

# Program oceny i interwencji psychologicznej u pacjentów z szumami usznymi

## Program for the psychological assay and intervention in patients with tinnitus

PIOTR KOTYŁO<sup>1/</sup>, DOROTA MERECZ<sup>2/</sup>, EWA NIEBUDEK-BOGUSZ<sup>1/</sup>, MARIOLA ŚLIWIŃSKA-KOWALSKA<sup>1,3/</sup>

<sup>1/</sup> Klinika Audiologii i Foniatrii Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi

<sup>2/</sup> Zakład Psychologii Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi

<sup>3/</sup> Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Katedry Chirurgii Głowy i Szyi

**Wprowadzenie.** Szacunkowo szumy uszne występują u 5 do 15% osób w populacji. Niekiedy objaw ten uniemożliwia prowadzenie normalnego życia zmuszając do szukania intensywnej pomocy lekarskiej. Uporczywe odczuwanie szumów usznych w wielu przypadkach wiąże się z pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego.

**Cel.** Ocena stanu zdrowia psychicznego chorych z szumami usznymi oraz opracowanie programu indywidualnej interwencji psychologicznej u tych pacjentów.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto 102 chorych (50 mężczyzn i 52 kobiety) w wieku od 22 do 75 lat, konsultowanych przez audiologa z powodu uciążliwych szumów usznych. Ocena stanu zdrowia psychicznego przeprowadzono w oparciu o Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga (GHQ-28) oceniając objawy w czterech klasach: symptomów somatycznych, objawów niepokoju i bezsenności, zakłóceń w codziennym funkcjonowaniu oraz symptomów depresji.

**Wyniki.** W grupie chorych z szumami usznymi średnia punktów kwestionariusza GHQ-28 wynosiła 36, co w odniesieniu do normy dla ogólnej populacji polskiej, kształtującej się w zakresie od 0 do 16 punktów, jest wynikiem wysokim, świadczącym o istotnych problemach psychologicznych występujących w tej grupie osób. Najczęściej zgłaszane problemy dotyczyły trudności w zasypianiu (68% chorych) oraz występowania objawów rozdrażnienia i złości (65% chorych), rzadziej zgłaszane były trudności w radzeniu sobie z codziennymi zajęciami (36% chorych). W oparciu o wyniki indywidualnej oceny stanu zdrowia psychicznego opracowano program interwencji psychologicznej, obejmujący sześć 45-60 minutowych sesji, oparty na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej.

**Wnioski.** Stan psychiczny pacjentów z szumami usznymi jest wyraźnie gorszy niż przeciętna dla populacji polskiej. Klasyfikacja leczenia szumów usznych metodą habituacji powinna być uzupełniona, przynajmniej u części chorych, o interwencję psychologiczną.

**Słowa kluczowe:** szumy uszne, terapia szumów usznych, interwencja psychologiczna, ocena stanu zdrowia psychicznego

**Introduction.** Approximately, from 5 to 30 percent people in the general population report tinnitus. In severe cases, tinnitus prevents normal patient function and forces him/her to seek doctor's advice. That condition is deemed to be particularly annoying by patients with mental problems.

**Aim.** The aim of this study was to assess mental health statuses of patients with tinnitus and develop the program of individual psychological intervention for those subjects.

**Material and methods.** One hundred two patients (50 men and 52 women) aged from 22 to 75 years, consulted by audiologist for severe tinnitus were enlisted in the study. The general psychological condition of the patients was assessed using the David Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28). The questionnaire allows for diagnosis of four categories of symptoms: somatic symptoms, anxiety and insomnia, difficulties in everyday functioning, and severe depression.

**Results.** In the group of patients with tinnitus, mean GHQ-28 score was 36, which is fairly high, considering that the corresponding standard score for the general Polish population ranges from 0 to 16. It indicates significant psychological problems in the patients with tinnitus. In particular, the problems were: insomnia (68% of subjects), irritation (65% of subjects), less frequently, failure to proceed with everyday tasks (36% of subjects). Based on the results of individual assessment of patients' health status, a program of psychological intervention comprising six 45-60-minute sessions was developed, making use of the principles of the cognitive behavioural therapy.

