45. Zjazd Psychiatrów Polskich

Człowiek i rodzina

a zdrowie psychiczne

Katowice, 16-18 czerwca 2016

45. Zjazd Psychiatrów Polskich
Człowiek i rodzina a zdrowie psychiczne
Katowice, 16-18 czerwca 2016

Komitet naukowy:
Prof. Irena Krupka-Matuszczyk (przewodnicząca)
Prof. Jerzy Aleksandrowicz, Prof. Aleksander Araszkiewicz, Prof. Bogdan de Barbaro, Prof. Jacek Bomba, Prof. Przemysław Bieńkowski, Prof. Andrzej Czernikiewicz, Prof. Dominika Dudek, Prof. Małgorzata Janas-Kozik, Prof. Marek Jarema, Prof. Piotr Gałecki, Dr hab. Piotr Gorczyca, Prof. Janusz Heitzman, Prof. Robert T. Hese, Dr Krzysztof Krysta, Dr hab. Marek Krzystanek, Dr hab. Krzysztof Kucia, Dr hab. Bartosz Łoza, Dr Maciej Matuszczyk, Prof. Irena Namysłowska, Prof. Tadeusz Parnowski, Dr hab. Robert Pudlo, Prof. Stanisław Pużyński, Prof. Andrzej Rajewski, Prof. Filip Rybakowski, Prof. Janusz Rybakowski, Prof. Jerzy Samochowiec, Prof. Agata Szulc, Prof. Jacek Wciórka.

Komitet Organizacyjny:
Dr Maciej Matuszczyk – Przewodniczący
Członkowie: Tomasz Dróbka, Marcin Hewig, Katarzyna Irzeńska, Tomasz Jurczak, Sebastian Klamt, Dariusz Korsak, Dr Krzysztof Krysta, Marcin Kuziemka, Magdalena Matuszczyk, Michał Matuszczyk, Magdalena Pawełkiewicz, Dr Jacek Przybyło Marcin Sztajgli, Radosław Wojtyczka, Krzysztof Wroński.

Serwis internetowy konferencji: www.ptp2016.medforum.pl

Obsługa konferencji:

Medforum Sp.z o.o.
Biuro Projektów
ul. Rolna 43B, 40-555 Katowice,
tel. 32 700 71 71, fax 32 700 71 81
e-mail: konferencje @medforum.pl www.medforum.com.pl

Redakcja pamiętnika: Maciej Matuszczyk
Projekt okładki: Wojciech Osuchowski

© Copyright by Polskie Towarzystwo Psychiatryczne & Medforum Sp. z. o.o

Słowo wstępne

Panie i Panowie, Koleżanki i Koledzy,

Miło mi powitać Państwa na 45. Zjeździe Psychiatrów Polskich, który odbywa się w dniach 16-18 czerwca 2016 r. w Katowicach. Tematem przewodnim jest "Człowiek i rodzina a zdrowie psychiczne".

Po raz trzeci psychiatrzy polscy, na swym największym kongresie, spotykają się na Śląsku. Jednak poprzednie Zjazdy miały miejsce bardzo dawno temu, bo w 1924r i 1970r.

Obecnie Katowice to już nie miasto przemysłowe, ale nowoczesna siedziba instytucji naukowych, biznesowych oraz kulturalnych. Nawet najbliższe otoczenie miejsca Zjazdu tętni życiem. W nowoczesnym Międzynarodowym Centrum Kongresowym, mają miejsce znaczące wydarzenia, np. majowy Europejski Kongres Gospodarczy. Sala koncertowa NOSPR gości światowej sławy muzyków, a nowe Muzeum Śląskie, w swoich podziemnych ekspozycjach, pokazuje drogę Śląska od rewolucji przemysłowej do czasów obcenych.

Jednak tym co przyciąga uczestników na Zjazd to jego program merytoryczny. Jest bardzo bogaty, bo zawiera aż 115 sesji: od badań podstwowych, po standardy postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Nie zabranie też sesji poświęconych sytuacji obecnej I przyszłości organizacji opieki psychiatrycznej w Polsce.

Mam nadzieję, że 3 dni spędzone w Katowicach wzbogacą wiedzę, umożliwią nawiązanie nowych kontaktów i odświeżenie wcześniejszych. Ale również przyczynią się do poznania piękniejących Katowic i ich atrakcji.

Witamy Śląsku!

W imieniu Komitetu Organizacyjnego

Prof. dr hab. n. med. Irena Krupka-Matuszczyk

Spis treści

Słowo wstępne.....3

Sesje wykładowe.....14

Czy psychoterapia pozwala zachować zdrowie psychiczne.....14
Próby wyjaśnienia dynamiki objawów zaburzeń nerwicowych.....14
Elektrowstrząsy - co wiemy a czego nie wiemy, chociaż bardzo chcielibyśmy się dowiedzieć. Zastosowanie EW w depresji lekoopornej.....14
Dwubiegunowość a sporty ekstremalne.....14
Genom osoby z niepełnosprawnością intelektualną.....15
Szwedzkie standardy pracy z pacjentem z ryzykiem samobójczym.....15
Terapia dźwiękiem jako działanie wspomagające w psychoterapii i coachingu.....15
Znaki i symbole w drodze uzyskiwania wglądu.....16
Mindfulness w arteterapii.....17
Zaburzenia funkcji poznawczych w depresji w przebiegu ChAD a farmakoterapia.....17
Podstawowe zasady kontaktu lekarskiego i psychoterapeutycznego z pacjentem różnorodnym seksualnie i płciowo.....17
Wprowadzenie do Dialogu Motywującego. Jak skutecznie rozmawiać o zmianie?.....18
Zastosowanie psychodramy w leczeniu halucynacji słuchowych.....18
Czy w Polsce mamy już psychoterapię estetyczną?.....18
Architektura szpitala psychiatrycznego - Kreowanie terapeutycznego środowiska zbudowanego szpitali psychiatrycznych poprzez architekturę neuromorficzną.....19
Prosthetic and therapeutic environment - architektura neuromorficzna dla osób z chorobami neurodegradacyjnymi.....19
Zespół przewlekłego zmęczenia a wypalenie zawodowe.....20
All's well that ends well.....20
Znaczenie diagnozy neuropsychologicznej dla terapii funkcji poznawczych w schizofrenii.....20
Zależność pomiędzy stężeniem wybranych hormonów w surowicy a funkcjami poznawczymi mężczyzn chorych na schizofrenię.....20
Zaburzenia percepcji smaków jako predyktor powikłań metabolicznych u młodzieży leczonej neuroleptykami atypowymi.....21
Stosowanie płynów energetyzujących oraz wybranych leków OTC (over-the-counter drugs) z punktu widzenia toksykologa.....21
Sezonowa bulimia.....21
Zaburzenia nieświadomego uczenia się motorycznego w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej..22
Wykorzystanie maski w terapii pacjentów z przewlekłymi halucynacjami słuchowymi.....22
Konsultacje psychiatryczne w Izbie Przyjęć Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach w latach 2014-2015.....22
Skale zrestrukturyzowane MMPI-2: diagnostyka i monitorowanie psychoterapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości.....22
MMPI-2, KON-2006 i KO „O" w diagnostyce i kwalifikacji do intensywnej grupowej psychoterapii psychodynamicznej.....23
Postępowanie terapeutyczne u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.....23
Od neuronu do rzeczownika i z powrotem.....24
Poświęcenie pionka - granice pre-psychozy - granice interwencji.....24
Scenariusz filmu, który jeszcze nie powstał o polskiej psychiatrii.....24
O dialogu terapeutycznym – punkt widzenia lingwistyki.....24
Czym jest, czym może być zdrowienie w chorobach psychicznych?.....25
Porównanie częstości występowania i stopnia zaawansowania depresji u pacjentów hemodializowanych i niedializowanych z przewlekłą niewydolnością nerek leczonych zachowowawczo.....25
Etiopatogeneza i przebieg zaburzeń lękowych u dzieci.....25
Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży w oddziale psychiatrycznym - wyzwanie dla terapii systemowej.....26
Psychoterapia w postmodernie.....26
Dobowy profil kortyzolu w ślinie w zaburzeniach lękowych i zaburzeniach osobowości.....26
Ludwika Karpińska-Woyczyńska „polska pani filozof".....27
Zastosowanie kwasów omega-3 w psychiatrii wieku rozwojowego – kontrowersje.....27
Zaburzenia rytmów okołodobowych z uwzględnieniem zaburzeń afektywnych – badania genów CLOCK.....27
Grupy wsparcia dla osób transpłciowych – rola, potrzeby, funkcjonowanie – omówienie w oparciu o doświad-

czenia własne....28
Na styku psychiatrii i seksuologii – nowe wyzwania w pracy terapeuty środowiskowego....28
Zmienność w genie ADCYAP1R1, temperament a aktywność neuronalna w sytuacji stresu społecznego....28
Sen u kobiet po porodzie....28
Depresja lekooporna czy stan mieszany – opis serii przypadków....29
Przegląd badań klinicznych nad skutecznością Dialogu Motywującego w medycynie....29
Kliniczne problemy w terapii elektrowstrząsowej i propozycje ich rozwiązania....29
Sport – alternatywa dla leku....29
Wokół góry Tajget - debata o zagładzie chorych....30
Czy schizofrenia zaczyna się w jelicie? Znaczenie nadwrażliwości na gluten....30
Dysmorfofobia - 5 faktów, które powinien znać każdy psychiatra....30
Markery etapów przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej....31
Specyfika kontaktu psychotraumatologa z cywilnymi pacjentami po urazach wielonarządowych oraz ich rodzinami....31
Lekarz jako pacjent w gabinecie psychiatry – wyzwania i doświadczenia....32
Stosunek lekarzy różnych specjalizacji do korzystania z pomocy psychiatrycznej, nastawienie do psychoterapii jako metody leczenia....32
Schizofrenia jako wynik procesu zapalnego wywołanego przepuszczalnością jelita- znaczenie KYNA....32
Grupy terapeutyczne dla osób z bezsennością - doświadczenia własne....33
Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności....33
Związek polimorfizmów genetycznych kompleksu interleukin 1 (IL-1) oraz stężenia IL-1RA z psychopatologią schizofrenii....33
Molestowanie seksualne i obciążenia somatyczne jako predyktory prób samobójczych osób uzależnionych od opioidów....34
Psychosomatyka astmy a funkcjonowanie małżeństwa....34
Zwolnienie wsteczne – dylematy psychiatry....34
Dieta a funkcje poznawcze....35
Teoria zapalna depresji....35
Biologiczne markery osobowości u personelu latającego....35
Leki przeciwdepresyjne w dwubiegunowości....36
Zastosowanie diagnozy psychologicznej w kwalifikacji do psychoterapii psychodynamicznej osób z zaburzeniami osobowości i nerwicowymi....36
Nowa czy stara psychopatia?....36
Trening neuropoznania w ujęciu holistycznego modelu naprawczego. Analiza skuteczności przeprowadzonych badań i zajęć terapeutycznych w Klinice Rehabilitacji IPiN....37
Stany mieszane w przebiegu zaburzeń nastroju- problemy diagnostyczne i terapeutyczne....37
Badanie zależności mocy w pasmie beta od przestrzennego ukierunkowania antycypacyjnej uwagi wzrokowej....37
Farmakoterapia a profilaktyka samobójstw w praktyce psychiatrycznej....37
Neuronalne mechanizmy nałogowych zachowań seksualnych - wskazówki do terapii....38
Kształcenie wysokich lotów: jak poprawić programy specjalizacji z psychiatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży....38
Wieści z gniazda: plan działania Sekcji Kształcenia Specjalizacyjnego....38
Podejście ekologiczne w badaniach nad występowaniem zaburzeń (chorób) psychicznych....39
Zespół wypalenia zawodowego – medyczne i psychologiczne uwarunkowania....39
Naturalny przebieg schizofrenii w świetle kilkunastoletnich badań chorych po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej....39
Wypalenie zawodowe a etyka pracy. Wymiary etyki pracy jako predyktory wypalenia zawodowego....40
Zdrowie psychiczne osób różnorodnych seksualnie i płciowo - prezentacja zagadnienia....40
Zaburzenia seksualne u mężczyzn homoseksualnych – prezentacja zagadnienia....40
Metylacja w genie DAT1 a zespół zależności alkoholowej....40
Haplotypy DRD2 a podatność na samobójstwa....41
Dorosłość osób z niepełnosprawnością intelektualną z perspektywy andragogicznej - studium jednego przypadku....41
Zespół dysregulacji dopaminergicznej jako farmakologiczny model zaburzeń uprawiania hazardu i nałogów behawioralnych....41
Czy terroryzm wkracza w obręb psychozy?....41
Miejsce psychiatrii sądowej w zreformowanej opiece psychiatrycznej....42
Perspektywy terapii schizofrenii....42
Obszary współdziałania i konkurencji w NPOZP....42
Schizma w terapii elektrowstrząsami - wyniki ostatnich 15 lat badań....42

Treningi funkcji poznawczych – przed czy razem z psychoterapią, wskazania dla młodzieży i osób dorosłych z rozpoznaniem schizofrenii....42
Czy okres zachorowania na schizofrenię (EOS i AOS) różnicuje profil poznawczy po wielu latach trwania psychozy?....43
'Kocha, lubi, szanuje...', czyli meandry pożądania....44
Analiza indywidualnych uwarunkowań samobójstw żołnierzy WP w latach 2000-2012....44
Adam Cygielstrejch (1886-1935) polski prekursor studiów nad psychologicznymi skutkami stresu bojowego. 44
Zdrowie psychiczne osób homo- i biseksualnych w kontekście modelu stresu mniejszościowego – prezentacja wyników badań własnych....45
Zaburzenia Korzystania z Gier Internetowych (Internet Gaming Disorder). Analiza krytyczna....45
Płaszczyzny współpracy współczesnych psychologów klinicznych z psychiatrami (diagnoza i leczenie)....46
Komórki macierzyste w napadach paniki....46
Substancje działające na układ glutamatergiczny jako potencjalne leki psychotropowe....46
Dwubiegunowość a depresja poporodowa....46
Nasilenie bólu fizycznego jako czynnik wpływający na skuteczność terapii uzależnienia od alkoholu....47
Miękkie objawy neurologiczne i móżdżkowe w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej....47
Aleksytymia u polskich studentów....47
Formy opieki środowiskowej w oparciu o doświadczenia wielospecjalistycznego zespołu „Diamed” w Wielkopolsce....48
Funkcjonalna interakcja struktur sieci kontroli poznawczej jako czynnik prognostyczny abstynencji od alkoholu....48
Leczenie parasomnii....48
Obciążenie rodzin sprawujących opiekę nad pacjentami ze schizofrenią i chorobą afektywną....49
Zaburzenia procesów decyzyjnych i funkcji poznawczych w schizofrenii....49
Depresja i funkcje poznawcze u pacjentów z otyłością....49
Stygmatyzacja w obronie przed stygmatyzacją....50
Jak kochać to na zabój....50
Jak badania neurofizjologiczne zmienią praktykę kliniczną? Ocena układu glutaminergicznego w schizofrenii za pomocą fali niezgodności....50
Jadłowstręt psychiczny w okresie preadolescencji i wczesnej adolescencji – powikłania somatyczne, opis przypadku....51
Depresja jako zaburzenie wynikające z nadwrażliwości pokarmowej IgG zależnej....51
Dieta a zaburzenia funkcji poznawczych u pacjentów ze schizofrenią obciążonych zespołem metabolicznym. 52
Funkcje wykonawcze w schizofrenii – czy istnieją różnice międzypłciowe?....52
Dwubiegunowość i bulimia....53
Badania asocjacyjne funkcjonalnych polimorfizmów genów interleukin oraz ich receptorów: IL1A, IL1B, IL1RA, IL6, IL6R, IL10, IL10RA i TGFB1 w schizofrenii....53
Rola zmysłów w procesie komunikacji....54
The implementation of a Polish National Suicide Prevention Program: lessons from Austria....54
Charakterystyka wybranych funkcji językowych i komunikacyjnych u pacjentów ze schizofrenią....54
Otyły mózg - czy otyłość można traktować jako chorobę mózgu?....54
Zatrucia samobójcze na terenie lubelszczyzny w latach 1981-2010: kto, dlaczego i czym?....55
Od homocysteiny do nutrigenetyki – przydatne metody diagnostyczno-terapeutyczne dla psychiatry....55
Skuteczność terapeutycznego systemu naprawczego w rehabilitacji osób przewlekle chorych na schizofrenię w poprawie funkcjonowania społecznego i poznawczego....56
Zaburzenia somatyczne występujące u osób z autyzmem....56
Ocena poziomu i zmian w zakresie kompetencji społecznych wśród pacjentów oddziału dziennego leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości....56
Terapeuta środowiskowy w oczach psychiatry....57
Zaburzenia regulacji emocji jako czynnik ryzyka nawrotu w uzależnieniu od alkoholu....57
Wpływ doświadczeń bojowych na jakość życia żołnierzy – weteranów Polskich Kontyngentów Wojskowych i ich rodzin....57
Pomoc czy przemoc – dylematy stosowania przymusu bezpośredniego....58
Etyka i deontologia profesjonalistów zaangażowanych w ochronę zdrowia psychicznego w Polsce....58
Jak rozpoznawać i leczyć ryzykowny stan psychiczny - wytyczne Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego....59
Co nowego wiemy o ryzykownym stanie psychicznym?....59
Potrzeby i prawa pacjentów z grupy LGBT – standardy postępowania....59
Nasilenie stresu i kontrola emocji u personelu latającego....59
Ocena stosowania leków neuroleptycznych u osób z niepełnosprawnością intelektualną w ośrodkach Carmona i Kildare w Irlandii....60

Czynniki ryzyka ponownego popełnienia przestępstwa przeciwko wolności seksualnej....60
Czas wyfrunąć z gniazda: oferta Sekcji Kształcenia Specjalizacyjnego dla psychiatrów dzieci i młodzieży....60
Teoria wyczerpywania zasobów w schizofrenii na podstawie analizy testów szybkości przetwarzania informacji....61
Dynamika przetwarzania informacji przez pacjentów z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej – podobieństwa i różnice w porównaniu do osób zdrowych....61
Czynniki prognostyczne w chirurgii bariatrycznej....62
Bariatria w leczeniu chorego z otyłością olbrzymią....62
Farmakoterapia w uzależnieniach....62
Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych intelektualnie....62
Uzależnienia u osób z ADHD....62
Możliwości zastosowania telemedycznych treningów kognitywnych....62
Wyniki polskiego rocznego wieloośrodkowego badania klinicznego....63
Środowisko lekarzy wobec możliwości zastosowania telemedycyny....63
Komórki macierzyste i czynniki humoralne w pierwszym epizodzie psychotycznym....63
Predyktory nawrotu w schizofrenii....64
Badania genów białek szoku cieplnego w schizofrenii....64
Zastosowanie Treningu Społecznego Poznania w poprawie funkcjonowania emocjonalnego i społecznego adolescentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego....64
Między pobudzeniem a hamowaniem – czy Model Podwójnej Kontroli wciąż jest aktualny?....65
Cienie i blaski pracy terapeuty środowiskowego....65
Logopeda na oddziale noworodkowym I stopnia referencyjności – możliwości, plany, nadzieje....65
Propozycja kompleksowego leczenia osób chronicznie bezdomnych chorujących psychicznie i/lub uzależnionych – projekt „Najpierw mieszkanie”....66
Czy nowe leki odmienią naszą seksualność?....66
Seksualne perypetie zakochanych....66
Jak psychologia wykorzystuje wiedzę neurobiologiczną w terapii osób chorych na schizofrenię?....67
Konotacja w schizofrenii....67
Zaburzenia psychiczne u chorego na stwardnienie rozsiane....67
Choroba Alzheimera o wczesnym początku - opis przypadku....67
Chory z otępieniem – charakterystyka kliniczna....68
Postępowanie terapeutyczne u osób z zaburzeniami psychotycznymi....68
Zaburzenia nastroju a otyłość - co rozpoznawać? Jak leczyć?....68
Urazy psychiczne i fizyczne w procesie katapultowania....69
Otępienie czołowo-skroniowe – opis przypadku....69
Relacja móżdżek – płaty czołowe w świetle badań własnych. Deficyty funkcji wykonawczych u pacjentów po interwencjach neurochirurgicznych w obrębie móżdżku....69
Psychosomatyka – współczesne kierunki rozwoju....69
E-psychoterapia – próba analizy....70
Stany depresyjno - lękowe w chorobach serca, przyczyny i leczenie....70
Maurycy Bornsztajn (1874-1952) jako badacz schizofrenii....71
Polska psychiatria w przededniu II wojny światowej. Relacje psychiatrów australijskich Audreya Lewisa i Reginalda Ellery’ego z wizyt w Polsce w latach 1936-1937....71
Biofeedback-HRV jako metoda wspierająca działania terapeutyczne w opiece nad pacjentem z problemami psychiatrycznymi....71
Badania czynności elektrycznej mózgu wykorzystujące algorytmy lokalizacji źródeł w elektroencefalografii gęstej matrycy dla wybranych zaburzeń psychicznych....71
Badanie wybranych polimorfizmów genów: transportera aminokwasów pobudzających oraz transportera glicyny 1 u chorych na schizofrenię....72
Blaski i cienie - stymulacji nerwu błędnego (VNS) w porównaniu z elektrowstrząsami (EW)....73
Czynniki ryzyka podejmowania prób samobójczych u osób leczonych stacjonarnie z powodu uzależnienia od alkoholu w Polsce....73
Neuronalne korelaty przetwarzania bodźców zagrażających w fobiach specyficznych....73
Lęk-cecha i lęk-stan u pacjentów leczonych intensywną, krótkoterminową psychoterapią grupową z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości....74
Zastosowanie techniki hipnozy w leczeniu zaburzeń psychicznych z odniesieniem do wyników najnowszych badań....74
Możliwości zastosowania techniki hipnozy w leczeniu fobii specyficznych na podstawie przykładów klinicznych....74
Dynamika i zróżnicowanie objawów u chorych z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości....75
Metody laboratoryjne....75

Polimorfizm genu MTHFR a rozwój zaburzeń metabolicznych u pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii....75
Zastosowanie technik relaksacyjnych i hipnozy w terapii zespołu wypalenia zawodowego....75
Propozycja leczenia psychoterapeutycznego wypalenia zawodowego....76
Zastosowanie technik relaksacyjnych i hipnozy w terapii zespołu wypalenia zawodowego....76
Propozycja leczenia psychoterapeutycznego wypalenia zawodowego....76
Wgląd w schizofrenii - uwarunkowania, znaczenie w praktyce klinicznej oraz możliwości oddziaływań terapeutycznych....76
The relation between dissociation and schizophrenia: Historical and contemporary enigmas....76
Stosunek psychiatrów do psychoterapii – wyniki badania ogólnopolskiego....77
Gdy strach przechodził z człowieka na człowieka. Oddział psychiatryczny w Więzieniu nr II przy ul. Sądowej 1 we Wrocławiu....77
Przypadek Kiryła Sosnowskiego....77
Could practical social learning methods compliment existing treatments for intellectually disabled people with mental health issues?....78
30 lat z Trilafonem – jak rutyna wpływa na leczenie?....78
Cynk w terapii depresji. Mechanizmy działania....78
Telefon zaufania dla weteranów i ich rodzin – prymitywna forma telemedycyny czy skuteczna forma pomocy? 78
Dermatillomania- rozpoznawanie i leczenie....79
Wpływ treningu z elementami rozszerzonej rzeczywistości na funkcje poznawcze w schizofrenii....79
Uwarunkowania pięcioletniej abstynencji uzyskanej w modelach leczenia Oddziału Odwykowego w Lublinie u chorych z zespołem uzależnienia spowodowanego używaniem alkoholu....79
Wpływ mikrobioty na otyłość i zaburzenia metaboliczne....80
Modne diety a mózg....80
Obłęd pasożytniczy i kosmici....80
Zaburzenia węchu a depresja i inne zaburzenia psychiczne....81
Możliwości wykorzystania analizy składników śliny w poszukiwaniu predykcyjnych i diagnostycznych biomarkerów jadłowstrętu psychicznego....81
Próby samobójcze w zaburzeniach afektywnych ze szczególnym uwzględnieniem płci....81
Zachowania samobójcze w zaburzeniach afektywnych – geny kandydujące związane z różnymi koncepcjami patogenetycznymi....82
Modyfikacja standardowej terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z pacjentem z objawami nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)....82
Genetyka schizofrenii deficytowej....82
Dysbioza a upośledzenie struktury i funkcji bariery jelitowej w schizofrenii i depresji....83
Hyperhomocysteinemia w chorobie afektywnej dwubiegunowej....83
Wlew ketaminy w depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej: czynniki skuteczności....83
Schizofrenia - czy może choroba dyssolucyjna?....84
Teoria psychofizjologiczna profesora Jana Mazurkiewicza....84
Stwardnienie rozsiane jako choroba neurodegeneracyjna....84
Neurofizjologiczne mechanizmy wzbudzenia we śnie u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i bezsennością. 85
Ocena aktywności wyspy w uwadze wzrokowej u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi....85
Wpływ wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3 na objawy kliniczne, funkcje neuropoznawcze i poznanie społeczne w AN....86
Urojenia w psychiatrii sądowej....86
Kontradyktoryjność....86
rTMS- marzenia a rzeczywistość. Wyniki badań i możliwości zastosowania w przyszłości....87
Kliniczne i neurofizjologiczne czynniki predykcyjne reakcji na leczenie rTMS u osób z depresją....87
Consequences of sexual violence in children and adolescents....88
Praktyczne zastosowanie neuroleptyków atypowych w psychiatrii dzieci i młodzieży we wskazaniach i poza wskazaniami....88
Najczęstsze trudności w terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności....88
Praca z dysocjacją w modelu psychodynamicznym....88
Uwarunkowania zaburzeń psychicznych u hospitalizowanych żołnierzy Polskich Kontyngentów W ojskowych....89
Glutamatergiczna teoria depresji - badania własne....89
Skuteczność programu rehabilitacji psychospołecznej osób z zaburzeniami psychicznymi w środowiskowej opiece psychiatrycznej....90
Nieadekwatna tachykardia zatokowa - prawdowpodobne podłoże psychogenne....90
Terapie komórkami macierzystymi w medycynie regeneracyjnej – obecny stan wiedzy....90

