of MMPI-2 profiles of combat veterans and adult survivors of child sexual abuse. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2000; 188: 708-713.
12. 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.
13. Ritsher J.E., Coursey R.D., Farrell E.W.: A survey on issues in the lives of women with severe mental illness. *Psychiatr. Serv.* 1997; 48: 1273-1282.
14. Wurr C.J., Partridge I.M.: The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse Negl.* 1996; 20: 867-872.
15. Cannon M., Caspi A., Moffitt T.E. i wsp.: Evidence for early-childhood, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Arch. Gen. Psychiatry* 2002; 59: 449-456.
16. Livingston R.: Sexually and physically abused children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1987; 26: 413-415.
17. Holowka D.W., King S., Saheb D. i wsp.: Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2003; 60: 87-90.
18. Neria Y., Bromet E.J., Sievers S. i wsp.: Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2002; 70: 246-251.
19. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E. i wsp.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 1995; 52: 1048-1060.
20. 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.
21. Nettelblatt 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.
22. 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.
23. Janssen I., Krabbendam L., Bak M. i wsp.: Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr. Scand.* 2004; 109: 38-45.
24. 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.
25. Whitfield C.L., Dube S.R., Felitti V.J., Anda R.F.: Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse Negl.* 2005; 29: 797-810.
26. Reulbach U., Bleich S., Biermann T. i wsp.: Late-onset schizophrenia in child survivors of the holocaust. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2007; 195: 315-319.
27. Read J., Argyle N.: Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatr. Serv.* 1999; 50: 1467-1472.
28. 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.
29. Sansonnet-Hayden H., Haley G., Marriage K., Fine S.: Sexual abuse and psychopathology in hospitalized adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1987; 26: 753-757.
30. Famularo R., Kinscherff R., Fenton T.: Psychiatric diagnoses of maltreated children: preliminary findings. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1992; 31: 863-867.
31. Mundy P., Robertson M., Robertson J., Greenblatt M.: The prevalence of psychotic symptoms in homeless adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1990; 29: 724-731.
32. 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.
33. Morrison A.P., Petersen T.: Trauma, metacognition and predisposition to hallucinations in non-patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2003; 31: 235-246.
34. Ross C.A., Anderson G., Clark P.: Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hosp. Community Psychiatry* 1994; 45: 489-491.
35. Heins T., Gray A., Tennant M.: Persisting hallucinations following childhood sexual abuse. *Aust. N.Z. J. Psychiatry* 1990; 24: 561-565.
36. Ensink B.: *Confusing Realities. A Study on Child Sexual Abuse and Psychiatric Symptoms*. VU University Press, Amsterdam 1992.
37. Offen L., Waller G., Thomas G.: Is reported childhood sexual abuse associated with the psychopathological characteristics of patients who experience auditory hallucinations? *Child Abuse Negl.* 2003; 27: 919-927.
38. Seedat S., Stein M.B., Oosthuizen P.P. i wsp.: Linking posttraumatic stress disorder and psychosis: a look at epidemiology, phenomenology, and treatment. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2003; 191: 675-681.
39. 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.
40. 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.