**Conclusions.** The psychological condition of patients with tinnitus is significantly worse than the average for general Polish population. The conventional tinnitus retraining therapy should be supplemented by psychological intervention based on the principles of cognitive behavioural therapy, at least in some patients.

**Keywords:** tinnitus, tinnitus retraining therapy (TRT), psychological intervention, mental health statuses

Nadesłano: 03.03.2006

Oddano do druku: 30.11.2006

### Adres do korespondencji / Address for correspondence

Piotr Kotyło

Klinika Audiologii i Foniatrii Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi

ul. Św. Teresy 8, 91-348 Łódź; tel. (042) 63 14 521, fax (042) 63 14 519

e-mail: ewakot@imp.lodz.pl

### WSTĘP

Badania epidemiologiczne wskazują, że szumy uszne stanowią dolegliwość o dużym znaczeniu społecznym. Na szumy uszne uskarża się od 5% do 15% osób w populacji. Ostatnio przeprowadzone badania w Szwecji wskazują, że w zależności od stosowanych metod badań, częstość szumów usznych w populacji może zawierać

się w przedziale od 7% do 15,8% [1,2]. Częstość choroby gwałtownie wzrasta z wiekiem do 37% w przedziale wiekowym 65-74 lat [3]. W Polsce, w jedynych przeprowadzonych dotąd badaniach przedpilotażowych wykazano, że szumy uszne występują u 5% osób w populacji ogólnej, ze wzrostem do 30% wśród osób powyżej 75 roku życia [4].

U około 0,5% pacjentów szumy uszne uniemożliwiają im prowadzenie normalnego życia zmuszając do szukania intensywnej pomocy lekarskiej. Przewlekłe szumy uszne mogą wywierać niekorzystny wpływ zarówno w sferze emocjonalnej, jak i funkcjonalnej utrudniając wykonywanie codziennych czynności [5-8]. W ocenie stanu zdrowia pacjentów z subiektywną dolegliwością jaką są szumy uszne używa się obecnie wielu kwestionariuszy i do dnia dzisiejszego nie uzyskano konsensusu w tym zakresie. Najważniejsze z nich przedstawiono w tabeli I [9-17].

W pracy przedstawiono propozycję programu interwencji psychologicznej u pacjentów z szumami usznymi, opartego o ocenę zdrowia psychicznego uzyskaną za pomocą Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga (GHQ-28) [18,19]. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ) został skonstruowany jako test skriningowy do wykrywania zaburzeń stanu zdrowia psychicznego. Narzędzie to pozwala na ogólną ocenę stanu psychicznego badanych w ostatnim czasie, a także na diagnozę specyficznych objawów mierzonych czterema podskalami kwestionariusza: symptomy somatyczne (GHQ-A), objawy niepokoju i bezsenności (GHQ-B), zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu (GHQ-C) oraz symptomy depresji (GHQ-D). Po raz pierwszy ocenę pacjentów z szumami usznymi i zaburzeniami przedsionkowymi za pomocą kwestionariusza GHQ-30 przeprowadził w 1987 roku Singerman i wsp. [16]. W Polsce kwestionariusz GHQ do oceny pacjentów z szumami usznymi i ich jakości życia wprowadzono w latach 2004-2005 [17].

Celem pracy były:

1. Ocena stanu psychologicznego osób z szumami usznymi za pomocą kwestionariusza GHQ-28;
2. Przygotowanie w oparciu o uzyskane wyniki programu indywidualnej interwencji psychologicznej dla pacjentów z szumami usznymi.

## PACJENCI I METODY

Badania przeprowadzono w grupie pacjentów leczonych w Klinice Audiologii i Foniatrii Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi w latach 2005-2006 z powodu szumów usznych. Ogółem badaniami objęto grupę 102 pacjentów – 50 mężczyzn i 52 kobiety w wieku od 22 do 75 lat (średnia  $48,9 \pm 12,4$ ). Warunkiem zakwalifikowania pacjentów do badań było wykonanie pełnej diagnostyki audiologicznej z wykluczeniem osób z szumami usznymi i zaburzeniami słuchu typu przewodzeniowego oraz uszkodzeniami słuchu o lokalizacji pozaślimakowej. Krótką charakterystykę grupy badanej przedstawia tabela II.