Monitorowanie leczenia lekami przeciwpsychotycznymi u dzieci i młodzieży. Możliwości terapeutyczne.....91
Markery etapów przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej.....91
Styl żywienia w rodzinie jako czynnik ryzyka oraz czynnik zdrowienia w jadłowstręcie psychicznym. Czynniki leczące i efektywność.....92
Terapia tańcem i ruchem w leczeniu zaburzeń afektywnych i lękowych.....92
Mocne strony charakteru jako predyktory zdrowienia u osób chorujących na schizofrenię.....92
Fizjologiczne zmiany w trakcie ciąży i ich potencjalny wpływ na jakość snu.....93
Karol de Beaurain – nieznany psychoanalityk znanego artysty.....93
Psychoterapia a New Age.....93
Hiperprolaktynemia w przebiegu zaburzeń osobowości i zaburzeń nerwicowych i jej zmiany w czasie psychoterapii.....94
Mężczyzna choruje.....94
Centrum Spotkań dla osób z otępieniem oraz ich opiekunów–ocena jakościowa oraz ilościowa adaptacji amsterdamskiego modelu wsparcia (projekt JPND MeetingDem).....94
Rozpowszechnienie zjawiska uzależnienia od Internetu wśród młodzieży miejskiej miasta Katowice w wieku 18-20 lat.....95
Tendencje suicydalne wśród młodzieży województwa śląskiego - abstrakcja czy realia?.....95
Dlaczego zestresowani ludzie nie mogą mieć dzieci?.....96
Zwiazek polimorfizmu genu COMT Val158Met z odpowiedzią na leki przeciwpsychotyczne: metaanaliza dziesięciu badan.....96
Rola markerów biologicznych w psychiatrii – od endofenotypów po testy diagnostyczne. Metody genetyczne 96
Komórki macierzyste w psychiatrii.....97
Model naprawczy w rehabilitacji osób chorych na schizofrenię - zasady, założenia i oczekiwania.....97
Rewiring Faulty Circuits – The Role of Deep Brain Stimulation.....97
Czy addyktywna koncepcja zaburzeń uprawiania hazardu (DSM-5) i badania nad funkcjami metapoznawczymi mogą mieć wpływ na orzekanie w przedmiocie poczytalności?.....98
Silne Ja? Zachowania autodestrukcyjne i agresywne dorastających dziewcząt w kontekście ich doświadczeń rodzinnych.....98
Okiełznać wrogość. Współpraca psychiatry i psychologa w diagnozie i terapii adolescentów z zaburzeniami zachowania.....99
TBARS w chorobie afektywnej jedno- i dwubiegunowej.....99
Zastosowanie farmakoelektroencefalografii w praktyce klinicznej.....100
Zaburzenia snu u kobiet w okresie menopauzy.....100
Sen u kobiet i mężczyzn.....101
Współwystępowanie objawów z dolnego odcinka dróg moczowych (LUTS) z lękiem i depresją.....101
Bezsenność a zaburzenia rytmu okołodobowego.....101
Genetyczne i neuropsychologiczne uwarunkowania podwyższonego ryzyka nadwagi i otyłości u chłopców z ADHD.....102
Osobowość nerwicowa a objawy z dolnego odcinka układu moczowego u pacjentów kwalifikowanych do leczenia psychoterapią w oddziale dziennym w latach 2004-2014.....103
Rozpoznania zaburzeń nerwicowych wg ICD-10 stawiane przez psychiatrów versus wybrane symptomy zgłaszane przez pacjentów w kwestionariuszach objawowych.....103
Mechanizmy regulacji emocji w kontekście badań psychologicznych i neuroobrazowych.....103
Cynk w chorobie afektywnej jedno- i dwubiegunowej.....104
Personalized medicine with omega-3 fatty acids for depression: clinical and biological aspects.....104
Depresja jako determinanta diety (projekt europejski DEDIPAC KH); dieta i insulinooporność a przebieg CHAD.....104
Jak bakterie wpływają na nasz nastrój i samopoczucie? Oś jelitowo-mózgowa.....105
Zaburzenia urojeniowe u osób po ciężkich uszkodzeniach mózgu - neuropsychologiczna diagnostyka i terapia.....105
Pierwotne zbieractwo.....105
Leczenie zaburzeń lękowych z ADHD w tle u osób dorosłych.....105
Badania genów osi stresu w zaburzeniach nastroju.....106
Nadal razem czy osobno? Wpływ zdarzeń wojennych o charakterze traumatycznym i objawów zespołu stresu pourazowego na relację małżeńską polskich weteranów.....106
Czy mnie słyszysz? Ekspozycja na stres bojowy a komunikacja w rodzinach polskich weteranów.....107
Światło, które leczy przez cały rok.....107
Funkcje poznawcze w chorobach psychicznych.....107
Zadanie rotacji mentalnych w chorobie afektywnej dwubiegunowej.....108
Ogólna charakterystyka homocysteiny i jej znaczenie w psychiatrii.....108
Postępowanie terapeutyczne u osób z Zespołem Przewlekłego Zmęczenia.....108

Neuropsychologicznie i neurobiologiczne odległe skutki bojowego zdarzenia traumatycznego - doniesienie wstępne....109
Specyfika neuropsychologicznego funkcjonowania pacjentów ze schizofrenią deficytową....109
Adipocytokiny a powikłania metaboliczne po pierwszym zastosowaniu neuroleptyków atypowych u dzieci i młodzieży....110
Prodrom w chorobie afektywnej dwubiegunowej....110
Czy jesteśmy bardziej agresywni?....110
Psychoterapia grupowa – lekarstwo o poszerzonym składzie....111
Diagnostyka różnicowa hipersomnii pochodzenia ośrodkowego....111
Doświadczenia w funkcjonowaniu Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie jako nowego rodzaju środka zabezpieczającego....112
Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2020....112
„Choroba psychiczna" – ontologiczny fundament czy fatamorgana psychiatrii?....112
Natręctwo i urojenie - fenomeny bliskie czy dalekie sobie?....112
Ryzyko zachowań samobójczych w kryzysie schizofrenicznym – przesłanki statystyczne i indywidualne....113
Pomocne dialogi w cierpieniu schizofrenicznym – przywracanie perspektywy....113
Ryzyko zachowań samobójczych w kryzysie schizofrenicznym a przesłanki statystyczne i indywidualne....113
SAPROF - opis narzędzia i zastosowanie w psychiatrii sądowej....113
Zasady kwalifikowania pacjentów do terapii poznawczo behawioralnej bezsenności....114
Biologiczne metody leczenia w psychiatrii. Co poza lekami?....114
Śnię o tobie….....114
Przezczaszkowa stymulacja elektryczna w psychiatrii i psychologii....115
Metody neurofizjologiczne....115
Depresja a niedożywienie u osób starszych....115
Attitude of the society towards mentally ill in comparision with experts' opinions....115
Links between chronotype, cortisol levels and social fear in students....116
Zastosowanie Treningu Społecznego Poznania w poprawie funkcjonowania emocjonalnego i społecznego pacjentów z jadłowstrętem psychicznym....116
Stężenie proBDNF i mBDNF a funkcjonowanie poznawcze osób zdrowych....117
Aktywność elektrodermalna w ocenie ryzyka samobójstwa u osób cierpiących na zaburzenia afektywne....117
Wczesne wykrywanie autyzmu w oparciu o koncepcję teorii umysłu....117
Loty międzykontynentalne: dodatkowe możliwości kształcenia dla młodych psychiatrów....118
Możliwości komunikacyjne oraz wybrane językowe dzieci i młodzieży z rozpoznaniem ASD w normie intelektualnej....118
Jak śpią kobiety w ciąży?....118
Skala NBAS jako narzędzie wspomagające rozumienie zachowania noworodka....119
Teksty i neurony. Co analiza neuroligwistyczna mówi o schizofrenii?....119
„Młodzi gniewni" – zaburzenia zachowania w strukturze dziennego oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży. Perspektywa psychoterapeutyczna i psychiatryczna....119
Znaczenie dialogu motywującego dla współpracy pacjenta, podczas leczenia ostrego epizodu schizofrenii....119
Wypadki lotnicze - uwarunkowania psychologiczne....120
Dekada badań nad wykorzystaniem głębokiej stymulacji mózgu DBS w psychiatrii....120
Gdzie kończy się opieka pielęgniarska, a zaczyna terapia prowadzona przez pielęgniarki u osób z zaburzeniami psychicznymi....120
Status quo w badaniach nad przezczaszkową stymulacją magnetyczną TMS oraz stymulacją nerwu błędnego w terapii depresji....121

Warsztaty....122

Próby samobójcze pacjentów szpitali psychiatrycznych - identyfikacja ryzyka w środowisku zbudowanym szpitali psychiatrycznych oraz metody eliminacji zagrożeń....122
FASD (Spektrum Polakoholowych Wrodzonych Zaburzeń Rozwojowych) na przestrzeni życia....122
Szkolenie lekarzy i studentów w zakresie psychiatrii i opiniowania sądowo - psychiatrycznego....123
Rozwój seksualny człowieka – informacje przydatne dla psychiatry....123
Rola terapii rodzinnej w leczeniu anoreksji....123
Neuropsychoanaliza-nowe idee....123
Narzędzie SAPROF – jego użyteczność przy tworzeniu planów terapeutycznych i zarządzaniu ryzykiem przemocy u wybranego pacjenta....123
Wpływ trudności z obszaru zdrowia psychicznego na proces studiowania. Specyfika usług dla studentów doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego na Uniwersytecie Warszawskim....124

Postery....125

Badanie ultrasonograficzne nerek u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową otrzymujących długotrwale

węglan litu....125
Strategie farmakoterapii hazardu patologicznego – przegląd piśmiennictwa....125
Problematyka konsultacji psychiatrycznych w wielospecjalistycznym szpitalu klinicznym....125
Encefalopatia manganowa jako następstwo dożylnego używania efedronu (metkatynon) pozyskiwanych z tabletek Sudafed i Acatar przy użyciu nadmanganianu potasu....126
Wpływ zaburzeń psychicznych u nieletnich na popełniane czyny zabronione. Porównanie grup pacjentów hospitalizowanych w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie....126
Dwudziestoletnie prospektywne badanie współpracy w leczeniu farmakologicznym i jej związków z odległymi wynikami leczenia u osób cierpiących na schizofrenię....126
Wpływ stężenia białek grup tiolowych na funkcjonowanie poznawcze pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi....127
Złożoność objawów psychopatologicznych u pacjentki z rozpoznaniem autyzmu i padaczki skroniowej - opis przypadku....127
Centralna mielinoliza mostu i porażenie nerwów strzałkowych - postęp choroby czy zespół jatrogenny? Analiza przypadku....128
Wsparcie społeczne i jego znaczenie w procesie leczenia osób z zaburzeniami odżywiania w perspektywie pacjentów i ich bliskich....128
Wpływ wczesnej psychospołecznej interwencji na odległe kliniczne wyniki leczenia osób chorujących na schizofrenię....128
Związek pracy z jakością życia. Wyniki badań prospektywnych....129
Evaluation of pharmacists' opinion and knowledge regarding psychotropic generic drugs in Poland....129
Polska adaptacja Gotlandzkiej Skali Męskiej Depresji GDMS Rutza....129
Nasilenie i predyktory poczucia samotności u osób z zaburzeniami psychotycznymi....130
Udział psychiatry w ocenie świadomej zgody na zabieg operacyjny....130
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD) i zaburzenia lękowe uogólnione (GAD) - podobieństwa i różnice w obrazie klinicznym....130
Funkcjonowanie poznawcze w schizofrenii a zatrudnienie....130
Badanie cech temperamentu i poziomu schizotypii w populacji chorujących na schizofrenię i choroby afektywne....131
Czynniki związane ze skutecznością całkowitej deprywacji snu z przesunięciem cyklu sen-czuwanie w terapii depresji lekoopornej....131
Ślina jako alternatywna baza danych w diagnostyce i leczeniu....132
Oznaczanie kwetiapiny w ślinie ludzkiej metodą HPLC....132
Rajd po Monte Cassino....132
Najciekawsze przypadki orzecznicze biegłego sądowego....133
Zaburzenia ruchu gałek ocznych u osób uzależnionych od opioidów nosicieli wirusa HIV i HIV-ujemnych przed i po podaniu leku substytucyjnego....133
Wpływ długotrwałego stosowania litu w chorobie afektywnej dwubiegunowej na komórki macierzyste krążące we krwi obwodowej....134
Zaburzenia seksualne u mężczyzn z zespołem uzależnienia od alkoholu w okresie abstynencji....134
Stress, depression and anxiety among medicine students from various countries....135
Life lasting sadness - two cases of major treatment-resistant depression....135
Wpływ objawów bezsenności lub nadmiernej senności na ocenę funkcjonowania seksualnego oraz jakości życia u pacjentów zgłaszających się do Poradni Zaburzeń Snu....136
Ocena stanu psychicznego i cech temperamentu afektywnego u młodych dorosłych pacjentów, którzy w wieku adolescencyjnym leczyli się z powodu zaburzeń lękowych....136
Aleksytymia a samotność....136
Poziom Interleukiny 1, a nasilenie stresu i mechanizmy radzenia sobie z nim u personelu latającego....137
Negatywne doświadczenia dziecięce a występowanie choroby afektywnej dwubiegunowej....137
Rola psychoterapii w leczeniu zapobiegawczym migrenowego bólu głowy....138
Rola psychoterapii w leczeniu napięciowego bólu głowy....138
Konsultacje psychiatryczne w oddziałach szpitala wielospecjalistycznego....138
Genotyp a fenotyp. Oblicza neurodegeneracji uwarunkowanej dziedzicznie....139
Dynamika zaburzeń rozwojowych u dziecka z padaczką. Diagnoza i terapia....139
Czynniki rokownicze w stacjonarnym leczeniu jadłowstrętu psychicznego....140
Wieloletnie, prospektywne badania związku syndromu negatywnego, przetrwałego syndromu negatywnego i syndromu deficytowego z wynikami leczenia....140
Polski Test Czytania Słów Dla Dorosłych (PART) - konstrukcja polskiego testu do pomiaru poziomu inteligencji przedchorobowej w schizofrenii....140
Ocena ilości hospitalizacji oraz cech demograficznych pacjentów z podwójną diagnozą leczonych w oddziałach psychiatrycznych Szpitala w Lipnie w latach 2004-2015....141

Wpływ arypiprazolu na stężenie wolnych tioli i peroksydację lipidów osocza, badania in vitro.....141
Antyoksydacyjne i protekcyjne właściwości kurkuminy (Curcuma longa) zapobiegające peroksydacji lipidów ludzkiego osocza: badania z zyprazydonem.....142
Rozpowszechnienie zjawiska ortoreksji w populacji studentów wyższych uczelni w Lublinie.....142
Propozycja metody przygotowania uzupełniającej opinii sądowo-psychiatrycznej.....143
Zespół uporczywego pobudzenia genitaliów (PGAD) – opis przypadku.....143
Analiza relacji pacjent - terapeuta jako źródło informacji o nieadaptacyjnych schematach w przebiegu zaburzeń osobowości.....144
Trichotillomania u pacjentki z zaburzeniami depresyjno-lękowymi.....144
Zespół poiniekcyjny po leczeniu olanzapiną.....144
Zaburzenia somatyzacyjne u pacjentki z bólem zębów.....145
Wiedza w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego wśród internistów i lekarzy specjalności zabiegowych.....145
Klasyczna psychochirurgia w Polsce w latach 1947-51.....145
Analiza przyjęć do szpitala psychiatrycznego w trybie artykułu 24 Ustawy O Ochronie Zdrowia Psychicznego.....146
Spór psychiatrów Jana Piltza i Rafała Radziwiłłowicza na temat przepisu o niepoczytalności.....146
Czynniki psychiatryczne w łysieniu plackowatym. Farmakoterapia i terapia poznawczo-behawioralna.....146
Przekaz pozawerbalny, co to takiego?.....147
Depresja z cechami atypowymi: związek z otyłością i dwubiegunowością.....147
Zachowania samouszkadzające wśród pacjentów Oddziału Młodzieżowego I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji Uniwersytetu Medycznego w Lublinie - czy to już epidemia?.....147
Depresja u chorych z HCV leczonych interferonem alfa i rybawiryną jest odwracalna i nie zależy od czynników psychologicznych.....148
Chronotyp jako czynnik ryzyka objawów depresyjnych i niskiej jakości snu wśród studentów medycyny.....148
Polskie wydanie SAPROF - narzędzia do oceny czynników chroniących przed przemocą.....148
Polskie wydanie HCR-20v3 - narzędzia do oceny ryzyka przemocy.....149
Decreased Activity of Plasma MIP-1alpha and MIP-4alpha as Trait Markers of Depression.....149
Serum Concentrations of Human Glial Fibrillary Acidic Protein (GFAP) and IL-18 in Depressed Patients with Suicide Risk.....150
Asymmetric Dimethylarginine (ADMA) as a Predictor in Recurrent Depression.....150
Serum Concentrations of IL-33 and IL-8 in Depressed Patients.....151
Serum Concentrations of IL-10 and IL-4 in Patients with Depression.....151
Opiniowanie psychiatryczno-psychologiczne w postępowaniu testamentowym.....152
Psychosomatyka – współczesne kierunki rozwoju.....152
Dysocjacja czy neurodegeneracja. Problemy diagnozy, leczenia i rehabilitacji.....152
„Ryzykowni" użytkownicy dekstrometorfanu – profil psychospołeczny.....153
Funkcjonowanie rodziców dzieci z zaburzeniami eksternalizacyjnymi.....153
Analiza związków pomiędzy wybranymi zmiennymi psychologicznymi a jakością snu u osób z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym.....154
Różnice w zakresie osobowości oraz sposobów radzenia sobie ze stresem u mężczyzn i kobiet z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym.....155
Krótkoterminowy wpływ terapii elektrowstrząsowej na poziom troponiny T oraz podstawowe parametry elektrokardiologiczne u pacjentów powyżej 40 roku życia.....155
Stosowanie neuroleptyków atypowych w populacji dziecięco młodzieżowej - konieczność czy wybór?.....156
Therapeutic equivalence of psychotropic drugs.....156
Problem lojalności rodzinnej u dziecka w sytuacji rozstania rodziców a możliwości pracy terapeutycznej z zastosowaniem metody 'Sandplay Therapy'.....156
Technika terapeutyczna 'Mapa świata' a obraz rodziny u osób uzależnionych.....157
Poprawa funkcji poznawczych w procesie terapeutycznym jadłowstrętu psychicznego ze szczególnym uwzględnieniem Treningu Neuropoznania.....157
Krioterapia ogólnoustrojowa w leczeniu zaburzeń depresyjnych – doniesienie wstępne.....157
Zespół poiniekcyjny związany ze stosowaniem olanzapiny o przedłużonym działaniu u pacjenta z rozp. schizofrenii paranoidalnej - opis przypadku.....158
Retrospektywna ocena postaw rodzicielskich a płeć psychologiczna młodych dorosłych – doniesienia wstępne.....158
Rozpowszechnienie polimorfizmu -582A>G genu HAMP u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD).....159
Rola Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w sprawach dotyczących oskarżeń lekarzy psychiatrów przez pacjentów z powództwa cywilnego.....159
Czynniki warunkujące funkcjonowanie społeczne osób chorujących na schizofrenię ze szczególnym uwzględ-

nieniem poznania społecznego....160
Kontekst psychologiczny wskazań do konsultacji seksuologicznej u kobiet po mastektomii....160
Łuszczyca i stres – rola osi podwzgórze-przysadka-nadnercza....161
Depresja u chorych na cukrzycę....161
Opinie studentów medycyny na temat depresji i dyskryminacji z powodu depresji....162
Samobójstwa w Polsce. Białe plamy na czarnym tle....162
'Czarne Fale - lekcje o depresji' Program profilaktyczny dla młodzieży wykorzystujący komiks....162
Interwencje fizjoterapeutyczne w procesie leczniczym zaburzeń depresyjnych: dlaczego warto budować interdyscyplinarny zespół terapeutyczny....163
Zastosowanie psychoterapii w leczeniu łuszczycy....163
Nowoczesne technologie i internet w prewencji samobójstw: Aplikacje mobilne....163
Zastosowanie wywiadu strukturalnego wg Otto Kernberga jako metody diagnozowania struktury osobowości przy kwalifikacji do psychoterapii - opis dwóch przypadków klinicznych....164
Analiza impedancji bioelektrycznej jako nowe narzędzie w monitorowaniu zmian stanu odżywienia pacjentów z anoreksją....164
Aktywizacja osób z łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych - robot w środowisku zamieszkania....165
Fotografioterapia w aktywizacji osób starszych z łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych....165
Współistnienie otępienia i niedożywienia u starszych Polaków mieszkających w środowisku....166
Występowanie doświadczeń podobnych do omamów u studentów - badanie ankietowe....166
Wyzwania diagnostyczne w otępieniu czołowo-skroniowym....166
Die erste 40 Jahre (vom 1. April 1855 is 30 Marz 1895) der Westpreußischen Provinzial-Irren-Anstalt zu Schwetz....167
Ocalała....167
Planowanie opieki pielęgniarskiej w zaburzonym obrazie ciała....167
Wybrane czynniki psychologiczne oddziałujące na stan psychiczny mężczyzn leczonych z niezamierzoną bezpłodnością....168
Wpływ glikoproteiny-p białka oporności lekowej ABC (ATP-Binding Cassette transporters) na skuteczność leczenia przeciwpsychotycznego u chorych na schizofrenię - badania wstępne....168
Oprogramowanie GRADYS jako forma treningu funkcji poznawczych u osób starzejących się prawidłowo i patologicznie w przebiegu chorób otępiennych....169
Wpływ stosowania ketaminy jako znieczulenia do elektrowstrząsów na stężenie mózgowego peptydu natriuretycznego oraz czynnika neurotrofowego pochodzenia mózgowego....169
Psychopatologiczne czynniki warunkujące nasilenie uzależnienia od tytoniu wśród kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu....169
Ból w schizofrenii....170
Wizualizacja aktywności elektrycznej mózgu jako narzędzie wsparcia w badaniu etiologii wybranych zaburzeń psychicznych....170
Umieralność wśród osób leczonych neuroleptykami w Polsce – efekty polityki refundacyjnej....170
23-letni mężczyzna z alkoholowym zespołem abstynencyjnym powikłanym stanem drgawkowym....171

Dodatek....172
Zasady wypowiedzi dla prasy, telewizji i radia – zalecenia dla członków PTP – propozycja do dyskusji....172
Atrakcje Katowic....173

Sesje wykładowe

Czy psychoterapia pozwala zachować zdrowie psychiczne

Jerzy Aleksandrowicz
Katedra Psychoterapii, Kraków

Prewencyjna funkcja psychoterapii – zwłaszcza tej, której celem jest poszerzanie wiedzy klienta o ukrytych motywach działania, wzbogacenie mechanizmów radzenia sobie i umiejętności interpersonalnych itp. – jest często uważana za uzasadnienie jej użyteczności. Jednak zasadne również wydaje się pytanie: czy psychoterapia odwołująca się do któregokolwiek z wielu podejść teoretycznych rzeczywiście może służyć zapobieganiu powstawania zaburzeń?