41. Mueser K.T., Goodman L.B., Trumbetta S.L. i wsp.: Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1998; 66: 493-499.
42. Lysaker P.H., Meyer P.S., Evans J.D. i wsp.: Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 2001; 52: 1485-1488.
43. Kahlbaum K.: *Catatonia*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD [1874] 1973.
44. Moskowitz A.K.: "Scared stiff": catatonia as an evolutionary-based fear response. *Psychol. Rev.* 2004; 111: 984-1002.
45. Resnick S.G., Bond G.R., Mueser K.T.: Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.* 2003; 112: 415-423.
46. Goff D.C., Brotman A.W., Kindlon D. i wsp.: Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Res.* 1991; 37: 73-80.
47. Harrison C.L., Fowler D.: Negative symptoms, trauma, and autobiographical memory: an investigation of individuals recovering from psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2004; 192: 745-753.
48. Lysaker P.H., Davis L.W., Gattton M.J., Herman S.M.: Associations of anxiety-related symptoms with reported history of childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *J. Clin. Psychiatry* 2005; 66: 1279-1284.
49. 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.
50. Rosenberg S.D., Lu W., Mueser K.T. i wsp.: Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr. Serv.* 2007; 58: 245-253.
51. 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.
52. Zubin J., Spring B.: Vulnerability – a new view of schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.* 1977; 86: 103-126.
53. 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.
54. Teicher M.H., Andersen S.L., Polcari A. i wsp.: The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2003; 27: 33-44.
55. Walker E.F., Diforio D.: Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychol. Rev.* 1997; 104: 667-685.
56. Cicchetti D., Walker E.F.: Stress and development: biological and psychological consequences. *Dev. Psychopathol.* 2001; 13: 413-418.
57. Bremner J.D.: Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2006; 8: 445-461.
58. Nemeroff C.B.: Neurobiological consequences of childhood trauma. *J. Clin. Psychiatry* 2004; 65 suppl. 1: 18-28.
59. Huizink A.C., Mulder E.J., Buitelaar J.K.: Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? *Psychol. Bull.* 2004; 130: 115-142.
60. Tienari P., Wynne L.C., Sorri A. i wsp.: Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Br. J. Psychiatry* 2004; 184: 216-222.
61. 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.
62. 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.
63. 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.
64. Caspi A., Moffitt T.E., Cannon M. i wsp.: Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol. Psychiatry* 2005; 57: 1117-1127.
65. Phillips W.A., Silverstein S.M.: Convergence of biological and psychological perspectives on cognitive coordination in schizophrenia. *Behav. Brain Sci.* 2003; 26: 65-137.
66. Fuchs T.: Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Curr. Opin. Psychiatry* 2004; 17: 479-485.
67. Kapur S.: Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160: 13-23.
68. Reser J.E.: Schizophrenia and phenotypic plasticity: schizophrenia may represent a predictive, adaptive response to severe environmental adversity that allows both bioenergetic thrift and a defensive behavioral strategy. *Med. Hypotheses* 2007; 69: 383-394.
69. Garety P.A., Kuipers E., Fowler D. i wsp.: A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol. Med.* 2001; 31: 189-195.
70. Bentall R.P., Corcoran R., Howard R. i wsp.: Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clin. Psychol. Rev.* 2001; 21: 1143-1192.
71. Morrison A.P.: The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001; 29: 257-276.
72. Birchwood M., Meaden A., Trower P. i wsp.: The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychol. Med.* 2000; 30: 337-344.
73. Kilcommons A.M., Morrison A.P.: Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 112: 351-359.
74. Morrison A.P., Frame L., Larkin W.: Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *Br. J. Clin. Psychol.* 2003; 42: 331-353.
75. Morrison A.P., Gumley A.I., Schwannauer M. i wsp.: The beliefs about paranoia scale: preliminary validation of a metacognitive approach to conceptualizing paranoia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2005; 33: 153-164.
76. Johns L.C., van Os J.: The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin. Psychol. Rev.* 2001; 21: 1125-1141.
77. Millham A., Easton S.: Prevalence of auditory hallucinations in nurses in mental health. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 1998; 5: 95-99.
78. Honig A., Romme M.A., Ensink B.J. i wsp.: Auditory hallucinations: a comparison between patients and non-patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1998; 186: 646-651.
79. Chadwick P., Birchwood M.: The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br. J. Psychiatry* 1994; 164: 190-201.
80. Morrison A.P., Nothard S., Bowe S.E., Wells A.: Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behav. Res. Ther.* 2004; 42: 1315-1323.