Tabela II. Charakterystyka grupy pacjentów z szumami usznymi

Charakterystyka	
Wiek (lata)	$48 \pm 12,4$ Min. 22 Maks. 75
Liczba pacjentów	N = 102
Mężczyźni	50
Kobiety	52
Czas trwania szumów usznych (lata)	$3 \pm 2,26$ Min. 0,5 Maks. 10
Subiektywna lokalizacja szumów usznych	
Jednouszna	32%
Obuuszna	68%

Tabela I. Przegląd kwestionariuszy stosowanych w ocenie pacjentów z szumami usznymi

Kwestionariusz, autor	Liczba ocenianych kategorii; podskale	Wartość psychometryczna
Tinnitus Questionnaire (Hallam, 1996)	52; 5	$a = 0,91$ ogólna skala $a = 0,76$ do $0,94$ w podskalach
Tinnitus Handicap Questionnaire (Kuk i wsp., 1990)	27; 3	$a = 0,93$ ogólna skala
Tinnitus Severity Scale (Sweetow i Levy, 1990)	15	
Tinnitus Reaction Questionnaire (Wilson i wsp., 1991)	26; 4	$a = 0,96$
Subjective Tinnitus Severity Scale (Halford i Anderson, 1991)	16	$a = 0,84$
Tinnitus Handicap/Support Scala (Erlandsson i wsp., 1992)	28; 3	
Tinnitus Handicap Inventory (Newman i wsp., 1996)	25; 3	$a = 0,93$
GHQ-30 (Singerman i wsp., 1980)	30	
GHQ-28 (Kałużny, Durko, Pajor, 2004)	28	

Ocenę stanu psychicznego osób z szumami usznymi przeprowadzono za pomocą Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga (GHQ-28) w czterech podklasach: symptomów somatycznych (GHQ-A), objawów niepokoju i bezsenności (GHQ-B), zakłóceń w codziennym funkcjonowaniu (GHQ-C) oraz symptomów depresji (GHQ-D). W oparciu o uzyskane indywidualne wyniki przygotowano program interwencji psychologicznej z uwzględnieniem najczęściej stwierdzanych symptomów. W kolejnym etapie wprowadzono program interwencji psychologicznej w połączeniu z klasyczną metodą habituacji szumów usznych (*Tinnitus Retraining Therapy – TRT*) [20,21].

## WYNIKI

Analizę stanu zdrowia psychicznego przeprowadzono za pomocą Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 przedstawiono w tabeli III.

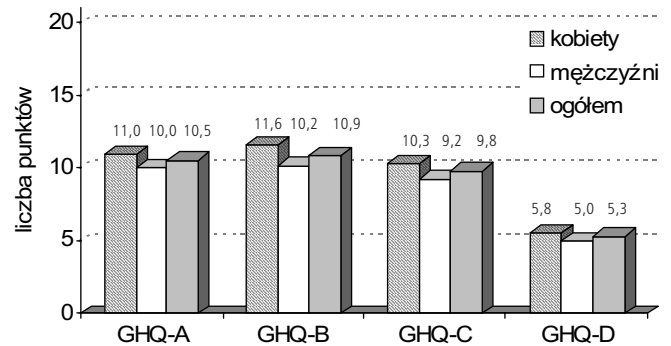
Tabela III. Średnie podstawowych parametrów rozkładu wyników uzyskanych w kwestionariuszu GHQ-28 w grupie pacjentów z szumami usznymi

	GHQ - wynik ogólny			
	średnia	minimum	maksimum	SD
Mężczyźni	34,42	10	63	13,38
Kobiety	38,38	8	61	13,07
Ogółem	36,44	8	63	13,31