Jak się wydaje, prozdrowotność efektów takich psychoterapii jest wątpliwa, a nawet mogą one prowadzić do powstawania (wyuczenia) rozmaitych dysfunkcji (np. narcyzujące efekty wielogodzinnej introspekcji, trudności w relacjach interpersonalnych powodowane nieograniczaną ekspresją emocji czy realizowaniem przez podmiot swojej „autentyczności" itp.). Niezależnie od takich obserwacji, wątpliwości wynikają z samych założeń takiego działania. Teorie narzucają bowiem sposób postrzegania rzeczywistości poprzez pryzmat swoich twierdzeń, na ogół zniekształcając ją. Nie może to sprzyjać zdrowiu psychicznemu.

Ale niejasność pojęcia „zdrowie psychiczne" utrudnia weryfikację wartości prewencyjnych działań edukacyjnych, wynikających z tych teorii.

Próby wyjaśnienia dynamiki objawów zaburzeń nerwicowych

Jerzy Aleksandrowicz, Katarzyna Cyranka, Michał Mielimąka
Katedra Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków

Znaczna zmienność obrazu klinicznego syndromów nerwicowych często stwarza trudności diagnostyczne, kolejne pomiary przeprowadzane nawet w krótkich odstępach czasu mogą skutkować rozpoznawaniem zupełnie innych zaburzeń. Utrudnia ona także trafną ocenę postępów leczenia, np. zmniejszenie liczby i nasilenia objawów wkrótce po rozpoczęciu terapii często okazuje się jedynie pozorną poprawą, a znikanie jednych i pojawianie się nawet znacznej liczby wcześniej nieobecnych symptomów często łączy się z korzystnym przebiegiem psychoterapii.

Być może te transformacje zaburzeń funkcjonalnych wiążą się z symboliczną funkcją objawów, wyrażających różne i zmieniające się z chwili na chwilę, na ogół nieuświadamiane stany psychiczne. Niewerbalny "język objawów" jest najprawdopodobniej fenomenem interakcyjnym i – niezależnie od zmian treści aktualnie wyrażanych przeżyć – podlega modyfikacjom, zależnym od reakcji odbiorców tego przekazu. Może to wyjaśniać m in. zmiany obrazu zaburzeń funkcjonalnych obserwowane na przestrzeni dziejów.

Elektrowstrząsy - co wiemy a czego nie wiemy, chociaż bardzo chcielibyśmy się dowiedzieć. Zastosowanie EW w depresji lekoopornej

Anna Antosik-Wójcińska
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Mianem depresji lekoopornej określamy najczęściej brak satysfakcjonującej klinicznie reakcji na terapię przynajmniej dwoma lekami przeciwdepresyjnymi o różnym mechanizmie działania, stosowanymi przez odpowiedni czas i w odpowiedniej dawce. Zgodnie z wynikami badań leczenie elektrowstrząsowe (EW) pozostaje najskuteczniejszą metoda leczenia w depresji lekoopornej. Wskaźniki reakcji na leczenie szacowane są zależnie od badanej populacji na 60-80%. Badania potwierdzają przewagę EW nad terapią lekami przeciwdepresyjnymi i innymi biologicznymi metodami leczenia. W ostatnich latach prowadzone są na całym świecie badania, których celem jest wyodrębnienie czynników predykcyjnych reakcji na EW u pacjentów, u których zastosowana farmakoterapia nie przyniosła poprawy stanu psychicznego. Do czynników predykcyjnych możemy zaliczyć m.in.: długość trwania epizodu depresyjnego, oporność na TLPD, mniejsze wyjściowo nasilenie objawów depresji, obecność zaburzeń treści myślenia, wgląd, obecność objawów psychotycznych. Opublikowane dotąd wyniki prac nie są spójne jeśli chodzi o skuteczność i szybkość reakcji na EW w depresji lekoopornej w przebiegu zaburzeń afektywnych jedno i dwubiegunowych. Nie stwierdzono, aby sposób umiejscowienia elektrod wpływał znacząco na wyniki w badanych grupach. W trakcie wykładu omówimy wyniki najnowszych badań dotyczących zastosowania EW w depresji lekoopornej oraz hipotezy badawcze, które wymagają dalszej weryfikacji.

Dwubiegunowość a sporty ekstremalne

Aleksandra Arciszewska[1], Marcin Siwek[1], Dominika Dudek[1], Katarzyna Drozdowicz[1], Rafał Jaeschke[1], Krzysztof Styczeń[1], Janusz Rybakowski[2]
[1]Zakład Zaburzeń Afektywnych, Katedra Psychiatrii UJ CM, Kraków
[2]Klinika Psychiatrii Dorosłych AM, Poznań

Cel badania: Celem badania była ocena temperamentu afektywnego oraz cech spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej wśród kobiet i mężczyzn uprawiających sporty ekstremalne i/lub sporty podwyższonego ryzyka.

Metodologia: Badanie zostało przeprowadzone za pośrednictwem internetu i miało charakter badania kliniczno-kontrolnego. W grupie badawczej, uprawiającej sporty ekstremalne i/lub sporty podwyższonego ryzyka, znalazło się 480 osób (255 mężczyzn i 225 kobiet) w wieku 26±6 lat, natomiast w grupie kontrolnej, dobranej pod względem płci i wieku – 235 osób (107 mężczyzn, 128 kobiet, średni wiek:

28±6 lat). Do pomiaru temperamentu afektywnego wykorzystano kwestionariusz TEMPS-A (w wersji ze 110 pytaniami), przy pomocy którego analizowano jego pięć podtypów: temperament depresyjny, cyklotymiczny, hipertymiczny, drażliwy oraz lękowy. Częstość występowania cech spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) oceniano przy użyciu Kwestionariusza Zaburzeń Nastroju (KZN).

Wyniki: Zarówno kobiety, jak i mężczyźni uprawiający sporty ekstremalne i/lub sporty podwyższonego ryzyka uzyskiwali istotnie wyższe, w porównaniu do kobiet i mężczyzn z grupy kontrolnej, wyniki na skali temperamentu hipertymicznego. Ponadto, w porównaniu z grupą kontrolną, mężczyźni z grupy badawczej mieli niższe wyniki na skali temperamentu depresyjnego oraz lękowego, natomiast kobiety z tej samej grupy w porównaniu do kobiet nieuprawiających sportów ekstremalnych i/lub sportów podwyższonego ryzyka, były bardziej drażliwe oraz miały bardziej nasilone cechy cyklotymii. W kontekście spektrum ChAD, zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn uprawiających sporty ekstremalne i/lub sporty podwyższonego ryzyka odnotowano częstsze występowanie cech dwubiegunowych mierzonych przy użyciu KZN.

Wnioski: Osoby angażujące się w sporty ekstremalne i/lub sporty podwyższonego ryzyka mają wyższy wskaźnik temperamentu hipertymicznego, mierzonego przy pomocy kwestionariusza TEMPS-A oraz istotnie częściej (zgodnie z kryteriami kwestionariusza KZN) prezentują cechy spektrum dwubiegunowego.

Genom osoby z niepełnosprawnością intelektualną

Magdalena Badura-Stronka
Katedra i Zakład Genetyki Medycznej, Poznań

Wstęp: Dokonujący się współcześnie niewiarygodny postęp w zakresie diagnostyki genetycznego podłoża niepełnosprawności intelektualnej pozwala na lepsze zrozumienie funkcjonowania genomu osób niepełnosprawnych intelektualnie. Celem pracy jest przegląd najnowszego piśmiennictwa światowego dotyczącego genetycznego podłoża schorzenia.

Metody: Krytyczny, subiektywny przegląd piśmiennictwa światowego dotyczącego genetycznych przyczyn niepełnosprawności intelektualnej i odmienności funkcjonowania genomu u osoby z deficytem intelektualnym (bazy PubMed, OMIM, Medline) wzbogacony o własne doświadczenia kliniczne.

Wyniki: U około 50% osób z niepełnosprawnością intelektualną stwierdza się patogenne zmiany liczby kopii fragmentów chromosomowych, mutacje w pojedynczych genach lub patologię w zakresie epigenomu. Mutacje te doprowadzają do zmiany swoistej architektoniki materiału genetycznego m.in. poprzez zaburzenie metabolizmu chromatyny oraz zmianę wewnątrzkomórkowego „porządku" na drodze dysregulacji ubikwitynacji białek. Nowym metodom badania ludzkiego genomu takim jak sekwencjonowanie nowej generacji i techniki porównawczej hybrydyzacji genomowej zawdzięczamy niespotykane dotąd przyspieszenie tempa badań nad genetycznym podłożem niepełnosprawności intelektualnej.

Wnioski: Wyniki badań diagnostycznych uzupełnionych badaniami funkcjonalnymi wskazują na odmienną budowę i funkcjonowanie genomu u dużej części osób niepełnosprawnych intelektualnie. Poszukiwanie przyczyny niepełnosprawności intelektualnej u pojedynczych osób prowadzi do odkrywania zupełnie nowych szlaków komórkowych, których sprawne funkcjonowanie warunkuje prawidłowy rozwój inteligencji człowieka.

Szwedzkie standardy pracy z pacjentem z ryzykiem samobójczym

Anna Baran
Kilimanjaro Suicidprevention, Nykoping, Szwecja

Wprowadzenie: W 2006 roku w Szwecji wprowdzono modyfikację do prawa zwanego Lex Maria, które zmieniło system pracy w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Nakłada ono wymóg zgłoszenia i analizy każdego samobójstwa, które miało miejsce w ciągu czterech tygodni od kontaktu z opieką medyczną. Konsekwencją tego prawa jest m.in. to, że niemal każdy region ("län" - odpowiednik województwa) posiada obecnie program i wytyczne odnośnie postępowania z pacjentem z ryzykiem samobójczym.

Materiał i metoda: Przegląd szwedzkich programów postępowania z pacjentem z ryzykiem samobójczym na podstawie programów dla trzynastu regionów Szwecji, i dwóch programów o zasięgu ogólnoszwedzkim.

Rezultaty: Programy dla poszczególnych regionów są opracowywane lokalnie przez grupy robocze powoływane przez kierowników placówek opieki psychiatrycznej w danym regionie. Programy te zawierają wskazówki odnośnie zasad oceny ryzyka samobójczego, postępowania w razie próby samobójczej i dokonanego samobójstwa, w oddziale lub poradni.

Wnioski: Programy postępowania z pacjentem z ryzykiem samobójczym są bazą do zastosowania w praktyce wiadomości z zakresu prewencji samobójstw i wypracowania sposobu komunikacji, nie tylko w ramach opieki psychiatrycznej, lecz także współpracy z rodzinami pacjentów oraz ze specjalistami z innych dziedzin medycyny oraz z opieką społeczną. Tym niemniej brak wyraźnie sprecyzowanych zaleceń na poziomie krajowym, może prowadzić do dużych różnic zarówno w formie, jak i zawartości programów. Optymalna forma zaleceń odnośnie standardów pracy z pacjentem z ryzykiem samobójczym w Szwecji, pozostaje kwestią dalszych prac w tym zakresie, zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym.

Autor: Anna Baran, Uppsala-Örebro Network for Suicide Prevention, Szwecja

Terapia dźwiękiem jako działanie wspomagające w psychoterapii i coachingu

Piotr Baron
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie / PIOTR BARON GROUP Instytut Coachingu i Szkoleń, Opole

Dźwięk towarzyszy człowiekowi od samego początku jego istnienia. Narządy mają własne częstotliwości rezonansowe, które leżą poniżej pasma akustycznego. Także poszczególne stany organizmu: czuwanie, relaksacja, sen lub medytacja, sen głęboki – mają charakterystyczne zakresy częstotliwości. Dźwięk to zjawisko fizyczne, wrażenie słuchowe, spowodowane falą akustyczną, rozchodzącą się w ośrodku sprężystym. Może być postrzegane narządem słuchu lub innymi zmysłami, jako drganie i „słyszane" całym ciałem. Terapia dźwiękiem przy użyciu mis dźwiękowych, głosu ludzkiego oraz gongów ma działanie lecznicze, zapobiegające chorobom, relaksujące, stymuluje regenerację i umożliwia synestezję zmysłów. Tony składowe wielotonu misy lub gongu są dopasowane do potrzeb organizmu ludzkiego. Ich częstotliwość leży poniżej progu słyszalności, pozostając w obszarze rezonansów poszczególnych narządów. Zastosowanie dźwięku mis powoduje przejście od stanu beta do stanu alfa, czasem nawet do stanu theta. Terapię dźwiękiem stosuje się w następujących dziedzinach: neurologia, intensywna opieka medyczna, leczenie zaburzeń stawu skroniowo-żuchwowego, wspo-

maganie leczenia ginekologicznego (myomata uteri), leczenie demencji, psychiatria, terapia osób autystycznych, niesłyszących i niewidomych, resocjalizacja, psychoterapia, niwelowanie stresu, coaching, pedagogika i inne. Badania nad wpływem terapii dźwiękiem na człowieka prowadzone były w Institut für Kommunikation und Gehirnforschung w Stuttgarcie, w Klinice Psychosomatyki Uniwersytetu w Ratyzbonie, na Uniwersytecie Medycznym w Graz, a także na Politechnice Drezdeńskiej, Uniwersytecie w Bambergu, Politechnice Poznańskiej. Terapię dźwiękiem wykorzystuje się w klinikach we Wiedniu, Graz, w klinikach stomatologicznych w Europie (m.in. w Opolu). Terapia dźwiękiem stosowana jest u osób z poważnymi dysfunkcjami życiowymi, upośledzonymi fizycznie i psychicznie. Stosuje się ją także u osób niesłyszących (doświadczenia Sybille von Fragstein, Jasmin Worseg oraz badania prowadzone przez Uwe Ross i Herberta Seitz. Działanie mis powoduje obniżenie poziomu stresu. Komponenty dźwięku aktywizują biopole i przełamują blokady, pozwalając na odkrycie w sobie wewnętrznej mocy i pewności siebie, na przełamanie nieśmiałości i na niwelowanie lub obniżenie poziomu lęku lub strachu a także na zaktywizowanie ośrodków odpowiedzialnych za komunikację. Odpowiednio dobrane misy, pozwalają na aktywizowanie i przezwyciężanie barier w komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Terapia ta polega najpierw na wyciszeniu pacjenta i skupieniu jego koncentracji. Może też służyć prowadzeniu dialogu niewerbalnego. Terapia dźwiękiem działa repasująco na organizm człowieka. Oddziałuje na systemy nerwowo-mięśniowy, naczyniowo-sercowy, oddechowy, centralny system nerwowy, przemianę materii, odczuwanie bodźców przez skórę, na ciało migdałowate, hipokamp, na podwzgórze i na układ wegetatywny a także na wiele elementów psychiki człowieka.

Znaki i symbole w drodze uzyskiwania wglądu

Robert Bartel
Uniwersytet Artystyczny w Poznaniu, Poznań

Największą chyba z zalet arteterapii jest wykonane przez klienta dzieło. Z jednej strony jest ono „konkretnym" obrazem, ale z drugiej strony jest wieloznaczne. Praca oparta na symbolach, i znakach umożliwia dokonywanie o wiele szerszych i bardziej różnorodnych interpretacji niż jest to możliwe w przypadku wypowiedzi werbalnych. Polega ona na poddaniu wszechstronnej refleksji treści znaczeniowych i symbolicznych zarówno w odniesieniu do asocjacji subiektywnych, jak i w kontekście kulturowym, historycznym, czy religijnym. Poszczególne elementy dzieła powinny być interpretowane na tle losów pacjenta, ale jednocześnie każdy z nich może posiadać odniesienie do symboli archetypowych. W symbolice obrazu wizualnego ujawnia się wiele cech indywidualnego przekazu. Skrypt ten to tylko częściowo świadomy, ale w znacznej mierze również nieświadomy wzorzec relacyjny. Bywa przyrównany do życiowego scenariusza, który może ujawniać się w postaci znaczeniowej i symbolicznej. Odkrywanie skryptu życiowego może prowadzić do przeanalizowania indywidualnej postawy wobec świata, samego siebie i sensu własnego życia. Arteterapeuta jest tym, który pomaga i inspiruje do jego odkrywania, ale ostatecznie to sam uczestnik zajęć może w pełni zrozumieć ukryty przekaz. Każda praca jest unikalna i ma niepowtarzalny charakter. Interpretacja dzieła klienta odbywa się zawsze w nierozerwalnym związku z jego osobistą historią i w kontekście wielu innych stworzonych przez niego prac.

Obraz skierowany na próbę wyrażenia własnego wnętrza dostarcza nowych doświadczeń, umożliwia nie tylko ekspresję emocji, ale staje się także środkiem służącym uzyskiwaniu pełniejszej wiedzy o samym sobie, własnych problemach i konfliktach. Ponieważ podstawową siłą sprawczą powstania dzieła jest sam twórca to kreowane przez niego dzieło jest w znaczącej mierze projekcją jego wewnętrznego świata, przez co staje się częścią autoportretu. Może nim być każdy obraz, którego inspiracją, często nieświadomą, jest wnętrze samego twórcy.

Do stworzenia własnego wizerunku konieczne jest lustro, które może ukazywać nam naszą prawdziwą twarz. Angielskie reflect – odbijać to również zastanawiać się nad sobą i odnajdywać własną tożsamość. Ale zwierciadło nie musi być rozumiane dosłownie. Równie mogą nim być inni otaczający nas ludzie, marzenie senne, metafora, czy symbol którego znaczenie ujawnia najczęściej różne aspekty naszej osobowości. Staje się często ważną informacją dotyczącą naszego stanu psychofizycznego. Może ujawniać przyczynę problemów, ale także wskazywać na ukryte pokłady oraz twórcze rozwiązania, o których istnieniu nie mieliśmy dotychczas pojęcia. Jednak właściwa interpretacja nigdy nie jest prosta ponieważ informacje przekazywane są językiem podświadomości i zawsze ujawniają to, czego nie wiemy i nie możemy świadomie zobaczyć. Konfrontacja z własnym odbiciem, portretem własnej duszy ukazuje nam na jakim jesteśmy etapie na długiej drodze stawania się sobą. Może on zostać spożytkowany w celu osiągnięcia lepszego wglądu i w efekcie pomóc w uzyskaniu pozytywnej zmiany. Człowiek, który uważa za prawdziwe jedynie to, co widzi i słyszy, co potrafi obliczyć i przyporządkować określonym kategoriom logicznym nie uznaje prawdy ukrytej za rzeczami i nadającej im dopiero właściwy sens. Mity, symbole i obrzędy próbują nam przybliżyć ów inny, wyższy świat naszych korzeni. Bez tych pojęć, często błędnie rozumianych, nadużywanych lub ośmieszanych, nie sposób jednak wyobrazić sobie sensownego życia. Nie może się bez nich obejść religia, sztuka czy polityka, a i całe nasze życie codzienne, choć czasami w zdegradowanej formie jest nimi przesycone-dość wspomnieć choćby sferę reklamy. Bez świadomości faktu, że zawsze, choćbyśmy nie wiem jak bardzo rozszerzali naszą wiedzę i tak będą istniały te nieprzekraczalne granice poznania racjonalnego, nie będziemy w stanie rozpoznać sił działających w ukryciu. Wielu badaczy wyraża pogląd, że zarówno zdolność do symbolizowania obrazowego, jak i językowego wykształcała się równocześnie. Za tym stanowiskiem przemawia choćby lateralizacja półkul mózgowych, a co za tym idzie również prawej i lewej części ciała. Koncepcja mózgu trójjednego MacLeana zakładała, że znaczna większość wszelkiego rodzaju problemów natury psychicznej spowodowana jest zaburzeniami współpracy wszystkich trzech typów mózgów. Za pomocą wiedzy o procesach zachodzących w umyśle i mających oparcie w neuronauce starał się zobiektywizować teorię psychoanalizy Freuda. Dzisiaj jednak skłonni jesteśmy do nieco innego podejścia, które sugeruje, że powyższe konflikty zachodzą w dużej mierze w wyniku różnic pomiędzy mózgiem emocjonalnym i racjonalnym oraz lewo i prawo półkulowym sposobem przetwarzania i interpretacji sygnałów wejściowych. Jest to oczywiście związane pośrednio z teorią mózgu trójjednego, bo lateralizacja ta wynika z rozwoju tak filogenetycznego jak i ontologicznego.

Psychoanaliza już od początku kwestionowała kartezjańskie twierdzenie na temat podmiotu jako bytu myślącego zdolnego do bezpośredniego poznania samego siebie. Uświadomiła nam, że to, co o sobie myślimy wcale nie musi być prawdziwe. Nasze rozumowanie i sądy nie są prawdą absolutną, a zaledwie racjonalizowaniem, czyli projekcyjną formą uzasadniania nieświadomych lęków, pragnień i mitów. Podważając nieomylność rozumu i dane docierające do świadomości burzyła przekonanie o prawdziwości naszego poznania. W związku z tym, że to, co na pozór wydaje się oczywiste i jednoznaczne wcale takim być nie musi to idea człowieka samoświadomego i docierającego do prawdy za pomocą sceptycznego rozumowania zaczęła chwiać się w posadach. Uświadamianie sobie, świadomość stanowi nie tyle drogę do poznania obiektywnej prawdy, co raczej pełni funkcję adaptacyjną.

Powyższe zagadnienia omawiane będą na wybranych przykładach prac uczestników wielu programów arteterapeutycznych i pacjentów z Pracowni Terapii przez Sztukę przy Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych DZIEKANKA w Gnieźnie.

Mindfulness w arteterapii

Robert Bartel
Uniwersytet Artystyczny w Poznaniu, Poznań

Arteterapia jest próbą osiągania samoświadomości, dzięki której możliwe jest lepsze zrozumienie własnych doznań, emocji, potrzeb i myśli. Prowadzi do rozpoznania swoich możliwości, ograniczeń oraz źródeł problemów i konfliktów. Efektem stopniowego uzyskiwania wglądu może być próba poszukiwania możliwości pozytywnej zmiany, osobistego rozwoju oraz lepszego radzenia sobie z problemami. Pozwala też lepiej kierować własnym zachowaniem, rozwijać umiejętności interpersonalne i podnosić samoocenę. Samoświadomość jest też podstawą rozwoju inteligencji emocjonalnej.

Jedną z metod dzięki której możemy osiągnąć lepszy wgląd w treść własnych uczuć i procesów myślowych jest próba uważnego i pełnego akceptacji przyjrzenia się im z pewnego dystansu. Mindfulness, czyli uważna nieosądzająca i skierowana na aktualne doznania świadomość wywodząca się z tradycji buddyjskiej jest jednym z siedmiu czynników na drodze do oświecenia. Praktykowana stanie medytacji uważność prowadzi do właściwego oglądu pozbawionego chciwości, nienawiści i złudzeń. Uważność połączona z jasnym zrozumieniem tego, co jest tu i teraz jest najlepszym antidotum na wszelkiego rodzaju iluzje.

We współczesnej arteterapiii praktyka Mindfulness jest stosowana między innymi w celu zmniejszenia chronicznego bólu, w programie obniżania stresu, w terapii zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, czy w leczeniu depresji i zaburzeń dwubiegunowych. Określenie to pochodzi od angielskiego przymiotnika „mindful", co w przybliżeniu oznacza „uważny", „troskliwy", „dbający". Chodzi tutaj o stan „czujnego" umysłu wrażliwego na wszelkiego rodzaju bodźce i sygnały płynące zarówno ze świata zewnętrznego, jak i wewnętrznego. Polega na skupieniu uwagi na teraźniejszości i świadomym byciu w każdym momencie swojego życia. Jest techniką zmniejszającą skłonność do nawykowego działania umysłu polegającego na przykład na ruminacji tak charakterystycznej w stanach depresyjnych, czy lękowych. Podstawowym doświadczeniem koniecznym w medytacji jest uważna świadomość własnego oddechu. Praktykując uważność nie osądzamy, ale akceptujemy doznania, myśli i wydarzenia takimi jakie są w danej chwili. Uważna obserwacja tego, co dzieje się tu i teraz pomaga w odkryciu nawykowych schematów myślenia, odczuwania i zachowania. Celem jest odbierane wrażeń ze wszystkich zmysłów w danej chwili w taki sposób jak objawiają się one w naszym umyśle. Nie jest próbą odreagowywania, unikania, zmieniania, czy walki z myślami, odczuciami emocjami, czy w końcu bodźcami zewnętrznymi. Jest raczej próbą wyjścia im naprzeciw. Już samo uważne i akceptujące przyjrzenie się niepożądanym zjawiskom może doprowadzić do nowego rodzaju percepcji i pogłębienia samoświadomości.