81. Bak M., Krabbendam L., Janssen I. i wsp.: Early trauma may increase the risk for psychotic experiences by impacting on emotional response and perception of control. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 112: 360-366.
82. Sautter F.J., Brailey K., Uddo M.M. i wsp.: PTSD and comorbid psychotic disorder: comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder. *J. Trauma. Stress* 1999; 12: 73-88.
83. Muenzenmaier K., Castille D., Shelley A.: Comorbid PTSD and schizophrenia. *Psychiatr. Ann.* 2005; 35: 51-56.
84. Bentall R.P.: *Madness Explained: Psychosis and Human Nature.* Penguin Books, London 2003.
85. Henquet C., Krabbendam L., Dautzenberg J. i wsp.: Confusing thoughts and speech: source monitoring and psychosis. *Psychiatry Res.* 2005; 133: 57-63.
86. Morrison A.: Cognitive therapy for people with psychosis. W: Read J., Mosher L.R., Bentall R.P. (red.): *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia.* Brunner-Routledge, Hove, UK 2004: 291-306.
87. Freeman D., Garety P.A.: Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behav. Res. Ther.* 2003; 41: 923-947.
88. Bergman A.J., Wolfson M.A., Walker E.F.: Neuromotor functioning and behavior problems in children at risk for psychopathology. *J. Abnorm. Child Psychol.* 1997; 25: 229-237.
89. Walsh C., MacMillan H., Jamieson E.: The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse Negl.* 2002; 26: 11-22.
90. Janssen I., Krabbendam L., Hanssen M. i wsp.: Are apparent associations between parental representations and psychosis risk mediated by early trauma? *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 112: 372-375.
91. Houston J.E., Murphy J., Adamson G. i wsp.: Childhood sexual abuse, early cannabis use, and psychosis: testing an interaction model based on the National Comorbidity Survey. *Schizophr. Bull.* 2008; 34: 580-585.
92. Young M., Read J., Barker-Collo S., Harrison R.: Evaluating and overcoming barriers to taking abuse histories. *Professional Psychology: Research and Practice* 2001; 32: 407-414.
93. Read J.: *Breaking the silence: learning why, when and how to ask about trauma, and how to respond to disclosures.* W: Larkin W., Morrison A.P. (red.): *Trauma and Psychosis: New Directions for Theory and Therapy.* Brunner-Routledge, London 2006: 195-221.
94. Fergusson D.M., Horwood L.J., Woodward L.J.: The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychol. Med.* 2000; 30: 529-544.
95. Read J., McGregor K., Coggan C., Thomas D.R.: Mental health services and sexual abuse: the need for staff training. *J. Trauma Dissociation* 2006; 7: 33-50.
96. Briere J., Woo R., McRae B. i wsp.: Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1997; 185: 95-101.
97. Dill D.L., Chu J.A., Grob M.C., Eisen S.V.: The reliability of abuse history reports: a comparison of two inquiry formats. *Compr. Psychiatry* 1991; 32: 166-169.
98. Goodman L.A., Rosenberg S.D., Mueser K.T., Drake R.E.: Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophr. Bull.* 1997; 23: 685-696.
99. 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.
100. Shelley A.M., Battaglia J., Lucey J. i wsp.: Symptom-specific group therapy for inpatients with schizophrenia. *Einstein Quarterly Journal of Biology and Medicine* 2001; 18: 21-28.
101. Mueser K.T., Rosenberg S.D., Xie H. i wsp.: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008; 76: 259-271.
102. Callcott P., Standart S., Turkington D.: Trauma within psychosis: using a CBT model for PTSD in psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2004; 32: 239-244.
103. Morrison A., Read J., Turkington D.: Trauma and psychosis: theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 112: 327-329.

Szanowni Autorzy!

Uprzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów publikacja artykułu w czasopiśmie „PSYCHIATRIA I PSYCHOLOGIA KLINICZNA” – indeksowanym w Index Copernicus – umożliwi doliczenie 20 punktów edukacyjnych za każdy artykuł do ewidencji doskonalenia zawodowego.

Podstawą weryfikacji jest notka bibliograficzna z artykułu.