Średnie wyniki kwestionariusza łącznie w grupie mężczyzn i kobiet wynosiły 36±13 punktów (minimum 8, maksimum 63). W odniesieniu do populacji polskiej norma dla zbiorowości ogólnej wynosi od 0 do 16 punktów (1-4 sten), stanowiąc wynik niski. W grupie osób badanych uzyskana średnia 36 punktów (8 sten) kwalifikuje wynik w kategorii „wysoki” i świadczy o istotnych problemach psychologicznych pacjentów z szumami usznymi. W odniesieniu do grupy mężczyzn średni wynik wynosił 34±13 (8 sten) klasyfikując go w grupie wyników wysokich, w grupie kobiet wynosił on 38±13 (7 sten) – wynik wysoki. Analiza rozkładu procentowego poszczególnych wyników wykazała, że w grupie mężczyzn 76% osób osiągnęło wynik wysoki (7-10 sten), 22% – wynik średni (5-6 sten), jedynie 2% mężczyzn – wynik niski (1-4 sten). W grupie kobiet 61% uzyskało wynik wysoki (7-10 sten), 23% wynik średni (5-6 sten), a jedynie 16% wynik niski (1-4 sten). Uzyskane wyniki wysokie odpowiednio: 76% w grupie mężczyzn i 61% w grupie kobiet świadczą o istotnych problemach psychologicznych w tej grupie badanych i wysokim prawdopodobieństwem rozwoju klinicznie istotnych zaburzeń zdrowia psychicznego wśród pacjentów leczonych z powodu szumów usznych.

Średnie wyniki uzyskane w poszczególnych podskalach: symptomy somatyczne (GHQ-A), objawy niepokoju i bezsenności (GHQ-B), zakłócenia w codziennym

funkcjonowaniu (GHQ-C) oraz symptomy depresji (GHQ-D), przedstawiono na rycinie 1.



Ryc. 1. Średnie wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza GHQ-28 w poszczególnych podklasach

W podskali - symptomy somatyczne (GHQ-A) średni uzyskany wynik wynosił 10,5; w podskali – objawy niepokoju i bezsenności (GHQ-B) – 10,9; w podskali – zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu (GHQ-C) – 9,8; a w podklasie – symptomy depresji (GHQ-D) – 5,3.

Rozkłady poszczególnych odpowiedzi na pytania w podskalach GHQ-A; GHQ-B; GHQ-C; GHQ-D przedstawia tabela IV.

Tabela IV. Rozkład poszczególnych odpowiedzi na pytania w podklasach GHQ-A; GHQ-B; GHQ-C; GHQ-D

Symptom	% osób uskarżających się na wzmogłą intensywność danego symptomu
Podklasa GHQ-A	
Potrzeba poprawa kondycji	67,96
Poczucie bycia chorym	65,05
Podklasa GHQ-B	
Trudności z zasypianiem	67,96
Rozdrażnienie i złość	65,05
Podklasa GHQ-C	
Brak radości z codziennych zajęć	43,68
Trudności w radzeniu sobie z zajęciami	35,92
Podklasa GHQ-D	
Poczucie bezwartościowości	32,04
Poczucie, że życie jest beznadziejne	29,12

W grupie symptomów somatycznych (GHQ-A) dominowały: potrzeba poprawy kondycji i poczucie bycia chorym; w grupie niepokoju i bezsenności (GHQ-B): trudności w zasypianiu, rozdrażnienie i złość; w grupie zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu (GHQ-C): brak radości z codziennych zajęć i trudności w radzeniu sobie z zajęciami, a w grupie symptomy depresji (GHQ-D): poczucie bezwartościowości oraz poczucie, że życie jest beznadziejne.

W oparciu o uzyskane wyniki indywidualnej oceny stanu zdrowia psychicznego dokonano w czterech

podklasach (GHQ-A, GHQ-B, GHQ-C, GHQ-D) przygotowano program interwencji psychologicznej, obejmujący sześć 45-60 minutowych sesji, realizowanych w cyklu cotygodniowym. Szczegóły programowe poszczególnych sesji przedstawiono w tabeli V.