Część naukowców jest zdania, że nasz sposób myślenia ma strukturę językową i dlatego to właśnie on decyduje o świadomości. Zresztą pogląd ten leży u podstaw francuskiej szkoły Jacqes'a Lacana, który połączył freudowską psychoanalizę z koncepcjami takich strukturalistów jak: Claude L

Zaburzenia funkcji poznawczych w depresji w przebiegu ChAD a farmakoterapia

Anna Bartosiewicz
SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego, Łódź

Celem wystąpienia jest przedstawienie obecnego stanu wiedzy na temat profilu zaburzeń funkcji poznawczych w fazie epizodu depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) i powiązań tego profilu z leczeniem farmakologicznym. W analizie uwzględniono dwa aspekty. Z jednej strony z zaburzeniami funkcji poznawczych w ChAD mamy do czynienia w obrazie samej choroby. Autorzy zwracają uwagę na większe nasilenie deficytów poznawczych w stanach depresyjnych w przebiegu ChAD w porównaniu z epizodem depresji w chorobie afektywnej jednobiegunowej. Deficyty te dotyczą: osłabienia w zakresie funkcji wykonawczych, pamięci operacyjnej, uczenia się werbalnego, ciągłości uwagi, spowolnienia psychomotorycznego oraz zaburzeń w zakresie funkcji wzrokowo-przestrzennych. Z drugiej strony zaburzenia funkcji poznawczych mogą być objawem niepożądanym podjętego leczenia farmakologicznego. W wypadku podawania stabilizatorów nastroju do najczęściej spotykanych trudności poznawczych należą: pogorszenie fluencji skojarzeniowej, pamięci, uczenia się werbalnego oraz spowolnienie psychomotoryczne przy węglanie litu, obniżona zdolność uczenia się i spowolniony czas reakcji przy kwasie walproinowym i karbamazepinie, trudności w zakresie przypominania i procesu uwagi przy topiramacie. Okskarbazepina i lamotrygina stosunkowo rzadko niosą niekorzystne skutki dla funkcjonowania poznawczego, natomiast ocena wpływu gabapentyny wymaga dalszych badań. Podobnie stosowanie leków przeciwpsychotycznych II generacji i leków przeciwdepresyjnych w ChAD nie zostało dostatecznie ocenione pod kątem wpływu na funkcjonowanie poznawcze pacjentów. Stosowane doraźnie leki z grupy benzodiazepin wpływają na spowolnienie psychomotoryczne, zaburzenia koncentracji uwagi oraz fluencji słownej.

Przegląd dotychczasowych badań wskazuje na konieczność takiego doboru leczenia farmakologicznego, by minimalizować efekty uboczne w postaci zaburzeń procesów poznawczych, będących też często rezultatem choroby samej w sobie. By osiągnąć taki efekt sugerowanym byłoby każdorazowe przeprowadzanie oceny funkcjonowania poznawczego pacjentów przed włączeniem leków oraz uzupełnienie brakujących danych dotyczących wpływu farmakoterapii na procesy poznawcze.

Podstawowe zasady kontaktu lekarskiego i psychoterapeutycznego z pacjentem różnorodnym seksualnie i płciowo

Daniel Bąk
Program Pomocy Psychologicznej i Rozwoju Osobistego dla Osób LGBTQ "Tęczówka", Warszawa

Zostaliśmy wychowani w heteronormatywnym kontekście społeczno-kulturowym. Heteronormatywność oznacza uznawanie tożsamości heteroseksualnej za normę, w sensie społecznym, kulturowym, seksualnym oraz psychologicznym. Choć od depatologizacji homoseksualności w psychiatrii upłynęły dekady, to w Polsce – przykładowo – nadal można spotkać się z nieetyczną praktyką stosowania oddziaływań konwersyjnych (bezpodstawnie nazywanych terapią), mających na celu zmianę tożsamości homoseksualnej pacjentki_a/klientki_a na heteroseksualną. Podobnie, profesjonalistki_ści zajmujące_y się pomocą w zakresie zdrowia psychicznego, potrafią nie respektować prośby osoby transseksualnej o zwracanie się do niej z użyciem konkretnej formy rodzajowej. Innymi słowy, heteronormatywny porządek, pomimo stałego rozwoju nauki w zakresie rozumienia seksualności i płciowości człowieka oraz niezależnie od oddziaływań edukacyjnych na gruncie społecznym, „trzyma się" mocno, kształtując sposób myślenia części lekarzy, psychologów i psychoterapeutów. Heteronormatywność zawsze idzie w parze z heteroseksizmem, a więc postawą bazującą na założeniu, że heteroseksualność jest m.in. zdrowsza, bardziej wartościowa społecznie niż homo- i biseksualność; zakłada się wtedy również, że o to, co osoby heteroseksualne otrzymują bez dodatkowych starań (np. akceptacja społeczna czy rozwiązania prawne doty-

czące tworzenia związków), osoby homo- i biseksualne muszą specjalnie zabiegać. Co ważne, choć termin „heteronormatywność" sugeruje zagadnienia dotyczące jedynie tożsamości seksualnej (współczesny termin, który zastępuje starsze określenie „orientacja seksualna"), to w istocie definiuje on także, obowiązujący w heteronormie, sposób konstruowania i rozumienia płciowości. Heteroseksualność jest bowiem możliwa tylko wtedy, gdy uzna się za obligatoryjny binaryzm w zakresie tożsamości genderowej (kobieta lub mężczyzna), czyli przeżywania siebie, jako osoby, mającej określoną płeć. W ten sposób marginalizacji i napiętnowaniu podlegają tożsamości genderowe (oraz identyfikujące się z nimi osoby) inne niż kobieca i męska, a więc przykładowo: genderqueer, bigenderowe czy agenderowe. Przełomem w sposobie niesienia pomocy psychiatrycznej i psychologicznej osobom o nieheteronormatywnych tożsamościach genderowych, są rozwiązania przyjęte w DSM-5 (APA, 2013). Przeniesiono w nich punkt ciężkości z zajmowania się anatomią seksualną pacjentki_a na konsekwencje emocjonalne przeżywania przez nią_ego określonej tożsamości genderowej, bez względu na to, jaka by ona nie była. W relacyjnym paradygmacie niesienia pomocy psychiatrycznej i psychologicznej odpowiedzialność za powstanie i kształt relacji pomocowej spoczywa na obydwóch stronach relacji: osobie niosącej pomoc oraz pacjentce_cie/ klientce_cie. W takim modelu udzielania pomocy zwraca się szczególną uwagę na to, jaki wpływ na relację pomocową ma to, co robi i mówi terapeutka_a lub lekarka_rz. Celem tego wystąpienia będzie wsparcie profesjonalistek_ów, zajmujących się zdrowiem psychicznym, w unikaniu pułapek, wypływających wprost z heteronormatywnych założeń i postaw w kontakcie z pacjentką_em różnorodną_ym seksualnie i płciowo. Omówione zostaną czynniki po stronie osoby pomagającej, mogące mieć istotny wpływ na powstanie takiej relacji pomocowej, w której pacjent_ka różnorodny_a seksualnie i płciowo otrzyma zrozumienie oraz profesjonalną pomoc. W szczególności będą to: świadomość własnej heteronormatywności, świadomość własnego heteroseksizmu, świadomość własnych: homofobii, bifobii i transfobii, świadomość własnych stereotypów genderowych, świadomość różnych aspektów własnej seksualności i/lub tożsamości oraz ról genderowych. Poszerzona samoświadomość lekarek_rzy i psychoterapeutek_ów w zakresie przekonań, postaw oraz potrzeb odnośnie do seksualności i płciowości, ma szansę przekuć się na taki sposób tworzenia relacji pomocowej z osobami różnorodnymi seksualnie i płciowo, który uwzględniać będzie – z akceptacją i szacunkiem – specyfikę codziennego doświadczenia tych osób. Opisowi wskazówek (np. niezakładanie tożsamości seksualnej na podstawie informacji o stanie cywilnym; pytanie osoby, co to znaczy, że jest biseksualna czy transgenderowa; pytanie o to, w jakiej formie rodzajowej osoba chciałaby, by się do niej zwracać itd.), co do budowania relacji pomocowej w taki właśnie sposób, poświęcona będzie większa część wystąpienia.

Wprowadzenie do Dialogu Motywującego. Jak skutecznie rozmawiać o zmianie?

Dominika Białas-Kopystecka
Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu, NZOZ Remedis Pro w Toruniu, Toruń

Dialog Motywujący to oparty na współpracy styl rozmowy, służący umocnieniu u osoby jej własnej motywacji i decyzji o zmianie. Wielu lekarzy na świecie korzysta już na co dzień z potencjału tkwiącego w tej pełnej szacunku dla drugiego człowieka metodzie komunikacji. Skuteczność Dialogu Motywującego w opiece zdrowotnej została potwierdzona licznymi badaniami klinicznymi. Nawet krótkie rozmowy w duchu Dialogu Motywującego mogą istotnie poprawić współpracę z pacjentem oraz zdopingować go do różnego rodzaju zachowań prozdrowotnych. Praca psychiatry w dużej mierze sprowadza się do motywowania chorych do wprowadzania różnych zmian życiowych – regularnego przyjmowania leków, zaangażowania w terapię, rezygnacji z zachowań szkodliwych dla zdrowia. Często lekarz i pacjent mają zupełnie inny sposób rozumienia problemu i inną wizję jego rozwiązania. Prowadzi to niejednokrotnie do patowej sytuacji w relacji, gdzie po obu stronach pojawia się frustracja, irytacja, poczucie bycia niesłuchanym. Celem wystąpienia jest przybliżenie Dialogu Motywującego jako sposobu prowadzenia rozmowy z pacjentem tak, by nawet najkrótszy kontakt skutecznie wykorzystać do budowania motywacji do zmiany. Zostaną zaprezentowane podstawowe założenia Dialogu Motywującego oraz metody pracy użyteczne i efektywne w codziennej, pełnej pośpiechu praktyce klinicznej.

Zastosowanie psychodramy w leczeniu halucynacji słuchowych

Anna Bielańska
Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków

W Krakowie w środowiskowym programie leczenia i rehabilitacji schizofrenii od lat prowadzona jest ambulatoryjna grupa psychodramatyczna oraz od dwóch lat monodrama nastawiona na redukcję uporczywych i niepoddających się leczeniu farmakologicznemu halucynacji słuchowych. Terapia psychodramą jest prowadzona przez certyfikowanych terapeutów psychodramy. Cel: Autorka prezentuje zastosowanie psychodramy w indywidualnej, krótkoterminowej psychoterapii trzech pacjentów z diagnozą schizofrenii. Celem sesji terapeutycznych była redukcja halucynacji słuchowych. Metoda: Specyfiką metody jaką jest psychodrama to przenoszenie konfliktów wewnętrznych, objawów i problemów na scenę, w przestrzeń „rzeczywistości poszerzonej". Na scenie pacjenci starali się walczyć ze swoimi objawami a także odnajdywać swoje zasoby i możliwości. Interwencja składała się z dziesięciu sesji monodramy prowadzonych raz na dwa tygodnie przez terapeutę psychodramy i zarazem psychoterapeutę doświadczonego w prowadzeniu psychoterapii psychoz. Pacjenci pozostawali w opiece farmakologicznej i stabilnej relacji terapeutycznej ze swoimi stałymi terapeutami. Posiadali wąską, ale również stabilną sieć oparcia w środowisku. Wyniki: W wyniku interwencji z zastosowaniem psychodramy objawy uległy znaczącej redukcji; głosy, które były słyszane przez pacjentów codziennie, pojawiały się o wiele rzadziej; dwa razy w tygodniu. Monodrama pozwoliła pacjentom na odzyskanie przez nich poczucia wpływu na „głosy", przeciwstawienie się im, konfrontację, odszukanie tych aspektów osobowości, które mogą wzmacniać poczucie własnej wartości i być zasobem dla procesu zdrowienia. Pacjenci doświadczyli tego, że głosy w stosunku do nich stopniowo traciły swoją wszechwiedzącą i wszechwładną siłę. Pół roku później poprawa w zakresie redukcji halucynacji słuchowych była utrzymana. Wnioski: Monodrama jako metoda terapii halucynacji słuchowych wydaje się skutecznym narzędziem do uzyskania znaczącej poprawy w zakresie tych objawów. Autorka planuje bardziej obiektywne badania nad tym rodzajem terapii halucynacji słuchowych.

Czy w Polsce mamy już psychoterapię estetyczną?

Kazimierz Bierzyński[1], Jacek Bomba[2]
[1]Katedra Psychoterapii CM UJ Kraków, Kraków
[2]Katedra Psychiatrii CM UJ Kraków, Kraków

W środowisku psychoterapeutów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego toczy się dyskusja nad powiązaniem leczenia zaburzeń zdrowia z psychoterapią. Aleksandrowicz J. W. zdecy-

dowanie zdecydowanie bronił stanowiska, że psychoterapia jest leczeniem zaburzeń zdrowia o psychospołecznej genezie. Jeden z autorów (JB) - domagał się rozszerzenia stosowania psychoterapii w sytuacjach ryzyka wystąpienia zaburzeń jak prewencji, oraz redukcji konsekwencji zaburzeń (rehabilitacja). Aktywność psychoterapeutów (Pawlik, Tronczyński) doprowadziła do włączenia psychoterapii (łącznie z poradami psychologicznymi) do "procedur" refundowanych przez NFZ. W drugiej fazie debaty B. de Barbaro zarzucał medycynie zawłaszczenie psychoterapii broniąc tym możliwości posługiwania się nią nie tylko w leczeniu. Stanowisko jest zrozumiałe w konsekwencji obecności psychoterapii wspierającej rozwój indywidualny.

Ponieważ znaczna część psychoterapii odbywa się poza systemem refundowanej opieki zdrowotnej niewiele mamy informacji o klientach psychoterapeutów praktykujących prywatnie. Informacje z superwizji i szkolenia superwizorów skłaniają do przypuszczenia, że psychoterapeuci podejmują psychoterapię osób, u których lekarz nie rozpoznał zaburzeń zdrowia. Co więcej, psychoterapeuci (nie - lekarze) nie formułują diagnozy do psychoterapii zadowalając się kontraktem opartym na propozycji eksploracji.

Ponieważ obserwuje się na świecie, także w Polsce rozkwit medycyny estetycznej, w której metody postępowania opracowane do leczenia, stosowane są do uzyskania pożądanych zmian, głównie estetycznych (usuwanie zmarszczek, powiększanie szpary powiekowej, biustu, zmiana kształtu nosa, zgryzu itd) przypuszczamy, że powstaje, lub nawet już istnieje psychoterapia estetyczna, podejmowana na życzenie klienta chcącego zmienić - z pomocą metod leczniczych - nieakceptowane cechy psychiczne.

Architektura szpitala psychiatrycznego - Kreowanie terapeutycznego środowiska zbudowanego szpitali psychiatrycznych poprzez architekturę neuromorficzną

Jakub Bil
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków

Wprowadzenie: Reakcje na bodźce zewnętrzne wpływające na zachowanie, mają swoje konsekwencje fizjologiczne. Wszystkie czynniki fizyczne, psychologiczne, oddziaływania społeczne można zaliczyć do stresorów. Każda zmiana temperatury, wilgotności, natężenia światła, wejście w nową przestrzeń, kontakt z drugim człowiekiem mają swoje odzwierciedlenie w reakcji organizmu i wytrącenia go z homeostazy.

Obciążenie organizmu przez stresory, powoduje reakcję fizjologiczną, która przekłada się na reakcję behawioralną. Działanie każdego stresora ma swoje konsekwencje fizjologiczne i behawioralne. W zależności od intensywności działania stresorów, ich liczby oraz długości ekspozycji organizmu na nie, reakcje przebiegają z różną intensywnością.

Kreowanie architektury szpitala psychiatrycznego, zakłada przed wszystkim odpowiedź projektanta na wzorce behawioralne pacjentów oraz na rodzaj prowadzonej terapii. Definiowanie przestrzeni opiera się również na wprowadzeniu do procesu przedprojektowego badań oraz wykorzystaniu metody Evidence Based Design. Pozwala to na odpowiednie dostosowanie przestrzeni do potrzeb pacjentów. Założenia dla architektury terapeutycznej, wymagające tworzenia przestrzeni pozwalającej na maksymalną autonomię pacjentów, rozwijane są w kierunku zapewnienia również przestrzeni redukującej zachowania i zdarzenia niepożądane na terenie oddziałów.

Materiał i metoda: Poddano analizie przy pomocy metody EBD (Evidence Based Design), dowody naukowe pozwalające określić konstrukcję i cechy przestrzeni dla osób z chorobami psychicznymi.

Wyniki: Przeprowadzone badania pozwoliły określić cechy przestrzeni dla pacjentów szpitali psychiatrycznych. Wymagania przestrzenne jak i wyposażenia wnętrz uwarunkowane są zapewnieniem godności, bezpieczeństwa, prywatności oraz specyfiką jednostek chorobowych pacjentów.

Wprowadzenie metody Evidence Based Design i oparcie jej na dowodach z zakresu neuronauk pozwoliło zdefiniować podstawowe wymagania dla przestrzeni terapeutycznej szpitali psychiatrycznych.

Wnioski: Wprowadzenie neuronauk do procesu przedprojektowego szpitali psychiatrycznych pozwala na stworzenie terapeutycznego środowiska zbudowanego.

Prosthetic and therapeutic environment - architektura neuromorficzna dla osób z chorobami neurodegradacyjnymi

Jakub Bil
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków

Określenie cech środowiska zbudowanego dla osób z chorobami neurodegradacyjnymi zbudowanego (prosthetic i/lub therapeutic) opiera się na zdefiniowaniu zależności pomiędzy fizycznymi (architektonicznymi) cechami, a zestawem socjalnych, organizacyjnych i relatywnych cech przestrzeni. Zachowując równowagę z charakterystycznymi dla osób np.: z chorobą Alzheimera czy też otępieniem z ciałami Leviego, ich potrzebami i reakcjami behawioralnymi, percepcją środowiska, a także ich godnością i zapewnieniem bezpieczeństwa, wymagana jest kreacja dostosowanej do nich przestrzeni.

Tworzenie środowiska (prosthetic i/lub therapeutic) jest wielowymiarowym procesem gromadzenia danych współzależnych ze sobą, ale skoncentrowanych na użytkowniku. Wszystkie wymiary są ze sobą sprzężone tworzenie środowiska zbudowanego stawia na pierwszym miejscu człowieka, użytkownika przestrzeni. Odbywa się to w mocnej relacji z atrybutami środowiska zbudowanego i analizą jego oddziaływań na użytkownika. Użytkownik jest w centrum, a wszystkie oddziaływania behawioralno - fizjologiczne regulowane powinny być przez środowisko fizyczne obiektu w celu zapewnienia równowagi odpowiedniej dla potrzeb użytkownika - pacjenta.

Materiał i metoda: Poddano analizie przy pomocy metody EBD (Evidence Based Design), dowody naukowe pozwalające określić konstrukcję i cechy przestrzeni dla osób z chorobami neurodegradacyjnymi.

Wyniki: Przeprowadzone badania pozwoliły określić cechy przestrzeni dla osób z chorobami neurodegradacyjnymi. Wymagania przestrzenne jak i wyposażenia wnętrz uwarunkowane są zapewnieniem godności, bezpieczeństwa, prywatności oraz specyfiką jednostek chorobowych pacjentów.

Zalecenia projektowe skonstruowane mogą być: 1. na podstawie założenia prosthetic environment pozwalającego jedynie na dostosowanie się do pacjenta i jego potrzeb pozwalając mu funkcjonować zgodnie z jego wzorcem behawioralnym i możliwościami percepcji; 2. na podstawie założenia therapeutic environment, pacjent powinien mieć zapewnione środowisko adekwatne do jego wzorca behawioralnego i możliwości percepcji, pozwalające na maksymalną autonomię w obsłudze przestrzeni. Środowisko zbudowane i jego konstrukcja powinny spełniać założenia przestrzeni sensorycznej z elementami przestrzeni responsywnych.

Możliwości zdefiniowania odpowiedniej konstrukcji przestrzeni dla osób z chorobami neurodegradacyjnymi zapewnia architektura neuromorficzna. Jest to architektura wykorzystująca w procesie przedprojektowym wyniki badań z zakresu neuronauk jak i pozostałych zgodnie z metodą badań opartych na dowodach (Evidence Based).

Zespół przewlekłego zmęczenia a wypalenie zawodowe

Kinga Bobińska
SP ZOZ im. Babińskiego, Łódź

Syndrom wypalenia zawodowego jest jedną z konsekwencji stresu zawodowego. Objawia się on w formie emocjonalnego uczucia wyczerpania, depersonalizacji i zmniejszenia poczucia osobistego spełnienia. W zawodzie lekarza jego dobre samopoczucie jest istotnym elementem dobrze funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej. Związane jest ono empirycznie z jakością świadczonych usług, a tym samym rokowaniem dla pacjentów. Jego konsekwencje mają wpływ na indywidualne, interpersonalne, organizacyjne i społeczne poziomy funkcjonowania. Zmęczenie jako objaw towarzyszy wielu chorobom zarówno psychicznym jak i somatycznym. Czy istnieje wspólne podłoże biologiczne tych stanów? Prezentacja będzie próbą odpowiedzi na pytanie gdzie jest granica między zespołem przewlekłego zmęczenia, zmęczeniem jako objawem zaburzeń psychicznych lub somatycznych i wypaleniem zawodowym oraz czy jedyną metodą leczenia jest w takim razie psychoterapia?

All's well that ends well

Jacek Bomba[1], Renata Modrzejewska[1], Maciej Pilecki[1], Agnieszka Pac[2]
[1]Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ, Kraków
[2]Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJ CM, Kraków

Po trzydziestu latach od przesiewowego badania reprezentatywnej próby uczącej się młodzieży Krakowa ponowiono, drogą korpondencyjną badanie tej próby. Uzyskano niezbyt dużą, lecz jednak reprezentatywną liczbę odpowiedzi.

Dorośli, którzy w okresie dorastania byli ocenieni jak depresyjni, pod koniec piątej dekady życia nie różnią się od swoich niedepresyjnych w okresie dorastania rówieśników. Ocenialiśmy stan zdrowia, wykształcenie status ekonomiczny, rodzinny.

Różnice między podgrupami okazały się być mniejsze od stwierdzonych piętnaście lat wcześniej. Depresja młodzieńcza, chociaż jest źródłem cierpienia i trudności funkcjonowania w dorastaniu nie determinuje zaburzeń zdrowia ani braku osiągnięć życiowych.

Znaczenie diagnozy neuropsychologicznej dla terapii funkcji poznawczych w schizofrenii

Alina Borkowska
Katedra i Zakład Neuropsychologii Klinicznej UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Bydgoszcz

Funkcje poznawcze w schizofrenii stanowią od wielu lat cel terapeutyczny, zarówno za pomocą neuroleptyków nowej generacji, jak i terapii pozafarmakologicznych. Możliwości optymalizacji funkcji neurokognitywnych u poszczególnych pacjentów są zróżnicowane i w znacznym stopniu wiążą się ze specyfiką profilu neuropsychologicznego, obszarami, w których dysfunkcje są najbardziej nasilone, jak też od rezerwy kognitywnej pacjenta. W ostatnich latach zwraca się też uwagę na znaczenie właściwej diagnozy schizofrenii, gdyż zarówno objawy psychotyczne, dysfunkcje poznawcze, czy inne jak też szeroko rozumiane objawy neuropsychiatryczne mogą stanowić część obrazu klinicznego chorób OUN, wynikających z innych przyczyn, niż schizofrenia. Coraz częściej w praktyce klinicznej opisywane są przypadki chorych z chorobami autoimmunologicznymi, gdzie pierwszą manifestacją kliniczną mogą być zaburzenia neuropsychiatryczne, często rozpoznawane jako schizofrenia lub zespoły schizofrenopodobne. Omówione zostaną trudności diagnostyczne w przypadkach autoimmunologicznych zapaleń mózgu (np. z przeciwciałami przeciwko receptorom NMDA), neuropsychiatryczna postać tocznia, toczeń rumieniowaty z wtórnym zespołem Sjorgensa, zespołem Klinefeltera, zapalenia naczyń (szczególnie małych) o różnej etiologii, a także zaburzenia poznawcze w przebiegu innych chorób somatycznych mogących manifestować się objawami psychotycznymi. W terapii tych zaburzeń należy zwrócić uwagę na precyzyjną i szybką diagnostykę przyczyn zaburzeń funkcjonowania OUN, możliwość zastosowania nowoczesnych metod na poziomie neuronalnym, neurorehabilitacji i metod poprawiających psychospołeczne funkcjonowanie pacjentów

Zależność pomiędzy stężeniem wybranych hormonów w surowicy a funkcjami poznawczymi mężczyzn chorych na schizofrenię

Agnieszka Bratek, Karolina Drzyzga, Wojciech Merk, Askaniusz Jachimowski, Krzysztof Krysta, Krzysztof Kucia
Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Wstęp: Schizofrenia jest przewlekłą i złożoną jednostką chorobową, będąc przy tym jedną z najpowszechniejszych chorób psychicznych – występuje u około 1% populacji. Ważnym elementem obrazu schizofrenii jest upośledzenie funkcji poznawczych, które może doprowadzić do istotnej izolacji społecznej i zawodowej pacjentów. W ostatnich latach pojawiły się doniesienia na temat wpływu stężenia hormonów, zwłaszcza steroidowych hormonów płciowych, na funkcjonowanie poznawcze chorych na schizofrenię. Stosunkowo mało badań dotyczy zależności pomiędzy funkcjami poznawczymi i innymi hormonami.

Materiały i metody: W grupie badanej znalazło się 28 mężczyzn chorujących na schizofrenię wg kryteriów ICD-10, leczonych lekami przeciwpsychotycznymi. Średnia wieku pacjentów wynosiła 35 ± 9 lat. Średni czas od postawienia diagnozy wynosił 13 ± 7 roku. Grupę kontrolną stanowiło 30 zdrowych ochotników płci męskiej, średnia wieku 38±11 lat. Wszyscy uczestnicy zostali poddani następującym procedurom: badaniu klinicznemu, oznaczeniu stężenia hormonów w surowicy (TSH, testosteron, estradiol, FSH, LH, prolaktyna i progesteron) oraz ocenie różnych wymiarów funkcjonowania poznawczego: Test Łączenia Punktów (TMT) część A i B; Test Stroopa, część 1 i 2, Testy Fluencji Semantycznej i Fonemicznej. Dodatkowo, mężczyzn chorujących na schizofrenię zbadano skalą zespołu pozytywnego i negatywnego (PANSS - Positive and Negative Syndrome Scale). Analizy statystycznej dokonano za pomocą programu Statistica wersja 10 (StatSoft). Do oceny statystycznej znamienności różnic zmiennych ilościowych zastosowano test U Manna-Whitneya. Do oceny powiązania pomiędzy zmiennymi zastosowano korelację rangową Spearmana. Przyjęto poziom istotności statystycznej p

Zaburzenia percepcji smaków jako predyktor powikłań metabolicznych u młodzieży leczonej neuroleptykami atypowymi

Joanna Brągoszewska
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Neuroleptyki atypowe są lekami o potwierdzonej skuteczności klinicznej wobec objawów wytwórczych u osób dorosłych. Coraz więcej badań wskazuje również na możliwość ich zastosowania w grupie osób poniżej 18 r. ż. W przeciwieństwie do klasycznych leków przeciwpsychotycznych, neuroleptyki atypowe powodują mniejszą częstość objawów pozapiramidowych, natomiast istotnie częściej prowadzą do wystąpienia powikłań metabolicznych, takich jak hiperlipidemia, insulinooporność, cukrzyca, otyłość i zespół metaboliczny. W populacji dziecięco-młodzieżowej takie powikłania pojawiają się przy niższych dawkach leków (w przeliczeniu na masę ciała) niż u osób dorosłych. Mechanizm przyrostu masy ciała i innych zmian metabolicznych po zastosowaniu neuroleptyków atypowych nie został jednak jednoznacznie wyjaśniony. Wiadomo, że nie u wszystkich osób eksponowanych na działanie neuroleptyków atypowych dochodzi do ich rozwoju. Wskazuje się, że za wystąpienie takich powikłań może odpowiadać występowanie określonych wariantów genetycznych, sposób odżywiania, a także styl życia, np. aktywność fizyczna, czyli czynniki związane z występowaniem nadwagi/otyłości w populacji ogólnej. Na związek pomiędzy postrzeganiem smaków- szczególnie słodkiego, gorzkiego, a występowaniem otyłości wskazywano wielokrotnie, choć wyniki badań nie są jednoznaczne. Autorzy (m.in. Bartoshuk, Felsted i wsp.) wskazują np., że osoby otyłe podają nie tylko zmniejszone wyczuwanie smaku słodkiego, ale także zwiększoną chęć spożywania takich produktów. W innych badaniach i publikacjach wskazywano, że wysoki wskaźnik masy ciała korelował odwrotnie z poczuciem przyjemności związanym ze spożywaniem słodkich pokarmów. W innych pracach sugerowano, że wybór słodkich i tłustych pokarmów jest związany z większą wrażliwością na smak gorzki. W prezentacji, przedstawiony będzie projekt badawczy przeprowadzony w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży (IPiN), który miał na celu m.in. ocenę nasilenia występowania powikłań metabolicznych po pierwszym zastosowaniu neuroleptyków atypowych oraz ocenę związku w/w powikłań z preferencjami/wrażliwością na smaki przed i po jednorazowym zastosowaniu neuroleptyków atypowych.

Stosowanie płynów energetyzujących oraz wybranych leków OTC (over-the-counter drugs) z punktu widzenia toksykologa

Elżbieta Bruchajzer
Zakład Toksykologii, Międzywydziałowa Katedra Farmakologi Ogólne, Klinicznej i Toksykologii, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny, Łodź

Napoje energetyzujące (napoje stymulujące, „energy drink") to środki specjalnego przeznaczenia. Pobudzają organizm człowieka, zwiększają efektywność w czasie wysiłku fizycznego i psychicznego. Środki te powinny być jednak przeznaczone do spożycia tylko w wyjątkowych sytuacjach. Mogą ich używać (ale nie nadużywać!) jedynie zdrowe osoby dorosłe, których praca wymaga ciągłego skupienia.

Pobudzające właściwości napojów energetyzujących związane są z występującymi w nich w dużych ilościach: kofeinie, taurynie i guaranie. Ich przedawkowanie skutkuje wystąpieniem niekorzystnych objawów, które mogą nawet zagrażać życiu. Zbyt częste i/lub intensywne stosowanie napojów stymulujących prowadzi do: nadpobudliwości, irytacji, wystąpienia uczucia niepokoju, kłopotów z koncentracją, zmęczenia, apatii, osłabienia organizmu, podrażnienia żołądka i jelit, zwiększenia wydalania moczu, drżenia mięśniowego, bezsenności, zwiększają ryzyko zawału i udaru, a nawet zatrzymania akcji serca. Napojów energetyzujących w żadnym wypadku nie powinny stosować dzieci i młodzież, kobiety w ciąży, osoby cierpiące na schorzenia serca, układu nerwowego, migreny, nadczynność tarczycy, itp. Niewiele osób zdaje sobie sprawę, że kofeina i tauryna zawarte w napojach energetyzujących znacznie silniej działają na organizm dziecka niż osoby dorosłej. Wysokie stężenia tych substancji oraz łatwość ich przedawkowania spowodowały, że w wielu krajach wprowadzono zakaz sprzedaży płynów napojów energetyzujących. Oprócz „enegry drinków" łatwo dostępne są ich zamienniki lub preparaty zaliczane do suplementów diety, które dodają energii.

Podobne efekty można także uzyskać stosując – niezgodnie ze wskazaniami medycznymi – niektóre leki OTC. Są one szczególnie popularne wśród młodych ludzi. Preparaty zawierające efedrynę i pseudoefedrynę (np. Sudafed) wykorzystują oni jako dodatkowe „wspomaganie" w procesie nauki, dla powstrzymania łaknienia w czasie odchudzania się oraz w celach „rekreacyjnych". Dla uzyskania takich efektów (odurzenie, halucynacje, poprawa nastroju, ułatwienia w nawiązywaniu kontaktów towarzyskich) młodzież wykorzystuje także preparaty zawierające dekstrometorfan (Acodin, Rubitussin), benzydaminę (Tantum Rosa, Tantum Verde, Hascosept), dimenhydraminę (Aviomarin). Znaczne przekraczanie dawek terapeutycznych tych leków powoduje uzależnienia psychiczne, tolerancję i efekty odstawienia.

Sezonowa bulimia

Dorota Bzinkowska
Centrum Terapii Dialog, Warszawa

Choroba afektywna dwubiegunowa nadal stwarza istotne trudności diagnostyczne, zwłaszcza w sytuacjach współwystępowania z objawami innych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń osobowości.

(Od początku zachorowania do postawienia właściwego rozpoznania mija średnio kilka lat, w trakcie których pacjent najczęściej jest leczony z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających. Zwłaszcza w przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej typu II, gdzie okresy hipomanii nie są samoistnie relacjonowane przez pacjentów i są traktowane jako zwyczajne, dobre samopoczucie).

Ze względu na fakt, iż postawienie właściwej diagnozy prowadzi do wczesnego zastosowania adekwatnego leczenia, a co za tym idzie poprawy jakości życia chorego, na przykładzie pacjentki leczonej ambulatoryjnie pokazano jak pojedyncze objawy psychopatologiczne, zgłaszane na przestrzeni lat wpływały na kolejno stawiane rozpoznania. Pierwotnie postawione rozpoznanie jakim była bulimia, po kilkunastu latach leczenia zostało rozszerzone o zaburzenia depresyjne nawracające, które po kolejnych kilku latach okazały się być chorobą afektywną dwubiegunową. Wszystkie dotychczasowe fazy depresyjne pacjentki miały charakter atypowy i sezonowy. W ich trakcie dochodziło do wzrostu łaknienia, nadmiernego spożywania pokarmów i wymiotów związanych z przepełnieniem żołądka. Objawy nawracały w okresach jesienno-zimowych i towarzyszył im spadek energii i nadmierna senność. W okresach letnich natomiast występowały stany wzmożonego samopoczucia spełniające kryteria hipomanii/manii.

Wobec powyższej charakterystyki objawów odstąpiono od rozpoznawania u pacjentki bulimii i zastosowano leczenie typowe dla choroby afektywnej dwubiegunowej.

Zaburzenia nieświadomego uczenia się motorycznego w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej

Adrian Chrobak[1], Katarzyna Siuda-Krzywicka[2], Anna Tereszko[1], Weronika Janeczko[1], Marcin Siwek[3], Dominika Dudek[3]
[1]*Koło Naukowe Chorób Afektywnych UJ CM, Kraków*
[2]*L'Institut du Cerveau et de la Moelle Épinière, Kraków*
[3]*Zakład Zaburzeń Afektywnych UJ CM, Kraków*

Nieświadome uczenie się motoryczne polega na nieświadomym doskonaleniu wykonywanych sekwencji ruchowych poprzez ich powtarzanie. Zaburzenie tego procesu zostało wykazane u pacjentów ze schizofrenią (SZ), a ostatnio również u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD). Rosnąca liczba badań wskazuje na występowanie podobnych zaburzeń motorycznych i poznawczych w ChAD i SZ. Celem naszej pracy jest porównanie zaburzeń nieświadomego uczenia się motorycznego w ChAD i SZ.

Zbadanych zostało 30 pacjentów z ChAD, 30 ze SZ i 30 zdrowych ochotników. Grupy dobrane były ze sobą pod względem płci i wieku, a pacjenci dodatkowo długością trwania choroby. Nieświadome uczenie motoryczne zostało zbadane za pomocą testu Serial Reaction Time Task (SRTT) osobno dla prawej i lewej ręki. Pacjenci z ChAD nie wykazali żadnych cech nieświadomego uczenia się motorycznego zarówno dla prawej i lewej ręki. Pacjenci z SZ cechowali się asymetrią tego zaburzenia, wykazując pewne cechy uczenia się motorycznego ucząc się ręką prawą.

Zgodnie z naszą wiedzą jest to pierwsze badanie porównujące pacjentów z ChAD i SZ za pomocą testu SRTT. Po raz pierwszy pokazaliśmy zaburzenia nieświadomego uczenia się motorycznego w ChAD oraz asymetryczny charakter tego zaburzenia w SZ. Większe zaburzenia tego procesu w przypadku wykonywania zadania lewą ręką przez pacjentów z SZ mogą odpowiadać bardziej nasilonym zaburzeniom struktury móżdżku u tych pacjentów, w rejonie odpowiedzialnym za ten typ uczenia się.

Wykorzystanie maski w terapii pacjentów z przewlekłymi halucynacjami słuchowymi

Łukasz Cichocki[1], Andrzej Cechnicki[2], Joanna Palka[2]
[1]*Pracownia Badań nad Schizofrenią Katedry Psychiatrii CM UJ, Kraków*
[2]*Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CM UJ, Kraków*

Cel: Celem artykułu jest opis metody, która wykazała swoją użyteczność w pracy z pacjentem z przewlekłymi halucynacjami słuchowymi nie reagującymi na wcześniejszą farmakoterapię ani na inne metody leczenia dostępne w środowiskowym programie terapeutycznym.

Metoda: Pacjent, mężczyzna l. 28, mieszkaniec dużego miasta leczony psychiatrycznie od 16 rż. w tym od 20 rż. z diagnozą zaburzeń psychotycznych. W obrazie choroby istotnym elementem były nasilone halucynacje słuchowe, towarzyszące pacjentowi przez większość i powodujące znaczne cierpienie (distress) oraz problemy w funkcjonowaniu społecznym. Dotychczas stosowane metody terapeutyczne – farmakoterapia lekami przeciwpsychotycznymi, hospitalizacje w trybie stacjonarnym i dziennym, leczenie ambulatoryjne w tym udział w grupie terapeutycznej nie przynosiły oczekiwanych efektów. W wyniku podjętej pracy terapeutycznej przy użyciu maski stworzonej przez pacjenta jako modyfikacji opisanej przez Juliana Leffa metody Avatara uzyskano znaczącą poprawę stanu pacjenta – radykalne zmniejszenie obecności i uciążliwości halucynacji słuchowych oraz wyraźną poprawę funkcjonowania społecznego.

Wnioski: Terapia maską (może się okazać) jest potencjalnie użyteczną metodą w terapii pacjentów z przewlekłymi halucynacjami słuchowymi, także tymi, którzy mają doświadczenie traumy wczesnodziecięcej. Dodatkową wartością mogą być niskie koszty tego typu interwencji terapeutycznej

Konsultacje psychiatryczne w Izbie Przyjęć Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach w latach 2014-2015

Marta Ciułkowicz[1], Olga Wachnik[1], Gabriela Gostomska[1], Agnieszka Bratek[2], Karolina Drzyzga[2], Krzysztof Kucia[2]
[1]*Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice*
[2]*Górnośląskie Centrum Medyczne, Katowice*

Przedmiotem naszych zainteresowań był charakter konsultacji psychiatrycznych na szpitalnej Izbie Przyjęć. Przeprowadzono retrospektywną analizę dokumentacji konsultacji psychiatrycznych w Górnośląskim Centrum Medycznym w Katowicach w latach 2014-2015 zwracając szczególną uwagę na powód konsultacji pacjentów, rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10, wiek, płeć oraz konieczność hospitalizacji w trybie pilnym. Przeanalizowano 712 konsultacji psychiatrycznych, w tym 20,93% na zlecenie lekarzy specjalności innych niż psychiatria. Kobiety stanowiły 50,42% osób konsultowanych, zaś mężczyźni 49,58%. Średnia wieku pacjentów wyniosła 44,6 lat. Najczęstszym powodem konsultacji był niepokój i lęk (23,74%), objawy psychotyczne (14,19%), agresja (10,39%) oraz problemy związane z alkoholem (9,27%). 51,40% pacjentów zgłosiło się samodzielnie, 36,94% zostało przywiezionych przez pogotowie, natomiast za transport 4,21% pacjentów odpowiedzialne było zarówno pogotowie, jak i policja. 9,41% pacjentów zostało przyjętych na Oddział Psychiatrii w trybie pilnym za ich zgodą, a 2,11% bez zgody. 12,92% pacjentów skierowano do innego ośrodka z powodu braku miejsc na oddziale - odpowiednio 8,99% za zgodą, 3,93% bez zgody.

Skale zrestrukturyzowane MMPI-2: diagnostyka i monitorowanie psychoterapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości

Katarzyna Cyranka, Michał Mielimąka, Krzysztof Rutkowski, Jerzy-A. Sobański, Edyta Dembińska
Katedra Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków

Historia prac nad adaptacją MMPI-2 dla polskiej populacji sięga lat 50-tych XX wieku. Niezwykle istotne w tym zakresie stały się prace Chojnowskiego, Paluchowskiego. Matkowskiego czy Kucharskiego. W 2012 Polska Pracownia Testów Psychologicznych zakończyła opracowywanie w pełni standaryzowanej i znormalizowanej dla polskiej populacji wersji MMPI-2. Szczególnie interesująca w tym zakresie stała się możliwość wykorzystania skal zrestrukturyzowanych.

Cel: Ocena przebiegu psychoterapii pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości z zastosowaniem skal zrestrukturyzowanych nowej polskiej wersji kwestionariusza MMPI-2.

Grupa badana: 82 pacjentów (61 kobiet i 21 mężczyzn) leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości (F4, F6) kompleksową (intensywną grupową i indywidualną) psychoterapią psychodynamiczną.

Wyniki: Analizie poddano wyniki początkowe i końcowe uzyskane przez pacjentów we wszystkich 9 zrestrukturowanych skalach klinicznych (RC): Zniechęcenia (dem), Skarg Somatycznych (som), Niedostatku Emocji Pozytywnych (lpe), Cynizmu (cyn), Zachowań Antyspołecznych (asb), Myśli Prześladowczych (per), Dysfunkcjonalnych Negatywnych Emocji (dne), Nietypowych Przeżyć (ebx), Pobudzenia Hipomaniakalnego (hpm). U ponad połowy pacjentów rozpoczynających leczenie znacząco podwyższone wyniki odnotowano w skali Zniechęcenia (Dem). W zakresie tej skali największa liczba pacjentów uzyskała znaczącą poprawę. Ponadto, u znaczącej liczby pacjentów wysokie wyniki oraz istotną korzystną zmianę w wyniku leczenia odnotowano w zakresie Skarg Somatycznych, Niedostatku Emocji Pozytywnych, Dysfunkcjonalnych Negatywnych Emocji i Pobudzenia Hipomaniakalnego. Co ciekawe, wzrosła liczba pacjentów uzyskujących wysokie wyniki w Skali Zachowań Aspołecznych.

Wnioski: Przeprowadzone badanie pozwoliło stwierdzić, iż u większości pacjentów zakwalifikowanych do terapii z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości uzyskane w pomiarze na początku terapii wyniki w zakresie dysfunkcji osobowości są istotnie wyższe od wyników uzyskiwanych w populacji osób zdrowych. U większości pacjentów zaobserwowano korzystną zmianę w funkcjonowaniu osobowości.

Skale Zrestrukturyzowane MMPI-2 stanowią nie tylko cenne uzupełnienie możliwości diagnostycznych skal klinicznych, ale także umożliwiają bardziej precyzyjny pomiar analizowanych obszarów funkcjonowania. Skala Zniechęcenia, ze względu na swą specyfikę konstrukcji, może być stosowana jako predyktor stanu zdrowie-choroba, stanowiący wstępną wskazówkę dla dalszego pełnego procesu diagnostycznego.

Słowa kluczowe: zaburzenia nerwicowe, zaburzania osobowości, skale zrestrukturyzowane MMPI-2, skuteczność psychoterapii

MMPI-2, KON-2006 i KO „O" w diagnostyce i kwalifikacji do intensywnej grupowej psychoterapii psychodynamicznej

Katarzyna Cyranka[1], Krzysztof Rutkowski[1], Michał Mielimąka[1], Jerzy-A. Sobański[1], Edyta Dembińska[1], Katarzyna Klasa[2]

[1]Katedra Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków

[2]Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, Kraków

WSTĘP: Wyniki licznych badań skuteczności intensywnej grupowej psychoterapii psychodynamicznej, prowadzonych w Katedrze Psychoterapii UJ CM wskazują, iż zastosowanie triady narzędzi KON-2006, KO „O" oraz MMPI-2 ułatwia przeprowadzenie efektywnej i trafnej diagnostyki pacjentów, a także śledzenie zmian zachodzących w procesie leczenia. Przedmiotem niniejszego wystąpienia będzie przedstawienie wyników badań skuteczności psychoterapii, prowadzonych z zastosowaniem MMPI-2, KON-2006 i KO „O".

NARZĘDZIA: Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006 oraz Kwestionariusz Objawowy KO „O" to narzędzia od lat z powodzeniem stosowane w diagnostyce i monitorowaniu psychoterapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości (F4-F6) w Zakładzie Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. W 21012 roku do zestawu narzędzi diagnostycznych włączony został także Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości – MMPI-2. KON-2006 to narzędzie psychometryczne, służące do diagnozowania dysfunkcji osobowości, mających wpływ na powstawanie zaburzeń nerwicowych. Ułatwia opis zaburzeń nerwicowych oraz ich różnicowanie od reakcji na stres (zwłaszcza „ostrych"), a także ocenę zmian następujących w wyniku leczenia - ocena specyficznych obszarów dysfunkcji osobowości nerwicowej). Kwestionariusz objawowy KO"O" pozwala na zebranie informacji o obecności i nasileniu 135 objawów w czasie ostatnich 7 dni. To jedno z niewielu oryginalnych polskich narzędzi utworzonych w oparciu o podejście kryterialne przy użyciu języka potocznego, umożliwia pacjentom zgłaszanie najpowszechniejszych dolegliwości; Aktualna najnowsza i jednocześnie pierwsza w pełni znormalizowana polska wersja kwestionariusza MMPI-2 umożliwia diagnozę funkcjonowania osoby badanej w ponad 100 wymiarach, ocenianych za pomocą ponad 120 skal i podskal narzędzia.

WYNIKI: U większości pacjentów zakwalifikowanych do terapii w Zakładzie Psychoterapii SU w Krakowie, z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości, uzyskane w pomiarze na początku terapii wyniki w zakresie objawów nerwicowych i zaburzeń funkcjonowania osobowości są istotnie wyższe od wyników uzyskiwanych w populacji osób zdrowych. W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u większości pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości obserwuje się zarówno zmniejszenie poziomu objawów nerwicowych i cech osobowości nerwicowej, jak i korzystną zmianę w funkcjonowaniu osobowości. W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego u większości pacjentów obserwuje się wzrost siły ego, co wskazuje, że w wyniku leczenia pacjenci uzyskują znacznie lepszą zdolność ogólnego przystosowania psychologicznego oraz zwiększony repertuar mechanizmów umożliwiających skuteczne radzenie sobie.

Pacjentki częściej funkcjonują w tradycyjnych rolach kobiecych, a pacjenci–w opozycji do tradycyjnych ról męskich, (choć wciąż w obszarze wyników niepodlegającym zdecydowanej interpretacji) zarówno przed, jak i po leczeniu.

Częstość uzyskania wyleczenia w zakresie objawów zaburzeń nerwicowych oraz funkcjonowania osobowości, różni się istotnie w grupach mężczyzn i kobiet.

WNIOSEK: Wyniki uzyskane z zastosowaniem triady narzędzi MMPI-2, KON-2006, KO, „O" wskazują, iż intensywna krótkoterminowa psychoterapia grupowa jest skuteczną, godną zalecenia metodą leczenia zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń osobowości zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, prowadzącą u większości pacjentów do korzystnej zmiany w funkcjonowaniu osobowości.

Postępowanie terapeutyczne u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Damian Czarnecki, Beata Łangowska-Grodzka

Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz

W oddziaływaniach terapeutycznych personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem uzależnionym można uwzględnić elementy psychoterapii podstawowej (budowanie relacji, wsparcie), psychoedukację czy udział w farmakoterapii. Głównym narzędziem pracy terapeutycznej pielęgniarki czy pielęgniarza jest rozmowa i budowanie relacji z pacjentem w procesie leczenia odwykowego oraz współpraca z całym zespołem terapeutycznym na rzecz osoby uzależnionej.