Tabela V. Szczegóły programowe poszczególnych sesji

Sesja	Zakres programowy
1	Omówienie indywidualnych trudności związanych z radzeniem sobie z szumem usznym, określenie sytuacji będących źródłem największego dyskomfortu dla pacjenta W przypadku stwierdzenia klinicznie istotnych zaburzeń zdrowia psychicznego zlecenie konsultacji psychiatrycznej Przedstawienie modelu poznawczego narastania dolegliwości związanych z szumem usznym
2	Uczenie identyfikowania automatycznych myśli i przekonań oraz reakcji emocjonalnych związanych z występowaniem szumu usznego Uczenie technik relaksacyjnych obniżających poziom ogólnego napięcia i ułatwiających zasypianie
3	Uczenie psychologicznych technik odwracania uwagi od dystraktora jakim jest szum Kontynuacja ćwiczeń relaksacyjnych
4	Analiza i weryfikacja postaw pacjenta wobec własnych dolegliwości Poszukiwanie i modyfikacja dysfunkcyjnych przekonań związanych z dolegliwościami i utrudniających satysfakcjonujące funkcjonowanie pacjentów w codziennym życiu Eksperymenty behawioralne
5	Diagnoza i analiza zachowań unikowych stosowanych przez pacjenta, przygotowanie do zastosowania technik poznawczych łagodzących stres doświadczany na skutek szumu Ćwiczenie umiejętności konstruktywnego rozwiązywania problemów i łagodzenia stresu życiowego
6	Podsumowanie dotychczasowej pracy z pacjentem Budowanie motywacji do dalszego stosowania metod poznawczo-behawioralnych w radzeniu sobie z dolegliwościami Ocena aktualnej dokuczliwości szumu i poziomu zadowolenia z terapii

## DYSKUSJA

W licznych badaniach potwierdzono, że przewlekłe szumy uszne mogą doprowadzać do zaburzeń zarówno w sferze emocjonalnej, jak i funkcjonalnej utrudniając choremu wykonywanie codziennych czynności i wpływając w istotny sposób na jego jakość życia [6-8]. Szacunkowo zaburzenia te występują u ok. 20-25% osób z szumami usznymi. W USA liczbę pacjentów, u których występują istotne zaburzenia funkcjonowania określa się na około 1 milion [22]. Z innych badań wynika, że jedynie około 0,5-1% pacjentów uważa, że szumy uszne wpływają negatywnie na ich codzienne życie [5]. W badaniach nie stwierdzono również istotnych statystycznie zależności pomiędzy parametrami fizycznymi szumów usznych (czas trwania, częstotliwość, poziom) a problemami w radzeniu sobie z nimi [23]. W praktyce oznacza to w grupie osób cierpiących na szumy uszne o podobnym nasileniu, tylko u części z nich obserwujemy istotne zaburzenia psychologiczne i emocjonalne

(najczęściej trudności w zasypianiu, depresja, lęki itd.) [6-8,24]. Ta obserwowana indywidualna wrażliwość na stresor, jakim są niewątpliwie szumy uszne może z jednej strony pogarszać stan psychiczny pacjentów z szumami usznymi, co sprawia, że konieczna staje się u nich interwencja psychologiczna, rzadziej psychiatryczna z drugiej strony może znacznie wydłużać i spowalniać proces leczenia szumów usznych w klasycznej metodzie TRT. Stąd niezmiernie ważną rzeczą jest dysponowanie odpowiednimi narzędziami do oceny stanu psychicznego pacjentów z szumami usznymi. W ocenie takiej wykorzystywane są specjalnie przystosowane kwestionariusze. Pomimo licznych prób nie osiągnięto konsensusu i nie wypracowano jednego rekomendowanego kwestionariusza oceny pacjenta z szumami usznymi. Poszczególne kwestionariusze różnią się zasadniczo liczbą pytań zwykle od 16 do 52, czy liczbą ocenianych kategorii zaburzeń psychicznych, jak również psychometrycznymi właściwościami metod pomiaru wielkości subiektywnych dolegliwości powodowanych przez szumy uszne [9-17]. Brak konsensusu powoduje również trudności w wykorzystywaniu poszczególnych kwestionariuszy do monitorowania zmian stanu psychicznego pacjentów z szumami usznymi, porównywania wyników leczenia uzyskiwanych w różnych ośrodkach, czy skutecznego przygotowania programu indywidualnej interwencji psychologicznej wspomagającego klasyczną metodę TRT.