Tradycyjne podejście terapeutyczne opiera się na fundamencie poznawczo-behawioralnym, edukacyjnym, redukcji stresu, tradycji dwunastu kroków AA ze wsparciem farmakologicznym. Pomimo, że integracja wielu oddziaływań w lecznictwie odwykowym daje wiele możliwości terapeutycznych, to jednak wymaga uzupełnienia o nowe rozwiązania dla podniesienia skuteczności w uzyskaniu i utrzymaniu trzeźwości. Względnie nowe propozycje oddziaływań to m.in. dialog motywujący, praca na zasobach, system zachęt, zwiększenie uważności, odżywianie się, praca nad spostrzeganiem siebie czy wzmacnianie radzenia sobie z głodem substancji psychoaktywnych jako sposobu zapobiegania nawrotom.

Od neuronu do rzeczownika i z powrotem

Andrzej Czernikiewicz
Katedra i Klinika Psychiatrii. Uniwersytet Medyczny, Lublin

Od Homo Naledi do pana K.O. - Współczesny stan wiedzy o klinicznym wymiarze schizofazji

Wg Crowa schizofrenia jest ceną którą płacimy na nasz system językowy. Schizofazja (zaburzenia językowe w schizofrenii) to kompleks czterech odrębnych zespołów językowych: zaburzeń spójności na poziomie tekstu (incohesion) i wypowiedzenie (incoherence), zubożenia syntaktyki zdań i dodatkowych fenomenów językowych. Tylko pierwsze dwa syndromy, zaburzenia spójności na poziomie tekstu i zdania, występowały znacząco często w grupie osób przewlekle chorych na schizofrenię ocenianych jako zaburzone językowo. Wczesny początek schizofrenii, obecność na początku psychozy formalnych zaburzeń myślenia, aktualny zły stan psychiczny i niski poziom funkcjonowania psychosocjalnego, a także obecność licznych halucynacji słuchowych byłu korelatami istotnych objawów schizofazji, to jest zaburzeń spójności na poziomie tekstu i wypowiedzenia. Ta obserwacja wspiera teorię Liddle'a o tym, że syndrom dezorganizacji jest trzecim syndromem schizofrenii, obok syndromu błędnej oceny rzeczywistości i syndromu ubóstwa psychomotorycznego. Dodatkowo, liczne objawy deficytów poznawczych w obszarze pamięci operacyjnej i deklaratywnej, które obserwuje się w przebiegu schizofrenii, wspierają hipotezę o pierwotnym zaburzeniu neurorozwojowym w schizofrenii obejmującym płaty czołowe, obszarem odpowiedzialnym za pamięć operacyjną, jaki i planowanie wypowiedzi.

Poświęcenie pionka - granice pre-psychozy - granice interwencji

Andrzej Czernikiewicz[1], Bartosz Łoza[2]
[1]Katedra i Klinika Psychiatrii. Uniwersytet Medyczny, Lublin
[2]Warszawskie Uniwersytet Medyczny, NZOZ Ochota, Warszawa

Rzetelna diagnoza stanów prepsychotycznych i detekcja tych stanów jako prodromu psychozy to jedno z głównych wyzwań współczesnej psychiatrii, a na pewno główne wyzwanie w diagnostyczne i terapeutyczne w opiece nad osobami ze spektrum schizofrenii. Nadal najistotniejszą metodą wczesnej diagnostyki i skrócenia okresu nieleczonej psychozy (DUP) są kryteria „grupy ultra wysokiego ryzyka zachorowania na psychozę" (UHR) [Yung i wsp. 2002], co zaowocowało kryteriami „zespołu atenuowanej psychozy" w DSM-5 [APA 2013]. Jednocześnie mamy coraz więcej danych neurobiologicznych, zwłaszcza neuroobrazowych [Marenco i wsp. 2016, Clementz i wsp. 2016, Gong i wsp. 2016], które również dowodzą zasadności wczesnej interwencji w psychozie [Kane i wsp. 2016] rozumianej jako „… celowana prewencja dotycząca osób wysokiego ryzyka u których można stwierdzić minimalne objawy zwiastujące objawy specyficznego zaburzenia psychicznego lub biologiczne markery tego zaburzenia … a jednocześnie u osoby tej nie można potwierdzić przy użyciu kryteriów diagnostycznych tego zaburzenia…" [Mrazek i Haggarty 1994]. W drugiej części naszej sesji skonfrontujemy aktualne informacje o stanach prepsychotycznych i prodromie psychozy z historią życia mistrza świata w szachach Bobby'ego Fischera zobrazowaną w filmie Pionek (Pawn sacrifice – 2014).

Scenariusz filmu, który jeszcze nie powstał o polskiej psychiatrii

Andrzej Czernikiewicz
Katedra i Klinika Psychiatrii. Uniwersytet Medyczny, Lublin

Udział biorą: Ojcowie Założyciele Polskiej Psychiatrii, anonimowy psychiatra polski (anonimowy, ale na pewno istniejący) psychiatra polski z lat 50-ch ubiegłego wieku, rozpoczynający swoją pracę na początku lat 80-ch ubiegłego wieku anonimowy (nie dla autora) psychiatra polski, bliżej znany pacjent polskiej placówki psychiatrycznej z początków tego wieku, rodzina tego pacjenta.

Miejsce i czas akcji: polska psychiatria, ubiegły wiek i początek tego wieku.

Genr filmu: docudrama. Motto scenariusza: Z naszymi pacjentami jesteśmy w relacji, znamy się dożywotnio – uczmy się od nich.

O dialogu terapeutycznym – punkt widzenia lingwistyki

Andrzej Czernikiewicz
Katedra i Klinika Psychiatrii. Uniwersytet Medyczny, Lublin

Nie istnieje dziedzina medycyny tak oparta na dialogu jak psychiatria. W sytuacji, gdy olbrzymia większość diagnostyki psychiatrycznej oparta jest na danych fenomenologicznych, przy niewielu markerach biologicznych zaburzeń psychicznych, dialog pacjenta i terapeuty spełnia nieocenioną rolę weryfikującą hipotezy diagnostyczne. Dialog terapeuty i pacjenta jest również istotą leczenia i to nie tylko w rozumieniu psychoterapii, ale stanowi bazę do oddziaływań biologicznych (np. psychoedukacja, która pozwala na lepsze poznanie przez chorego i jego bliskich istoty i zaburzeń i ich przyczyn i ich terapii). Dialog jest najpowszechniejszą i najbardziej naturalną formą komunikacji międzyludzkiej, zwłaszcza w wypowiedziach ustnych, gdzie monolog w zasadzie nie występuje, ponieważ to co jest w zamierzeniu monologiem staje się dialogiem – autor monologu ustnego ma zawsze jakiegoś słuchacza. Dialog użyteczny, pragmatyczne dla obu stron, pacjent – terapeuta, to taki dialog w którym: zachowana będzie wymienność ról (nadawca – odbiorca), czyli dialogowość; kiedy dialog nosi cechy spontaniczności i wreszcie kiedy jest dobrze osadzony w sytuacji (np. rozmowa o tym co tu i teraz, a nie rozważanie tego co było przedtem i co będzie potem, chociaż oczywiście w sytuacji zbierania wywiadu i prognozowania efektów leczenia będziemy rozmawiali o tym co przedtem i potem). Wszystkie sytuacje, gdy jedna z zasad lingwistycznych dialogu będzie zniesiona dialog terapeuty, szczególnie psychiatry i jego pacjenta będzie dysfunkcjonalny, albo nawet jatrogenny. Klasycznym przykładem jest tu dialog ze zniesieniem jego dialogowości, a więc sytuacja, gdy terapeuta wygłasza choremu pogadankę na temat jego zaburzenia, bazując na opisie książkowym „typowego pacjenta", a nie na podstawie historii dolegliwości i historii życia tego konkretnego i unikalnego

chorego. Inny przykład dysfunkcjonalnego dialogu to dialog w którym terapeuta zapomina o spontaniczności tego dialogu i „odpytuje" chorego z listy potencjalnych objawów jego choroby. I wreszcie dysfunkcjonalny dialog w którym zniesiona jest sytuacyjność, np. terapeuta rozmawia z badanym wchodząc w rolę śledczego, a nie terapeuty. Pamiętaj, że człowiek jest istotą dialogową i bez względu jaka jest Twoja wiedza o zaburzeniach psychicznych – bez dialogu nie dowiesz się już niczego więcej a najistotniejszą cechą dialogu jest jego dialogowość. Nie stosuj dialogu typowego dla osoby z halucynacjami – prowadź dialog z rozmówcą zewnętrznym, a nie wewnętrznym (bez względu na to na ile jesteś narcystyczny). Jedną z form dialogu z Twoim pacjentem jest negocjowanie z nim celów i metod terapii.

Czym jest, czym może być zdrowienie w chorobach psychicznych?

Andrzej Czernikiewicz
Katedra i Klinika Psychiatrii. Uniwersytet Medyczny, Lublin

Zdrowienie w chorobach psychicznych to szerokie spektrum badawcze, ale wydaje się, że najtrafniejsza koncepcja zdrowienia to zdrowienie zorientowane na podmiot, definiowane jako „stworzenie nadziei osobie chorej psychicznie na nadanie swemu życia nowego znaczenia i kreowanie na nowo swojej przyszłości". Systemy opieki psychiatrycznej, „zorientowanej na zdrowienie" muszą uwzględniać zarówno podmioty tej opieki – pacjenci, ich rodziny, ich bliscy, ale także dostarczający tej opieki profesjonaliści, muszą mieć świadomość jak spójny i kompleksowy musi być ten system. Jednym z niezbędnych czynników sprzyjających zdrowieniu jest obecność w otoczeniu chorego osób, które wierzą w możliwość zdrowienia i które rozumieją potrzeby chorego na polu jego/jej zdrowienia. Zdrowienie w rozumieniu przezwyciężania skutków choroby psychicznej jest zwykle trudniejsze niż rozumiane jako redukcja objawów choroby. Konsekwencje choroby psychicznej, szczególnie niepełnosprawność, są dużo trudniejsze do przezwyciężenia niż sama choroba rozumiana jako zaburzenie psychiczne per se.

Porównanie częstości występowania i stopnia zaawansowania depresji u pacjentów hemodializowanych i niedializowanych z przewlekłą niewydolnością nerek leczonych zachowowawczo

Marcelina Czok, Aleksandra Ćwiek
Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Katowice

Wstęp: Depresja jest najbardziej rozpowszechnionym i najpoważniejszym zaburzeniem psychicznym wśród pacjentów z przewlekłą i schyłkową niewydolnością nerek. Ma ona istotny wpływ na jakość życia w tej grupie pacjentów.

Cel pracy: Celem badania była ocena częstości występowania i stopnia zaawansowania depresji wśród pacjentów hemodializowanych w porównaniu do pacjentów niedializowanych ze wskaźnikiem GFR poniżej 30 ml/min/1,73m2 leczonych zachowawczo.

Materiały i metody: 50 hemodializowanych i 50 niedializowanych pacjentów było przebadanych przy użyciu następujących kwestionariuszy: Skala Depresji Hamiltona (HAM-D), Skala Lęku Hamiltona (HAM-A), Skala Zadowolenia z Życia (SWLS), Skala Akceptacji Choroby (AIS), Test Orientacji Życiowej (LOT-R). Ponadto badany był wpływ leków sterydowych i immunosupresyjnych na stan psychiczny leczonych nimi pacjentów.

Wyniki: W obu grupach objawy lęku i depresji był obecne, jednakże w grupie pacjentów dializowanych odsetek osób z wynikami wskazującymi cięższą depresję był wyższy. Wyniki w skalach AIS, LOT-R i SWLS były bardzo zbliżone w obu grupach i nie miały związku z metodą leczenia. Wśród pacjentów stosujących sterydy i/lub immunosupresję zaobserwowano większy odsetek osób z wynikami w skali HAM-D wskazującymi na umiarkowaną bądź cięższą depresję niż wśród pozostałych pacjentów, a także wykazano wzrost nasilenia depresji wraz ze wzrostem dawki leku.

Wnioski: Badania wykazały, że depresja i zaburzenia lękowe są powszechnym problemem wśród pacjentów z PChN, a szczególnie wśród pacjentów hemodializowanych. Wskazuje to na istotną rolę personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w monitorowaniu stanu psychicznego tych pacjentów, a także sugeruje konieczność zapewnienia im możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej.

Etiopatogeneza i przebieg zaburzeń lękowych u dzieci

Małgorzata Dąbkowska
Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz

Lęk staje się patologiczny, gdy jego czas trwania jest wydłużony, nasilenie jest znaczące, zaburza normalne funkcjonowanie, prowadzi do cierpienia, społecznej izolacji i wytrąca z równowagi. Lęk można opisać jako nadmierną odpowiedź na bodziec. Reakcja lękowa składa się z trzech komponent: fizjologiczne reakcje, behawioralne odpowiedzi i uświadomione subiektywne odczucia. Zaburzenia lękowe w okresie dorastania należą do najpowszechniejszych zaburzeń psychicznych i znacząco wpływają na obniżenie funkcjonowania cierpiących na nie pacjentów oraz mają niekorzystne długofalowe skutki zdrowotne i społeczne. Zaburzenia te z punku widzenia czynników ryzyka nie są homogenne, a wpływ mają na ujawnienie się czynniki genetyczne, środowiskowe wspólne dla rodziny i otoczenia oraz czynniki środowiskowe osobiste. Zaburzenia lękowe są heterogenną grupą, o różnej etiologii. Oddzielne zespoły genów predysponują do dichotomicznych grup zaburzeń lękowych: jedna grupa to zaburzenia paniczne, agorafobia, lęk uogólniony a druga to fobie specyficzne. Geny kandydujące wpływają na receptory i transportery w CUN. Niektóre geny odpowiadają za nadmierną wrażliwość lękotwórczą. W badaniach nad patomechanizmem i metodami terapii zaburzeń lękowych ważną rolę odgrywa szukanie biomarkerów poszczególnych jednostek lękowych. Wiadomo, że poszczególne zaburzenia lękowe są związane z płcią. Nowoczesne badanie neuroobrazowania pozwalają przyżyciowo zidentyfikować u ludzi ośrodki OUN związane z przeżywaniem emocji. Widoczne są zmiany neuroanatomiczne strukturalne i czynnościowe w mózgu pacjentów z zaburzeniami lękowymi. Podczas reakcji lękowej są uruchamiane funkcje poznawcze jak interpretacja, poznawcze opracowywanie, połączenia poznawcze, asocjacyjne. Szczególną rolę w pamięci emocjonalnej odgrywa ciało migdałowate, które przechowuje pamięć o przeżytych emocjach (zwłaszcza lęku) i sytuacjach, w jakich były one przeżywane. Regułą jest współwystępowanie różnych zaburzeń lękowych oraz innych chorób psychicznych, zwłaszcza depresji. Obecność zaburzenia lękowego w okresie adolescencji implikuje kolejne zaburzenia lękowe i choroby afektywne w okresie dorosłości. Znajomość patomechanizmu zaburzeń lękowych potrzebna jest do działań profilaktycznych w celu zapobieżenia rozwojowi zaburzeń lękowych w okresie adolescencji.

Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży w oddziale psychiatrycznym - wyzwanie dla terapii systemowej

Mirosław Dąbkowski
Collegium Medicum UMK, Toruń

Wstęp: Ryzykowne Zachowania Seksualne (RZS) częste wśród młodzieży - zwłaszcza w subpopulacjach klinicznych - prowadzą do dewastujących następstw. RZS nie tylko mogą zaburzać psychiczny i somatyczny dobrostan lecz prowadzić też mogą do zaburzenia osobistego rozwoju, systemu rodzinnego, relacji rówieśniczych i społecznych. Wysycenie rozwoju seksualności w adolescencji klinicznymi objawami zaburzeń psychicznych zwiększa dodatkowo ryzyko ujawnienia dystorsji tego rozwoju; prowadzić może do wykorzystania seksualnego; zmienia sferę psychiczną i zachowania adolescenta a także jego rodzicielską i społeczną percepcję. Pomijanie zaburzeń psychicznych w rozumieniu RZS prowadzić może do pogorszenia stanu psychicznego, pierwotnie dotkniętego chorobą bądź niepełnosprawnością intelektualną i obniża skuteczność ewentualnych działań korekcyjnych RZS. Terapeutyczne milieu oddziału młodzieżowego w sposób szczególny wyostrza znaczenie RZS i daje potencjalną możliwość wdrożenia wielopoziomowych – systemowych działań naprawczych.

Materiał i metody: podczas ostatnich 20 lat w Oddziale Psychiatrii Młodzieży Kliniki Psychiatrii CM UMK w Toruniu obserwowano kohortę ponad 4000 adolescentów (w wieku 12 do 19 lat, obojga płci) z zaburzeniami psychicznymi (m.in. schizofrenia, ChAD, ADHD, ZOK, zab. zachowania, zab. emocjonalne, niepełnosprawność intelektualna, spektrum autyzmu), przeciętnie hospitalizowanych przez okres 3 tygodni. Ujawnione RZS omawiano podczas ciągłych spotkań szkoleniowo-diagnostyczno-terapeutycznych personelu a następnie w terapii indywidualnej i grupowej pacjentów oraz terapii rodzinnej. Celem terapeutycznym było lepsze rozumienie seksualności młodzieży, prawidłowego jej rozwoju i interferencja z objawami psychopatologicznymi. Poszerzenie świadomości zróżnicowanego znaczenia seksualności w wieku młodzieńczym powiązane było z wyznaczaniem stabilnych granic wobec RZS i sposobami uzyskania tego. Efektywność wielomodalnego podejścia oceniano podczas systematycznych spotkań personelu oraz w interakcjach z pacjentami i rodzicami.

Wyniki: ujawniono duże zróżnicowanie ról i znaczeń zachowań seksualnych (ze szczególnym uwzględnieniem RZS), skategoryzowanych w 15 klas. Podczas spotkań rodzinnych omawiano zindywidualizowane wyniki, dyskutowano o postawach i wzorcach rodziców wobec seksualności w kontekście zrozumienia RZS dziecka i jego stanu psychicznego oraz wypracowywano spersonifikowane ścieżki możliwych interwencji. Skuteczność podjętych działań modyfikowana była czynnikami środowiskowymi (warunkami szpitalnymi, grupą rówieśniczą, postawami światopoglądowymi i religijnością, wpływami kulturowymi). Otwarte rozmowy z pacjentami ograniczały „szarą strefę" nieujawnianych, szkodliwych RZS, poprawiały współpracę pacjentów i ich akceptację koniecznych ograniczeń.

Wnioski: systemowe podejście oparte na rodzinie wraz z pracą terapeutyczną wobec pacjentów wydaje się ograniczać RZS w oddziale psychiatrii młodzieży i wzmacnia zasoby rodziny w radzeniu sobie z nimi.

Psychoterapia w postmodernie

Bogdan De-Barbaro
Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński Kraków, Burów

Cele i metody psychoterapii pozostają w silnym związku z dominującymi dyskursami kulturowymi. W XXI wieku takim dominującym dyskursem jest postmodernizm z jego sceptycyzmem wobec poznawalności prawdy, wielością obrazów świata, otwartością i zaciekawieniem Innym, ale także promowaniem hedonizmu i konsumeryzmu. W tej sytuacji wzrasta popularność szkół terapeutycznych, które nie są oparte na dowodach naukowych, tak jak je rozumie przyrodoznawstwo i psychiatria biologiczna. Narracjach humanistyczne: niejednoznaczne i nieweryfikowalne i przygodne tworzą intelektualny klimat twórczego poszerzanie krajobrazu terapeuty i jego wrażliwości. Rodzi się jednak pytanie, czy sceptycyzm co do istnienia „twardej prawdy" ma swoje granice i czy w psychoterapii dopuszczalna jest wszelka dowolność. Jakie są granice ponowoczesnego sceptycyzmu? Jakie są granice psychoterapii? Gdzie się zaczyna i kończy odpowiedzialność terapeuty? Wystąpienie jest próbą znalezienia odpowiedzi na powyższe pytania.

Dobowy profil kortyzolu w ślinie w zaburzeniach lękowych i zaburzeniach osobowości

Edyta Dembińska[1], Krzysztof Rutkowski[1], Krzysztof Tokarz[2], Jerzy-A. Sobański[1], Michał Mielimąka[1], Katarzyna Cyranka[1]
[1]Katedra Psychoterapii UJ CM, Kraków
[2]Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, Kraków

Większość dotychczasowych badań wskazuje na podwyższony poranny skok stężenia kortyzolu (cortisol awakening reponse CAR) w ślinie w zaburzeniach lękowych, są również badania mówiące o obniżeniu tego parametru.

Cel: celem badania było sprawdzenie, czy pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości charakteryzują się specyficznymi profilami dobowego wydzielania kortyzolu oraz czy profile te ulegają zmianie po 12 tygodniach intensywnej psychoterapii grupowej.

Metody: Grupę badaną stanowiło 83 pacjentów, głównie kobiet (67%) z diagnozą zaburzenia lękowego (40,9%) lub zaburzenia osobowości (59,1%). Poziom objawów przed i po psychoterapii zmierzono za pomocą Kwestionariusza objawowego „O". Dobowy profil wydzielania kortyzolu przed i po terapii oznaczono pobierając w tym samym dniu trzy próbki śliny (po obudzeniu, 30 minut po obudzeniu i o 22.00).

Wyniki: Uzyskano cztery różne profile dobowe wydzielania kortyzolu: obniżony (spadek po 30 minutach od obudzenia), płaski (wzrost o 0-49% 30 minut po przebudzeniu), normalny (wzrost o 50-75% 30 minut po przebudzeniu) oraz podwyższony (wzrost powyżej 75% 30 minut po obudzeniu). Z uzyskanych profili dwa (płaski oraz podwyższony) były dotychczas uważane za typowe dla zaburzeń lękowych. Pacjenci o różnych profilach wydzielania dobowego kortyzolu różnili się także poziomem objawów zaburzeń snu. Po 12 tygodniach intensywnej psychoterapii odnotowano zmiany w profilu dobowym wydzielania kortyzolu.

Wnioski: Zaburzenia lękowe i zaburzenia osobowości cechują się więcej niż dwoma profilami dobowego wydzielania kortyzolu. Powstaje pytanie, co determinuje dany profil dobowego wydzielania kortyzolu, w jaki sposób może być on powiązany z objawami pacjenta oraz wpływać na wyniki psychoterapii.

Ludwika Karpińska-Woyczyńska „polska pani filozof”

Edyta Dembińska, Krzysztof Rutkowski
Katedra Psychoterapii UJ CM, Kraków

Wykład przybliża sylwetkę psycholog dr Ludwiki Karpińskiej–Woyczyńskiej (1872-1937), pierwszej Polki działającej na rzecz popularyzacji psychoanalizy i psychologii eksperymentalnej. Karpińska należała do pierwszego pokolenia „polskich Freudystów”, wielkim wysiłkiem zdobyła wyższe wykształcenie. Zaprezentowany zostanie wkład Karpińskiej w rozwój psychoanalizy światowej, przegląd jej najważniejszych publikacji psychoanalitycznych (polskich i zagranicznych) do wybuchu I wojny światowej, udział w konferencjach naukowych jak i współpraca z najważniejszymi ośrodkami psychoanalitycznymi w Zurychu i w Wiedniu oraz ich przedstawicielami (Jungiem, Freudem, Jekelsem). Powojenna działalność Karpińskiej ściśle wiązała się z badaniami ilorazu inteligencji i psychotechnicznymi dzieci i młodzieży. Przedstawiona zostanie działalność Miejskiej Pracowni Psychologicznej w Łodzi, której kierowniczką w latach 1920-1930 była Karpińska, jej dokonania naukowe w zakresie badania poziomu inteligencji, najważniejsze publikacje z lat 1921-1930, współpraca z zagranicznymi ośrodkami o zbliżonym profilu oraz wysiłki na rzecz utworzenia Poradni Zawodowej. Prawdopodobnie zmiany w podejściu do psychoanalizy, które nastąpiły po II wojnie światowej, doprowadziły do zapomnienia o większości jej dokonań.

Zastosowanie kwasów omega-3 w psychiatrii wieku rozwojowego – kontrowersje

Anna Dietrich-Muszalska
Zakład Psychiatrii Biologicznej. Uniwersytet Medyczny, Łódź

Kwasy tłuszczowe jako komponenty lipidów w strukturze błon komórkowych i w osoczu pełnią wiele ważnych funkcji w organizmie ludzkim. Odpowiadają m.in. za płynność błony komórkowej oraz udział w procesach metabolicznych/sygnałowych, są też ważnym źródłem energii. Wyróżnia się kwasy tłuszczowe nienasycone i nasycone, w tym wielonienasycone (PUFA, polyunsaturated fatty acids), które posiadając wiązania podwójne między atomami węgla w zależności od pozycji ostatniego podwójnego wiązania w łańcuchu węglowym dzielą się na serie: kwasów omega-3 (prekursor serii - kwas alfa linolowy ALA;18:3) lub omega-6. Kwasy serii omega-3 obejmują obok ALA, kwasy: oktadekatetraenowy (18:4) eikozatetraenowy (20:4) eikozapentaenowy (EPA; 20:5) dokozapentaenowy (22:5), dokozaheksaenowy (DHA; 22:6). Kwasy tłuszczowe jako prekursory cząsteczek sygnałowych prostaglandyn, tromboksanu, prostacykliny czy leukotrienów zaangażowane są w procesy zapalne/przeciwzapalne, naczyniowe, inne i mogą wpływać na szereg funkcji włączonych w patogenezę zaburzeń psychicznych. PUFA fosfolipidów błony komórkowej są bardzo wrażliwe na utlenianie i działanie reaktywnych form tlenu. Utlenianie PUFA, które posiadają więcej niż trzy podwójne wiązania między atomami węgla, np. kwasu arachidonowego (serii omega-6), czy kwasu EPA i DHA (serii omega-3) prowadzi do powstania złożonych produktów ich utleniania/rozpadu. PUFA nie mogą być syntetyzowane w organizmie ludzkim (jedynie są konwertowane z odpowiedniego kwasu - prekursora danej serii), a więc ich dostarczanie z dietą jest niezbędne. W ostatnich kilku dziesięcioleciach w krajach wysokorozwiniętych nastąpił duży wzrost spożycia kwasów omega-6 w porównaniu do spożycia kwasów omega-3. Przesunięcie proporcji kwasów omega-6/omega-3 nastąpiło odpowiednio z ok. 3:1 nawet do ponad 20:1. Innym opisywanym w piśmiennictwie problemem jest niedostateczna konwersję kwasu ALA do EPA i DHA, zależna w przypadku poszczególnych osób od czynników genetycznych i środowiskowych (w tym dietetycznych). Obecnie uważa się, że niewłaściwa proporcja kwasów omega-6/omega-3, a także niedobór kwasów omega 3 przyczynia się do występowania szerokiego spektrum zaburzeń zdrowia fizycznego i psychicznego. W pracy przedstawiono wyniki badań oceniające wpływ suplementacji kwasów serii omega-3 na rozwój psychofizyczny dziecka a także związek niedoboru tych kwasów z takimi chorobami psychicznymi, w których wykazano peroksydację lipidów i zaburzenia homeostazy redoks, jak: schizofrenia, zaburzenia afektywne czy autystyczne. Wobec kontrowersji dotyczącej suplementowania kwasów omega-3 u ludzi w kontekście niektórych opublikowanych prac, zwłaszcza w ostatnim czasie, wskazujących na szkodliwe efekty ich stosowania (w niektórych przypadkach), w podsumowaniu pracy przedstawiono rekomendacje dotyczące zastosowania kwasów omega – 3 u dzieci i młodzieży.

Zaburzenia rytmów okołodobowych z uwzględnieniem zaburzeń afektywnych – badania genów CLOCK

Monika Dmitrzak-Węglarz[1], Joanna Pawlak[1], Monika Wiłkość[2]
[1]Zakład Genetyki w Psychiatrii, Centrum Biologii Medycznej, Poznań
[2]Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Instytut Psychologii, Pracownia Neuropsychologii, Bydgoszcz

Wstęp: W piśmiennictwie wielu badaczy wskazuje na dysfunkcję rytmów okołodobowych w psychopatologii chorób afektywnych na wielu płaszczyznach związanych np. wahaniami nastroju w ciągu dnia czy okresowymi stanami nasilenia lub remisji objawów choroby zgodne z porami roku. Ponad to obserwuje się zaburzenia cyklu snu i czuwania, a także wskazuje się na wpływ soli litu jako stabilizatora nastroju na działanie licznych białek rytmu okołodobowego.

Cel: Celem pracy była analiza asocjacji chronotypu (CH) (preferencji aktywności porannej lub wieczornej) oraz jakości snu z polimorfizmami kluczowych genów zegarowych u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi jedno i dwubiegunowymi.

Metody: W badaniach wzięło udział łącznie 744 niespokrewnionych pacjentów oraz 634 osoby zdrowe. Do oceny CH, została wykorzystana polska wersja Kwestionariusza rytmów aktywności dobowej a do oceny jakości snu - Kwestionariusz jakości snu Pittsburgh. Wybraliśmy 42 polimorfizmy 4 genów: CLOCK, ARNTL, PER3 i TIM.

Wyniki: Stwierdzono istotne zależności pomiędzy: chronotypem a polimorfizmami genów ARNTL (rs11824092 i rs1481892) i CLOCK (rs1268271); Czasem trwania snu polimorfizmami genów CLOCK (rs3805148) i TIM (rs2291739); Zaburzenia funkcjonowania w ciągu dnia polimorfizmami genu PER3 (rs228727, rs228642, rs10864315); Subiektywną jakością snu polimorfizmami genu ARNTL (rs11824092, rs1982350); Zaburzeniami snu polimorfizmem genu ARNTL (rs11600996); zaobserwowano również istotny związek epistatyczny między polimorfizmem genu PER3 (rs2640909) i genu CLOCK (rs11932595) a zmiennymi jakości snu.

Wnioski: Niniejsze badanie potwierdza częściowo wspólne genetyczne podłoże zaburzonych rytmów okołodobowych i zaburzeń afektywnych. Ponadto wyniki wskazują, że zmienne jakości snu mogą być pomocne w zawężeniu fenotypu w badaniach asocjacyjnych genów zegarowych w zaburzeniach nastroju.

Grupy wsparcia dla osób transpłciowych – rola, potrzeby, funkcjonowanie – omówienie w oparciu o doświadczenia własne

Marta Dora[1], Magdalena Mijas[2]
[1]Instytut Psychologii UJ, Kraków
[2]Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu CM UJ, Kraków

Osoby, których tożsamość płciowa nie odpowiada płci przypisanej przy urodzeniu, ujawniają się w systemie opieki zdrowotnej głównie w kontekście leczenia hormonalnego i/lub kompletowania opinii specjalistycznych i badań diagnostycznych na potrzeby sądowej korekty metrykalnej. Kompletna ewaluacja umożliwiająca otrzymanie pozytywnego wyroku i wystąpienie o nowy, zgodny z tożsamością numer PESEL, wymaga w świetle obecnej praktyki prawa, diagnozy zarówno psychiatrycznej jak i psychologicznej. Może to skutkować (i jak pokazuje praktyka - skutkuje) niebezpieczeństwem ukrywania trudności z obszaru zdrowia psychicznego w obawie przed otrzymaniem negatywnej ewaluacji. W efekcie, osoby transseksualne zmagając się z czasowym bądź trwałym pogorszeniem funkcjonowania, poszukują pomocy w strukturach pozamedycznych.

Opierając się o wieloletnie doświadczenie prowadzenia grup wsparcia dla osób transpłciowych, funkcjonujących pod egidą Fundacji Trans-fuzja, autorki przybliżą strukturę i zasady funkcjonowania tych form pomocy, koncentrując się na modelu pracy oraz specyfice sięgających po nie osób. W ramach podsumowania omówione zostaną zarówno wymierne korzyści, jak i ograniczenia wiążące się takim modelem wsparcia wzbogacone o proponowane rozwiązania systemowe, zgodne z międzynarodowymi standardami pracy z osobami transpłciowymi.

Na styku psychiatrii i seksuologii – nowe wyzwania w pracy terapeuty środowiskowego

Stanisław Dorosz[1], Dorota Kalka[2], Izabela Ciuńczyk[3]
[1]NZOZ Medison, Koszalin
[2]Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Sopot
[3]Środkowopomorskie Centrum Zdrowia Psychicznego, Koszalin

Wystąpienie porusza istotne zagadnienia związane z nowymi zadaniami stojącymi przez terapeutami środowiskowymi – w dwóch obszarach działalności. Pierwszym z nich jest problematyka pracy z osobami chorymi psychicznie i upośledzonymi umysłowo w zakresie realizacji ich potrzeb seksualnych. W obrazie klinicznym wielu chorób psychicznych występują dysfunkcje seksualne związane ze zmienionym torem rozwojowym, zmienioną ekspresją potrzeb seksualnych czy reaktywnością seksualną, co niewątpliwie przyczynia się do pogorszenie relacji z partnerem lub rozpadu związku a w konsekwencji alienacji osoby chorej. Dodatkowo często obserwuje się polekowe zaburzenia seksualne. Osoby należące do drugiej grupy są społecznie stereotypowo uznawane za osoby pozbawione potrzeb seksualnych. Przyczyny tego niewątpliwie są związane z tym, że u osób niepełnosprawnych intelektualnie opóźniony jest proces identyfikacji własnej seksualności, izolacja społeczna implikuje upośledzone wzorce relacji międzyludzkich, ubogie doświadczenia wpływają na niski poziom mentalizacji potrzeb w tej sferze oraz ich konkretyzacji. Opiekunowie osób niepełnosprawnych często dążą do wygaszenia pojawiającej się w okresie dojrzewania potrzeby seksualnej co negatywnie wpływa na całościowy rozwój. Na świecie znane są przykłady pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie i chorymi psychicznie oraz ich opiekunami nakierowane na stworzenie zasobów pozwalających na poradzenie sobie z pojawiającymi się potrzebami seksualnymi w sposób akceptowany społecznie bez konieczności ich wytłumiania. Te dobre praktyki zostaną przedstawione jako nowy obszar potencjalnej pracy terapeutów środowiskowych. Uczenie radzenia sobie z potrzebami seksualnymi zamiast ich tłumienia poprzez edukacja zarówno pacjentów, jak i rodzin czy personelu medycznego niewątpliwie przyczyni się do zmniejszania przesądów i przekonań stygmatyzujących osoby niepełnosprawne intelektualnie oraz chore psychicznych, a także zdecydowanie poprawi ich jakość życia. Drugim natomiast - styk psychiatrii sądowej i seksuologii sądowej. W tym obszarze obserwuje się dobre przykłady działań na świecie w zakresie pracy ze sprawcami czynów pedofilnych czy osobami uzależnionymi od seksu. Działania te nakierowane są na wzmocnienie i poszerzenie systemu wsparcia zarówno dla pacjenta, jaki i jego rodziny i najbliższego środowiska. Działania te stanowią doskonałe przedłużenie i uzupełnienie działań podejmowanych w Polsce.

Zmienność w genie ADCYAP1R1, temperament a aktywność neuronalna w sytuacji stresu społecznego

Wojciech Dragan
Uniwersytet Warszawski Wydział Psychologii, Warszawa

Polipeptyd aktywujący przysadkową cyklazę adenylową (PACAP) oraz jego receptor (PAC1) są białkami zaangażowanymi w zarządzanie behawioralną odpowiedzią organizmu na sytuację stresu. Niedawno stwierdzono istnienie specyficznej dla płci relacji pomiędzy zmiennością w genie ADCYAP1R1 (kodującym PAC1) oraz zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD). W trakcie swojego wystąpienia przedstawię dane dotyczące relacji pomiędzy zmiennością we wspomnianym genie oraz temperamentem w rozumieniu Graya a także aktywnością mózgu w trakcie sytuacji stresu społecznego. W badaniu uczestniczyło 412 osób obydwu płci. W całości grupy analizowano relację pomiędzy szeregiem polimorfizmów a cechami temperament mierzonymi kwestionariuszem BIS-BAS. Aktywność mózgu analizowano zaś na grupie 48 osób (25 mężczyzn i 23 kobiety) wyselekcjonowanych pod kątem występowania różnych wariantów polimorfizmu rs2267732 umiejscowionego w genie ADCYAP1R1. Sytuacja stresu społecznego wywoływana była przy zastosowaniu procedury MIST (Montreal Imaging Stress Task). W badaniu wykazano specyficzną dla płci relację pomiędzy zmiennością w genie ADCYAP1R1 a cechą BAS. Ponadto wykazano specyficzną dla płci relację między polimorfizmem rs2267732 a aktywnością mózgu podczas stosowania procedury MIST.

Sen u kobiet po porodzie

Ewa Drozdowicz-Jastrzębska[1], Michał Skalski[2]
[1]SWZPZPOZ, Warszawa
[2]Poradnia Leczenia Zaburzeń Snu przy Katedrze i Klinice Psychiatrycznej WUM, Warszawa

Niedobory snu w okresie poporodowym są zjawiskiem powszechnym i najczęściej wynikają z konieczności dostosowania się matki do nieregularnego i nieprzewidywalnego wzorca snu noworodka. Takie zaburzenia snu po porodzie mogą w konsekwencji prowadzić do rozwoju bezsenności. Gorsza jakość snu po porodzie zwiększa także ryzyko pogorszenia stanu psychicznego i negatywnie wpływa na tworzenie się więzi między matką a dzieckiem. Z dotychczas przeprowadzonych badań wynika, że niezależnie od innych czynników, gorsza jakość snu po porodzie jest związana ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia depresji poporodowej, oraz zwiększa ryzyko nawrotu depresji u kobiet z depresją w wywiadzie. Z drugiej strony lepsza jakość

snu pozytywnie koreluje ze stopniem satysfakcji odczuwanym w związku z macierzyństwem i opieką nad dzieckiem. Dotychczasowe wyniki badań wskazują, że ocena jakości snu po porodzie ma duże znaczenie i przynosi dużo korzyści pacjentkom w ramach opieki okołoporodowej. Prowadzone są również badania nad skutecznością niefarmakologicznych metod wspomagających jakość snu po porodzie.

Depresja lekooporna czy stan mieszany – opis serii przypadków

Wiktor Dróżdż
II Klinika Psychiatrii, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK, Toruń

Stany mieszane depresyjne w przebiegu zaburzeń nastroju stanowią poważne wyzwanie dla klinicystów zajmujących się pacjentami, ale również wiążą się ze znacznie podwyższonym ryzykiem samobójstwa chorych. Celem pracy jest przedstawienie trudności diagnostycznych i terapeutycznych, często towarzyszących prowadzeniu pacjentów ze stanami mieszanymi depresyjnymi. Metoda: opis serii przypadków. Wyniki. U wszystkich uwzględnionych osób pierwotnie rozpoznawano zaburzenia depresyjne oporne na leczenie. U większości dochodziło do narastania objawów depresji z agitacją i niezdolnością do funkcjonowania w trakcie terapii lekami przeciwdepresyjnymi. Z reguły wdrożenie leczenia normotymicznego, po weryfikacji rozpoznania, przynosiło powolną poprawę i remisję objawów stanu mieszanego depresyjnego. Natomiast najbardziej spektakularnym następstwem wycofania leczenia normotymicznego i wprowadzenia leku przeciwdepresyjnego (po zmianie lekarza prowadzącego) była śmierć samobójcza mężczyzny w średnim wieku, leczonego wcześniej przez kilka lat atypowymi neuroleptykami z powodu uporczywego stanu mieszanego depresyjnego. Wnioski. Pogorszenie stanu psychicznego z pogłębieniem depresji i narastaniem agitacji psychicznej (nierzadko z tendencjami samobójczymi) pod wpływem leczenia przeciwdepresyjnego może wskazywać na konieczność weryfikacji rozpoznania i ustalenia diagnozy stanu mieszanego depresyjnego oraz wprowadzenia w związku z tym skutecznego leczenia normotymicznego.

Przegląd badań klinicznych nad skutecznością Dialogu Motywującego w medycynie

Wiktor Dróżdż
II Klinika Psychiatrii, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK, Toruń

Dialog Motywujący (DM) stanowi ustrukturalizowany sposób prowadzenia rozmowy z pacjentem, który poprzez zadawanie sokratejskich pytań stymuluje do formułowania korzystnych dla zdrowia decyzji i wprowadzania ich w życie. Pierwotnie był stosowany u pacjentów z uzależnieniem od alkoholu, ale okazało się, że jest interwencją istotnie bardziej efektywną niż brak interwencji i co najmniej równie skuteczną interwencją jak inne uznane metody psychoterapeutyczne w odniesieniu do szerokiego spektrum problemów medycznych, w tym chorób somatycznych (np. cukrzycy, otyłości czy u chorych po udarze mózgu), a także w odniesieniu do zwiększania poziomu zaangażowania pacjentów w proces leczenia. Większość zmiennych związanych z pacjentami (wiek, płeć, nasilenie problemu) nie ma wpływu na efektywność DM, a efekty są stosunkowo trwałe, utrzymują nawet dłużej niż 1 rok po interwencji. Celem pracy jest analiza skuteczności DM w psychiatrii. Metoda: przegląd badań klinicznych, w których wykorzystano metodę DM u osób z zaburzeniami psychicznymi. Wyniki. W okresie 6 miesięcy obserwacji chorych na schizofrenię stwierdzono istotnie niższe nasilenie objawów chorobowych, niższy wskaźnik rehospitalizacji, wyższy poziom przestrzegania zaleceń i wyższy poziom funkcjonowania w grupie pacjentów, u których prowadzono DM, w porównaniu z pacjentami leczonymi tradycyjnie. Wykazano skuteczność DM u pacjentów z podwójną diagnozą w okresie dwóch lat obserwacji po interwencji. Wniosek: DM jest interesującą, metodą terapii i psychoedukacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, dzięki której wzrasta poziom przestrzegania zaleceń, co przekłada się na poprawę stanu zdrowia i funkcjonowania chorych.

Kliniczne problemy w terapii elektrowstrząsowej i propozycje ich rozwiązania

Karolina Drzyzga, Wojciech Merk, Tomasz Mędrala, Agnieszka Bratek, Askaniusz Jachimowski, Krzysztof Kucia
Oddział Psychiatrii i Psychoterapii, Katowice

Terapia elektrowstrząsowa jest metodą leczenia biologicznego o udowodnionej wysokiej skuteczności. Stosowana jest przede wszystkim w terapii ciężkich, lekoopornych zaburzeń depresyjnych, a także schizofrenii, ostrej katatonii, ostrej manii oraz złośliwego zespołu poneuroleptycznego. Terapia elektrowstrząsowa, wykonywana w warunkach znieczulenia ogólnego, jest uważana za bezpieczną procedurę medyczną. Jednak, tak jak każda inna terapia, elektrowstrząsy mogą być potencjalnym źródłem objawów niepożądanych i powikłań. Zespół leczący napotyka w swojej praktyce na różnorodne wyzwania, związane z indywidualnym stanem klinicznym każdego chorego. W trakcie wystąpienia zostaną poruszone problemy kliniczne wykonywania zabiegów elektrowstrząsowych u chorych obciążonych somatycznie: miastenią, wodogłowiem normotensyjnym wraz ze wszczepioną zastawką dootrzewnową Pudenza oraz objawową dysfunkcją węzła zatokowego po implantacji kardiostymulatora. Dodatkowo poruszony zostanie temat stosowania terapii elektrowstrząsowej u pacjentek w ciąży oraz łączenia zabiegów z psychofarmakoterapią.

Sport – alternatywa dla leku

Daniel Dudek
Centrum Terapii "Dialog" w Warszawie, Warszawa

Opis przypadku pacjenta z rozpoznaniem agorafobii i lęku napadowego, z próbami leczenia lekami z grupy SSRI i SNRI. Nie udało się uzyskać efektu terapeutycznego z uwagi na nieskuteczność leku bądź konieczność przerwania terapii w związku z pojawieniem się uporczywych objawów niepożądanych. W trakcie leczenia pacjent rozpoczął intensywny trening fizyczny, który pomógł zredukować objawy. Wyrównany stan psychiczny pacjenta utrzymuje się przez 5 lat od rozpoczęcia treningu pomimo braku terapii farmakologicznej oraz psychoterapii.

Wokół góry Tajget - debata o zagładzie chorych

Anna Dziewit-Meller[1], Tadeusz Nasierowski[2], Grażyna Herczyńska[3], Tomasz Szafrański[4]
[1]*Pisarka, dziennikarka, autorka "Góry Tajget", Warszawa*
[2]*Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM, Warszawa*
[3]*Sekcja Historii Psychiatrii Polskiej, Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa*
[4]*Kwartalnik Psychiatra, Warszawa*

Zagłada osób chorych psychicznie w czasie II wojny światowej jest nadal nieobecna w świadomości publicznej. Debata „Wokół Góry Tajget" została zorganizowana przez społeczny komitet budowy pomnika upamiętniającego zagładę chorych. Do udziału zaproszono między innymi Annę Dziewit-Meller - autorkę wydanej niedawno wstrząsającej powieści opowiadającej o zabijaniu dzieci w szpitalu psychiatrycznym w Lublińcu w ramach akcji T4 i Tadeusza Nasierowskiego - autora wielu opracowań na temat eksterminacji osób z zaburzeniami psychicznymi i inicjatora budowy pomnika.

Należy pamiętać, że zagłada osób chorych psychicznie w okupowanej Polsce miała własną specyfikę i w większości przypadków nie pokrywała się ze schematem działania przyjętym w akcji T4. Zagłada psychicznie chorych była dla nazistów rodzajem zbrodniczego laboratorium, i zapoczątkowała przerażające pasmo zbrodni.

Chcemy zwrócić uwagę, że pamięć o tych wydarzeniach dzisiaj dla psychiatrów i dla całego społeczeństwa ma nie tylko znaczenie historyczne. Zapomnienie, lekceważenie, uprzedmiotowienie, poniżenie to kolejne szczeble przerażającej drabiny na której szczycie lokuje się unicestwienie. Jego ofiarą mogą być "zbyt chorzy", "zbyt starzy", czy "zbyt inni" kulturowo, obyczajowo lub narodowościowo. Rozmowa na temat tego co wydarzyło się w czasie II wojny światowej dotyka bardzo mocno naszego tu i teraz. Ma znaczenie dla budowania etosu psychiatrii. Ma znaczenie dla budowania społeczeństwa opartego na poszanowaniu wobec osób starszych, wobec dzieci, wreszcie wobec ludzi chorych psychicznie. Wobec ludzi innych niż my.

Czy schizofrenia zaczyna się w jelicie? Znaczenie nadwrażliwości na gluten

Michał Dzikowski[1], Marta Flis[1], Justyna Morylowska-Topolska[2], Małgorzata Kozioł[3], Paweł Krukow[2], Jacek Gajewski[1], Dariusz Juchnowicz[4], Piotr Frończuk[5], Izabela Dzikowska[6], Hanna Karakuła-Juchnowicz[7]
[1]*I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji UM, Lublin*
[2]*Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej UM, Lublin*
[3]*Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej UM, Lublin*
[4]*Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego UM, Lublin*
[5]*NZOZ Biała Podlaska, Biała-Podlaska*
[6]*Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej UM, Lublin*
[7]*I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji UM, Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej UM, Lublin*

Wstęp: Schizofrenia jest heterogennym zaburzeniem psychicznym, którego etiologia i mechanizmy rozwoju, pomimo wieloletnich badań, nie zostały dotychczas w pełni poznane. Jedną z bardzo obiecujących teorii patogenetycznych schizofrenii pozostaje teoria zapalna, z wieloma czynnikami mogącymi zainicjować obserwowaną w schizofrenii kaskadę procesów zapalno-immunologicznych. Wiązane z nią jest zjawisko przesiąkliwego jelita oraz zaburzenia osi jelito-mózgowej, którym towarzyszy rozwój nadwrażliwości pokarmowej IgA i IgG zależnej.

Cel badania: Celem badania było porównanie poziomu markerów: przepuszczalności jelita, stanu zapalnego oraz nadwrażliwości pokarmowej na gluten pomiędzy grupą pacjentów chorujących na schizofrenię a dobraną pod kątem wieku i płci grupą kontrolną.

Grupa badana: Badania objęły grupę 97 osób: 38 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii wg ICD-10- I epizod w fazie aktywnej (S), 29 pacjentów z wieloletnim przebiegiem schizofrenii (czas trwania >10 lat) w fazie remisji (P) oraz 30 zdrowych psychicznie i fizycznie osób tworzących grupę kontrolną (K).