W pracy do oceny stanu psychologicznego pacjentów z szumami usznymi wykorzystano Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga (GHQ-28) [18,19]. Został on skonstruowany jako narzędzie przesiewowe do oceny zaburzeń stanu psychicznego pacjentów, skupiając się na psychologicznych aspektach stanu zdrowia. Kwestionariusz GHQ został przystosowany i przetłumaczony na język polski, i jest ogólnie dostępny dla szerokiej rzeszy lekarzy [25]. W świecie stanowi on uznane narzędzie oceny pacjentów z różnymi schorzeniami i charakteryzuje się wysoką czułością i swoistością w wykrywaniu zaburzeń psychicznych, jest stosunkowo prosty do samodzielnego wypełnienia przez pacjenta, co niezmiernie ułatwia otrzymanie informacji od osób starszych. Wykrywa zaburzenia występujące przez okres krótszy niż dwa tygodnie, co czyni z niego dobre narzędzie oceny postępów terapii szumów usznych. Ukierunkowany jest na wykrywanie zaburzeń w normalnym funkcjonowaniu oraz psychicznego dystresu, umożliwiając włączenie szybkiej interwencji psychologicznej i skierowanie pacjenta, w razie potrzeby, na dalsze leczenie. W Polsce kwestionariusz GHQ-28 był już wykorzystany do oceny pacjentów z szumami usznymi [17]. Aby w sposób optymalny wykorzystywać możliwości diagnostyczne jakie daje opisywane narzędzie celowe wydaje się łączenie go z innymi kwestionariuszami stosowanymi w szumach usznych umożliwiającymi powiązanie zaburzenia ogólnego stanu zdrowia psychicznego z konkretnym czynnikiem – szumami usznymi. W pracy

wykorzystano kwestionariusz GHQ-28 umożliwiający dodatkową ocenę trudności w czterech obszarach: symptomy somatyczne (GHQ-A), objawy niepokoju i bezsenności (GHQ-B), zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu (GHQ-C) oraz symptomy depresji (GHQ-D) co wydaje się niezmiernie ważne w planowaniu programu indywidualnej interwencji psychologicznej opartej o wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza GHQ-28.

Średnie wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza GHQ-28 łącznie w grupie mężczyzn i kobiet były wysokie i wynosiły  $36 \pm 13$  punktów w odniesieniu do 16 punktów przyjętych jako norma w populacji polskiej. Świadczy to o istotnych problemach psychologicznych pacjentów z szumami usznymi. Wysokie wyniki uzyskano zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet, co świadczy o niekorzystnym oddziaływaniu szumów usznych na stan psychiczny niezależnie od płci. Uzyskane wyniki pozostają w zgodności z innymi dotychczasowymi badaniami, potwierdzającymi, że przewlekłe szumy uszne mogą wywierać niekorzystny wpływ zarówno w sferze emocjonalnej, jak i funkcjonalnej wpływając w sposób istotny na pogorszenie stanu psychicznego i zmniejszenie jakości życia [9-17]. Na uzyskane wyniki niewątpliwie wpływ ma fakt, że badania przeprowadzono wśród osób szukających pomocy lekarskiej z powodu dużych trudności w radzeniu sobie z problemem szumów usznych. Prawdopodobnie są to osoby o wysokiej indywidualnej wrażliwości na szumy uszne, co sugerują badania przeprowadzone przez Atiasa i wsp. [26]. Średnie wyniki uzyskane w poszczególnych podskalach kwestionariusza GHQ: symptomy somatyczne (GHQ-A), objawy niepokoju i bezsenności (GHQ-B), zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu (GHQ-C) oraz symptomy depresji (GHQ-D) wskazują, że podstawowe problemy pacjentów z szumami usznymi występują w pierwszej i drugiej kategorii symptomów dotyczą one głównie poczucia bycia chorym (67,96%) i potrzeby poprawy własnej kondycji (65,05%) oraz trudności w zasypianiu (67,96%) i rozdrażnienia i złości (65,05%). Mniej osób podawało brak radzenia sobie z zajęciami (36%). Wyniki te są zgodne z danymi literaturowymi. W badaniach Tylera i Bekera stwierdzono, że podstawowym problemem pacjentów z szumami usznymi są trudności w zasypianiu występujące u około 56% pacjentów [27].

## Piśmiennictwo

1. Scott B, Lindberg P. Psychological profile and somatic complaints between help-seeking and non-help-seeking tinnitus subjects. *Psychosomatics* 2000; 41(4): 347-352.
2. Andersson G. Psychological aspects of tinnitus and the application of cognitive-behavioral therapy. *Clin Psychol Rev* 2002; 22: 977-990.
3. Hinchcliffe R. Prevalence of the commoner ear, nose, and throat conditions in the adult rural population of Great Britain. *Br J Prev Soc Med* 1961; 6: 312-330.
4. Fabijanska A, Rogowski M, Bartnik G, Skarżyński H. Epidemiology of tinnitus and hyperacusis in Poland. (w) *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar*. Hazell J (red.). Cambridge: The Tinnitus and Hyperacusis Centre, 1999: 569-571.
5. Erlandsson SI, Hallberg LR. Prediction of quality of life in patients with tinnitus. *Br J Audiol* 2000; 34: 11-20.
6. McKenna L. Tinnitus and insomnia. (w) *Tinnitus Handbook*. Tyler RS (red.). San Diego, Calif: Singular, Thomson Learning, 2000: 59-84.

W polskiej populacji potwierdziły to również badania Kałużnego i wsp. wskazujące, że problem ten dotyczy 52% badanych osób [17,24].

Wyniki uzyskane w poszczególnych podskalach GHQ umożliwiły przygotowanie programu interwencji psychologicznej u pacjentów z szumami usznymi. Program ten realizuje podstawowe założenia terapii poznawczo-behawioralnej proponowanej przez innych autorów [28-30]. Program podzielony jest na 6 odrębnych sesji dostosowywany jest indywidualnie pod kątem konkretnych zaburzeń stwierdzonych za pomocą kwestionariusza GHQ-28 u poszczególnych pacjentów. W pierwszej części program interwencji psychologicznej skupia się na określeniu sytuacji będących źródłem największego dyskomfortu dla pacjenta, oraz przedstawieniu modelu poznawczego narastania dolegliwości związanych z szumem usznym. Działanie takie pozostaje w zgodności z założeniami klasycznej terapii TRT, realizowanymi w zakresie konsultacji terapeutycznych [20,21]. Dalsze sesje skupiają się na nauce technik relaksacyjnych obniżających poziom ogólnego napięcia i ułatwiających zasypianie. Działanie takie jest podstawą programów terapii behawioralnej proponowanych przez innych autorów [28-33]. Zaproponowany program interwencji psychologicznej jest realizowany przy współpracy lekarza laryngologa, audiologa i psychologa, równoległe z klasyczną metodą TRT.

## WNIOSKI

Przedstawione w pracy wyniki wskazują, że: 1) stan psychiczny pacjentów z szumami usznymi jest wyraźnie gorszy niż przeciętna dla polskiej populacji w wieku 18-65 lat; 2) klasyczna metoda leczenia szumów usznych TRT powinna być uzupełniona o interwencję psychologiczną opartą o założenia terapii poznawczo-behawioralnej.

*Praca została wykonana w ramach zadania finansowanego z dotacji na działalność statutową nr IMP 18.9/2005-2006 pt. „Opracowanie i wprowadzenie metody leczenia pacjentów z szumami usznymi za pomocą metody habituacji – TRT (tinnitus retraining therapy)”*

7. McKenna L. Models of tinnitus suffering and treatment: compared and contrasted. *Audiol Med* 2004; 2: 41-53.
8. Kirsch CA, Blanchard EB, Parnes SM. Psychological characteristics of individuals high and low in their ability to cope with tinnitus. *Psychosomatic Medicine* 1989; 51: 209-217.
9. Hallam RS. *Manual of the Tinnitus Questionnaire*. London: The Psychological Corporation/Brace & Co., 1996.
10. Kuk FK, Tyler RS, Russell D, Jordan H. The psychometric properties of a tinnitus handicap questionnaire. *Ear and Hearing* 1990; 11: 434-445.
11. Sweetow RW, Levy MC. Tinnitus severity scaling for diagnostic/therapeutic usage. *Hear Instr* 1990; 41: 20-21.
12. Wilson PH, Henry JL, Bowen M, Haralambous G. Tinnitus reaction questionnaire: psychometric properties of a measure of distress associated with tinnitus. *J Speech Hear Res* 1991; 34: 197-201.
13. Halford JBS, Anderson SD. Tinnitus severity measured by a subjective scale, audiometry and clinical judgement. *J Laryngol Otol* 1991; 105: 89-93.
14. Erlandsson SI, Hallberg LRM, Axelsson A. Psychological and audiological correlates of perceived tinnitus severity. *Audiology* 1992; 31: 168-179.
15. Newman CW, Jacobson GP, Spitzer JB. Development of the tinnitus handicap inventory. *Archives of Otolaryngology, Head and Neck Surgery* 1996; 122: 143-148.
16. Singerman B, Riedner E, Folstein M. Emotional disturbance in hearing clinic patients. *Br J Psych* 1980; 137: 58-62.
17. Kałużny W, Durko T, Pajor A. Ocena wpływu szumów usznych na stan emocjonalny chorych na podstawie Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia Goldberga. *Otolaryngol Pol* 2004; 58(4): 851-856.
18. Goldberg DP. *Manual of the General Health Questionnaire*. National Foundation for Educational Research, 1978.
19. Goldberg DP. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Maudsley Monograph, 1972, Nr 21. Oxford: Oxford University Press.
20. Jastreboff PJ. Tinnitus Habituation Therapy (THT) and Tinnitus Retraining Therapy (TRT). (w) *Tinnitus Handbook*. Tyler R (red.). Singular Thomson Learning, USA 2000; 357-376.
21. Jastreboff PJ, Jastreboff MM. Leczenie szumów usznych oparte na modelu neurofizjologicznym. *Audiofonologia* 1996; 9: 5-25.
22. McFadden D. *Tinnitus – facts, theories, treatment*. Washington DC, National Academy Press, 1982: 1-50.
23. Andersson G, Baguley DM, McKenna L, McFerran D. *Tinnitus. A multidisciplinary approach*. Whurr Publishers Ltd, London and Philadelphia 2005.
24. Kałużny W, Durko T, Pajor A. Wpływ szumów usznych na jakość życia w samoocenie chorych. *Otolaryngol Pol* 2005; 59(2): 271-276.
25. Goldberg DP, Williams P. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. *Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*. Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź, 2001.
26. Attias J, Shemesh Z, Bleich A, Solomon Z, Bar-Or G, Alster J, Sohmer H. Psychological profile of help-seeking and non-help-seeking tinnitus patients. *Scand Audiol* 1995; 24: 13-18.
27. Tyler RS, Baker LJ. Difficulties experienced by tinnitus sufferers. *J Speech Hear Dis* 1983; 48: 150-154.
28. Henry JL, Wilson PH. *Psychological management of chronic tinnitus. A cognitive-behavioral approach*. Allyn & Bacon, Boston 2001.
29. Persons JB, Davidson J. Cognitive-behavioral case formulation. (w) *Handbook of Cognitive-behavioral Therapies*. Dobson KS (red.). Guilford Press, New York, NY 2001; 86-110.
30. Persons JB, Davidson J, Tompkins MA. *Essential Components of Cognitive-behavior Therapy for Depression*. American Psychological Association, Washington, DC 2001.
31. Kröner-Herwig B, Hebing G, Van Rijn-Kalkmann U, Frenzel A, Schilkowsky G, Esser G. The management of chronic tinnitus. Comparison of a cognitive-behavioural group training with yoga. *J Psychos Res* 1995; 39: 153-165.
32. Davies S, McKenna L, Hallam RS. Relaxation and cognitive therapy: a controlled trial in chronic tinnitus. *Psychology and Health* 1995; 10: 129-143.
33. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzon RR. Nonpharmacological treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999; 22: 1134-1156.