Metoda: Badania przeprowadzono przy użyciu: kwestionariusza scocjodemograficznego, kwestionariusza żywieniowego, PANSS, zestawu badań laboratoryjnych, w skład którego weszły: markery stanu zapalnego (hsCRP, interleukina 6), markery przesiąkliwości jelita (sCD14, ASCA), markery nadwrażliwości na gluten (przeciwciała p/ko gliadynie IgA i IgG), markery celiakii (p/ciała p/ko transglutaminazie tkankowej IgA oraz deaminowanej gliadynie IgG).

Wyniki: Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono występowanie 4 przypadków podejrzenia celiakii: 2 w grupie S i 2 w grupie P. W grupie pacjentów (P+S) poziomy markerów przesiąkliwości jelita (sCD14, ASCA) pozytywnie korelowały z poziomem przeciwciał p/ko gliadynie w klasie IgG związanej z nadwrażliwością na gluten oraz markerami stanu zapalnego HsCRP. Odnotowano również, że poziom przeciwciał przeciwko glutenowi w klasie IgG w grupie z I epizodem choroby oraz w klasie IgA w grupie przewlekłej różnił się istotnie statystycznie w porównaniu z grupą kontrolną.

Wnioski: 1. W badanej grupie pacjentów stwierdzono występowanie: a. czterech przypadków podejrzenia celiakii, wymagających potwierdzenia badaniem hist-pat. wycinka dwunastnicy; b. 22.4% nadwrażliwości na gluten - w zakresie IgG, 13.4%- w zakresie IgA; c. związków pomiędzy przepuszczalnością jelita, nadwrażliwością pokarmową na gluten a nasileniem stanu zapalnego; 2. Różnice istotne statystycznie pomiędzy grupą pacjentów i grupą kontrolną odnotowano w zakresie markerów przesiąkliwości jelita, nadwrażliwości pokarmowej w zakresie IgA, oraz markerów zapalnych; 3. Uwzględnienie zaleceń dietetycznych biorących pod uwagę zwiększoną przepuszczalność jelita połączoną z nadwrażliwością pokarmową na gluten mogłoby stanowić cenne uzupełnienie terapii skierowanej na zmniejszenie stanu zapalnego typu low grade w schizofrenii.

Dysmorfofobia - 5 faktów, które powinien znać każdy psychiatra

Michał Feldman
NZOZ Centrum Terapii DIALOG, Warszawa

Dysmorfofobia (Body Dysmorphic Disorder, BDD) według kryteriów DSM-5 to nadmierne zaabsorbowanie jednym lub więcej defektem własnego wyglądu, który istnieje nieznacznie lub w ogóle nie istnieje.

Zaburzenie to powoduje poważne problemy w funkcjonowaniu zawodowym i społecznym. Wg wyników wielu badań psychiatrzy nie potrafią prawidłowo rozpoznawać i leczyć dysmorfofobii. Z tego powodu ważne jest, aby znać 5 podstawowych faktów, które wydają się być kluczowe w prawidłowym postępowaniu u pacjentów z tą chorobą.

Markery etapów przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej

Ewa Ferensztajn-Rochowiak, Agnieszka Remlinger-Molenda, Janusz Rybakowski
Klinika Psychiatrii Dorosłych UMP, Poznań

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) może być rozpatrywana w kontekście etapów jej przebiegu (stagingu). Model stagingu opisuje zaburzenie w oparciu o długoterminowy przebieg choroby, od stadiów początkowych, łagodniejszych do cięższych i trudniejszych do leczenia. Koncepcja przebiegu ChAD przedstawiona przez Roberta Posta w 1992 jest oparta na zjawisku „kindlingu" i zakłada udział czynników stresowych w początkowych epizodach choroby z późniejszą narastającą sensytyzacją układu nerwowego, większą podatnością na nawroty i gorszą reakcją na leczenie. Model przedstawiony przez Berka i McGorry'ego w 2007 roku opisywał pięć stadiów choroby, odmiennych pod względem obrazu klinicznego, rokowania i reakcji na leczenie, w oparciu o koncepcję neuroprogresji choroby. Najnowszy 5-stopniowy model z 2009 roku opracowany przez grupę badawczą Kapczinskiego opiera się na koncepcji allostazy i obciążenia allostatycznego, wyjaśniając neurobiologię ChAD w oparciu o zmiany obwodowych stężeń biomakerów i ocenę funkcji poznawczych, odmiennych we wczesnych i późnych stadiach choroby. W przebiegu ChAD można wyróżnić markery kliniczne oraz markery laboratoryjne. Do markerów klinicznych, oprócz obrazu choroby, funkcjonowania społecznego i odpowiedzi na leczenie, należą zaburzenia funkcji poznawczych, utrwalone w późnych epizodach choroby oraz zmiany strukturalne OUN, wykazywane w badaniach neuroobrazowych w późnych stadiach choroby, m.in. poszerzenie komór bocznych, spadek objętości istoty szarej, ogniska hiperintensywności istoty białej.

Markery laboratoryjne tzw. markery allostazy, obejmują czynniki neurotrofowe, aktywność osi podwzgórze-przysadka-nadnercze, układu odpornościowego oraz stresu oksydacyjnego. Zalicza się tu czynnik neurotropowy pochodzenia mózgowego (BDNF), którego stężenia są przejściowo obniżone podczas epizodów choroby na wczesnych jej etapach, normalizują się w okresach eutymii oraz przewlekle obniżają w etapach późniejszych. We wczesnych etapach ChAD, podczas epizodów choroby, rośnie stężenie interleukiny (IL)-6, IL-10 i TNF-α, a także 3-nitrotyrozyny (3-NT), w późniejszych utrzymują się przewlekle podwyższone stężenia IL-6 i TNF-α oraz wyższe stężenia 3-NT. W późnych etapach dochodzi do zwiększenia aktywności reduktazy glutationowej i S-transferazy glutationowej, a w zakresie markerów stresu oksydacyjnego opisano zwiększoną aktywność dysmutazy ponadtlenkowej w epizodach choroby, zmiany aktywności katalazy, zwiększoną peroksydację lipidów (TBARS-thiobarbituric acid reactive substances) we wszystkich okresach choroby oraz zwiększone uszkodzenie białek (PCC-protein carbonyl content) we wczesnych etapach ChAD. Ponadto metaloproteinaza macierzy zewnątrzkomórkowej-9 (MMP-9) opisywana jest jako marker depresji wczesnych etapów ChAD, gdyż występuje w wyższych stężeniach u osób młodych (<45 r.ż.). Ostatnio wykazaliśmy, że potencjalnym nowym biomarkerem ChAD może być zwiększona liczba bardzo małych embrionalno-podobnych komórek macierzystych (VSELs).

Specyfika kontaktu psychotraumatologa z cywilnymi pacjentami po urazach wielonarządowych oraz ich rodzinami

Monika Filarowska, Ewa Młożniak, Radosław Tworus
Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

1. Wprowadzenie: Wojskowy Instytut Medyczny od 1 kwietnia 2011r. funkcjonuje jako Centrum Urazowe dla województwa mazowieckiego. Jego głównym celem jest obniżenie poziomu śmiertelności i niepełnosprawności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Uwzględniając doniesienia z licznych badań, że opieka psychologiczna jest jednym z decydujących środków pozwalających na zmniejszenie kosztów leczenia i hospitalizacji pacjentów zdecydowano, że Centrum Urazowe Wojskowego Instytutu Medycznego zabezpieczy nie tylko stan somatyczny pacjenta po urazie, ale zaproponuje również wyspecjalizowaną pomoc psychologiczną. Opierając się na wieloletnim doświadczeniu pracowników Kliniki Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii WIM w pomocy weteranom, którzy cierpieli ze względu na następstwa stresu traumatycznego, opracowano system opieki psychologicznej i monitorowania stanu psychicznego pacjentów, którzy trafiali do szpitala z powodu ciężkich urazów. Pacjenci z tej grupy niejednokrotnie cierpieli z powodu trudności psychicznych, będących następstwem dramatycznych zdarzeń (wypadki, pożary, napady, zamachy terrorystyczne), w których brali udział. Doświadczenia z pracy z weteranami pozwoliły na zgromadzenie unikalnej wiedzy i skutecznych metod leczenia zburzeń psychicznych, wywołanych ekspozycją na stres, przewyższający zdolności adaptacyjne osoby. Wiedza zdobyta dzięki pracy z żołnierzami mogła więc zostać wykorzystana również w niesieniu pomocy pacjentom cywilnym. W tym celu 1 stycznia 2012 r. utworzono Zespół Psychotraumatologiczny, w którego skład weszły osoby z wykształceniem psychologicznym i doświadczeniem w pracy z weteranami hospitalizowanymi w WIM. Zespół istnieje przy Klinice Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii, a swoją działalnością obejmuje wszystkie oddziały pourazowe WIM. Jest to pierwsza tego typu jednostka działająca w Polsce, ma więc charakter pionierski i kształtuje nowe standardy w opiece nad pacjentami cywilnymi.

2. Cel prezentacji: Niniejsza prezentacja ma na celu przedstawienie czteroletniej działalności Zespołu Psychotraumatologicznego współpracującego z Centrum Urazowym dla województwa mazowieckiego w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie. W oparciu o doświadczenia kliniczne zostaną omówione problemy i potrzeby pacjentów po urazach i ich rodzin oraz metody interwencji psychologicznych stosowane w pracy z nimi. W prezentacji przedstawione zostaną również wyzwania związane zarówno z przeprowadzaniem wczesnych interwencji psychologicznych, jak i sprawowaniem długoterminowej psychologicznej opieki na oddziałach wieloprofilowej placówki medycznej.

3. Specyfika pracy psychologicznej z pacjentem po urazie wielonarządowym. Głównym zadaniem Zespołu Psychotraumatologów jest ocena stan psychologicznego pacjenta, udzielenie wsparcia i przeprowadzanie psychoedukacji na temat możliwych skutków psychologicznych odniesionego urazu, a także monitorowanie stanu psychicznego pacjenta podczas hospitalizacji. W oparciu o ponad czteroletnie doświadczenie we wczesnej opiece psychologicznej nad pacjentami po urazach wielonarządowych zauważono, że brak informacji na temat stanu somatycznego, obawy związane ze zdrowiem oraz trudności ze zrozumieniem swojego stanu psychicznego po wypadku, to najczęstsze trudności, z którymi zmagają się osoby poszkodowane. Kumulacja stresu i niepewności związana z wypadkiem i urazem niejednokrotnie skutkuje zwiększeniem napięcia pacjenta, które może powodować utrudnienie komunikacji z personelem, brak współpracy, dezorganizację zachowania, a także objawy zaburzeń

psychicznych. Rolą psychologa we wczesnej interwencji psychologicznej jest dostosowanie rodzaju pracy do aktualnych potrzeb pacjenta i w razie potrzeby zgłaszanie konieczności wdrożenia opieki psychiatrycznej. Podstawową trudnością, która pojawia się w pracy Zespołu Psychotraumatologicznego jest uzależnienie okresu pracy z pacjentem od długości jego pobytu w placówce medycznej, a także ograniczenia wynikające ze stanu somatycznego pacjentów ciężko poszkodowanych.

4. Specyfika pracy z rodzinami pacjentów po urazach wielonarządowych. Ogromny wpływ na funkcjonowanie pacjenta po urazie ma wsparcie osób z rodziny, którym jednak w wielu przypadkach trudno odnaleźć się w nowej, trudnej dla nich sytuacji. Nie potrafią oni udzielić wsparcia poszkodowanej osobie, gdyż sami go wymagają. Objęcie opieką rodzin osób po urazach przez Zespół Psychotraumatologicznzy pozwala zredukować odczuwany przez nie niepokój i bezradność, co często prowadzi do wzmocnienia ich poczucia dobrostanu. W efekcie silniejsza psychicznie rodzina potrafi w procesie zdrowienia okazać więcej wsparcia osobie poszkodowanej. W wystąpieniu scharakteryzowane zostaną sytuacje, w których rodzina szuka kontaktu z psychotraumatologiem oraz najczęstsze sposoby podejmowanych interwencji psychologicznych.

5. Wnioski: Działalność Zespołu Psychotraumatologicznego stanowi formę długoterminowego monitoringu zmian w stanie psychicznym pacjentów po urazach i wydaje się być adekwatną odpowiedzią na ich potrzeby zgłaszane w trakcie trwania hospitalizacji. Dodatkowo czteroletni okres funkcjonowania Zespołu pozwala zobrazować ogrom wyzwań, którym trzeba sprostać, aby móc udzielać pomocy psychologicznej na oddziałach wieloprofilowej placówki medycznej. W wystąpieniu omówione będą najważniejsze efekty pracy Zespołu Psychotraumatologicznego, dotyczące stanu pacjenta i jego rodziny, współpracy pacjenta z personelem medycznym, a także rozwiązania systemowo-administracyjne, które umożliwiają sprawne docieranie psychotraumatologów do pacjentów potrzebujących pomocy.

Lekarz jako pacjent w gabinecie psychiatry – wyzwania i doświadczenia

Magdalena Flaga-Łuczkiewicz
NZOZ Centrum Terapii DIALOG, Warszawa

Według przeprowadzonego w 2012 w Polsce badania EZOP w populacji osób w wieku 18-64 lat aż u 23,4 % w ciągu życia można rozpoznać jedno z zaburzeń psychicznych (zaburzeń nastroju, lękowych, zaburzeń kontroli impulsów, zachowań autodestrukcyjnych, uzależnień). Dodatkowo u ok. 40% stwierdzano objawy wyraźnie obniżające jakość życia, choć nie spełniające kryteriów diagnostycznych. Nie ma powodów, by uznawać lekarzy za populację pod tym względem uprzywilejowaną, wobec tego należy przyjąć, że zaburzenia psychiczne dotykają prawie ¼ z nas. Biorąc pod uwagę obciążenie psychiczne związane z zawodem, można przypuszczać, że zaburzeń zdrowia psychicznego jest wśród lekarzy nawet więcej. Niestety nie dysponujemy żadnymi polskimi badaniami na ten temat.

Lekarzom z wielu powodów trudno jest zwracać się po pomoc. Zwykle próbują leczyć się na własną rękę, a do specjalisty zgłaszają się wtedy, gdy samoleczenie zawodzi. Sytuacja, gdy lekarz pojawia się w gabinecie psychiatry jako pacjent, stawia wiele wyzwań i jest trudna dla obu stron. W oparciu o własne doświadczenia i literaturę światową przedstawię podstawowe problemy związane z leczeniem psychiatrycznym pacjentów-lekarzy, szczególnie istotne aspekty relacji terapeutycznej i dylematy, które mogą się pojawić w tej szczególnej sytuacji.

Stosunek lekarzy różnych specjalizacji do korzystania z pomocy psychiatrycznej, nastawienie do psychoterapii jako metody leczenia

Magdalena Flaga-Łuczkiewicz
NZOZ Centrum Terapii DIALOG, Warszawa

Psychiatria bywa postrzegana jako „niepoważna" i nienaukowa dziedzina medycyny. Według przeprowadzonego w 2013 roku badania lekarze różnych specjalności często uważają psychiatrów za bardziej neurotycznych od innych lekarzy (31,9 % respondentów), mniej stabilnych emocjonalnie (22,8 %) czy „mniej poważnych" (17,5 %), a prawie 10 % uważa, że leczenie psychiatryczne jest mało skuteczne. Wyniki te zaciekawiły nas na tyle, że postanowiliśmy zbadać bliżej przekonana lekarzy niepsychiatrów dotyczące leczenia psychiatrycznego i psychoterapii jako metody leczenia oraz własnej gotowości do skorzystania z pomocy psychoterapeuty i psychiatry.

Schizofrenia jako wynik procesu zapalnego wywołanego przepuszczalnością jelita- znaczenie KYNA

Marta Flis[1], Hanna Karakuła-Juchnowicz[1], Grzegorz Buszewicz[2], Małgorzata Kozioł[3], Justyna Morylowska-Topolska[4], Hanna Pankowicz[1], Michał Dzikowski[1], Paweł Krukow[4]
[1]I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji UM , Lublin
[2]Pracownia Toksykologii Sądowej UM, Lublin
[3]Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej UM, Lublin
[4]Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej UM, Lublin

Schizofrenia uznawana jest za niejednorodne zarówno etiopatologicznie jak i klinicznie zaburzenie psychiczne. Wyniki licznych badań doświadczalnych i klinicznych przynoszą coraz więcej informacji wskazujących na istotną rolę w patogenezie schizofrenii zaburzeń w obrębie układu immunologicznego oraz neuroprzekaźników, wskazując m.in. na istotną rolę układu glutaminianergicznego.

Wyniki badań przeprowadzonych w ostatnim czasie wskazują na znaczenie białka C-reaktywnego (CRP) w schizofrenii jako markera reakcji immunologicznej ostrej fazy, aktywowanego przez cytokiny pro-zapalne i wydzielanego przez hepatocyty. Białko to uważa się także za biologiczny marker starzenia się i chorób przewlekłych, jak również potencjalny wskaźnik przewlekłych łagodnych stanów zapalnych. Wykazano, iż poziomy CRP były wyższe u osób ze schizofrenią niż w grupach porównawczych. Ponadto CRP korelowało z wyższym nasileniem objawów psychopatologicznych, szczególnie z objawami negatywnymi oraz funkcjonowaniem poznawczym. W licznych badaniach podkreśla się równocześnie znaczenie zmian poziomu cytokin u pacjentów w przebiegu schizofrenii. Choć wyniki badan dotyczących związku poszczególnych cytokin ze schizofrenią są często niejednoznaczne, wykazano istotny wzrost poziomu IL-1 RA, sIL-2R i IL-6 we krwi pacjentów ze schizofrenią. Sugeruje się również, że zmiany cytokin w schizofrenii mogą zmieniać się wraz ze stanem klinicznym. Do grupy tych cytokin zalicza się IL-1β, IL-6 i TGF-β, które jak wynika z obserwacji, wzrastają w czasie zaostrzenia psychotycznego i normalizują się po leczeniu. Co więcej, wykazano m.in. istotną pozytywną korelację między zmianami w poziomie IL-6 a zmianą nasilenia psychopatologii ogólnej. W przeciwieństwie do tego IL-12, IFN-γ, TNF-α i sIL-2R wydają się być markerami cechy, ponieważ ich poziomy były większe zarówno w czasie zaostrzenia, jak i po leczeniu antypsychotycznym. Wskazuje się także na wyższe poziomy sIL-2R jako marker oporności na leczenie przeciwpsychotyczne.

Oprócz teorii zapalnej, szerokie zainteresowanie budzi teoria kynureninowa schizofrenii. Liczne badania wykazały bowiem zaburzenia w poziomie poszczególnych metabolitów szlaku kynureninowego w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz krwi pacjentów chorujących na schizofrenię w porównaniu do grupy kontrolnej oraz ich normalizacje w wyniki zastosowanego leczenia przeciwpsychotycznego. Stwierdzono również zależność miedzy poziomem kwasu kynureniniwego (KYNA), 3-hydroksykynureniny(3-OH) oraz ich wzajemnego stosunku a nasileniem objawów psychopatologicznych, zwłaszcza w zakresie objawów pozytywnych.

KYNA jest również uważany za biologiczny marker zapalenia w obrębie układu nerwowego, co odpowiada koncepcji patogenezy schizofrenii, w której kluczową rolę odgrywają zarówno procesy immunologiczno-zapalne, jak i zaburzenia równowagi pomiędzy metabolitami szlaku kynureninowego, prowadzące w konsekwencji do zachwiania równowagi między zachodzącymi zmianami neuroprotekcyjnymi i neurotoksycznymi.

Natomiast elementem inicjującym procesy immunologiczne-zapalne istotne dla rozwoju schizofrenii wydaje się być dysregulacja osi jelitowo-mózgowej, którą stanowi siec autonomicznych neuronów łączących CUN z przewodem pokarmowym, wątrobą i trzustką. Istnieją różne formy komunikacji miedzy CUN i jelitami, m,in, endokrynna, metaboliczna, neuronalna i immunologiczna. Immunologiczną formę komunikacji stanowią cytokiny, które mogą wywoływać bezpośredni wpływ na CUN m.in. poprzez przenikanie przez przepuszczalne dla niektórych z nich rejony bariery krew mózg. Niektóre metabolity szlaku kynureninowgo np. kynurenina również mogą przenikać barierę krew-mózg. Ponadto sugeruje się, że zonulina-endogenna proteza związana z występowaniem zespołu przesiąkliwego jelita, może modulować przepuszczalność bariery krew mózg prowadząc do tworzenia drogi szerzenia się procesów zapalnych, autoimmunologicznych i nowotworowych w CUN.

Grupy terapeutyczne dla osób z bezsennością - doświadczenia własne

Małgorzata Fornal-Pawłowska[1], Michał Skalski[2], Tadeusz Piotrowski[2]
[1]Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej, Warszawa
[2]Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

W związku z ugruntowaną pozycją terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności przewlekłej (ang. cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I), istotnym zadaniem jest zwiększenie dostępności tej metody leczenia, dla wciąż rosnącego w populacji odsetka osób z takim zaburzeniem snu. Jednym ze sposobów realizacji powyższego zadania może być prowadzenie CBT-I w formie grup terapeutycznych. Podczas wystąpienia przedstawiony zostanie program poznawczo-behawioralnej grupowej terapii bezsenności stosowany w Poradni Leczenia Zaburzeń Snu przy Katedrze i Klinice Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Program obejmuje 6 cotygodniowych sesji, prowadzonych w grupie 8-12 pacjentów, przez psychiatrę i psychologa specjalizujących się w medycynie snu. Omówione zostaną aspekty formalne terapii, poszczególne techniki terapeutyczne, korzyści i trudności związane z takim leczeniem oraz wyniki badań własnych nad skutecznością programu. Z badań tych wynika, że udział w grupie CBT-I wiąże się z istotną klinicznie poprawą subiektywnie ocenianych parametrów snu oraz samopoczucia w ciągu dnia.

Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności

Małgorzata Fornal-Pawłowska
Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej, Warszawa

Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności (ang. cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I) jest zbiorem technik skoncentrowanych na wzmocnieniu fizjologicznych mechanizmów regulujących sen oraz redukcji nadmiernego wzbudzenia w porze snu. Ze względu na dobrze udokumentowaną skuteczność, coraz częściej jest wskazywana jako metoda z wyboru w przypadku bezsenności przewlekłej. Wynika to z założenia, że niezależnie od czynników, które zapoczątkowały problemy ze snem, leczenie bezsenności zawsze powinno obejmować opracowanie z pacjentem strategii radzenia sobie w przypadku trudności w zaśnięciu i/lub wydłużonych przebudzeń w nocy, co przeciwdziała utrwalaniu się tych objawów. Podczas wystąpienia omówione zostaną podstawowe techniki CBT-I: metoda ograniczenia pór snu, technika kontroli bodźców, zasady higieny snu, metody relaksacji oraz techniki poznawcze, a w szczególności znaczenie psychoedukacji w leczeniu bezsenności. Opisane zostaną możliwe formy takiej terapii, jej zastosowanie w praktyce klinicznej oraz wyniki badań własnych nad skutecznością CBT-I.

Związek polimorfizmów genetycznych kompleksu interleukin 1 (IL-1) oraz stężenia IL-1RA z psychopatologią schizofrenii

Dorota Frydecka[1], Aleksander Beszłej[1], Edyta Pawlak-Adamska[2], Lidia Karabon[2], Monika Szewczuk-Bogusławska[1], Błażej Misiak[1]
[1]Uniwersytet Medyczny, Wrocław
[2]Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN, Wrocław

Schizofrenia jest jedną z najcięższych, przewlekłych chorób psychicznych o zróżnicowanych objawach i przebiegu klinicznym, występującą u około 0.5-1.5 % populacji. Badania bliźniąt, rodzin oraz badania adopcyjne potwierdzają znaczenie czynników genetycznych w etiologii schizofrenii, natomiast badania epidemiologiczne, serologiczne, anatomopatologiczne i genetyczne wskazują na towarzyszący schizofrenii immunologiczną komponentę tego zaburzenia. Celem badania była ocena związku wybranych polimorfizmów kodujących kompleks genów IL-1 (IL-1alfa, IL-1beta oraz IL-1RA) oraz stężenia cytokin IL-1 i IL-1RA u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Zbadane zostały następujące miejsca polimorficzne: w genie kodującym IL-alfa (IL1A): -889T/C (rs1800587), w genie kodującym IL-beta (IL1B): -511T/C (rs16944), +3953C/T (rs1143634), w genie kodującym IL-1RA (IL1RN): rs4251961. Nie wykazano istotnych różnic w rozkładzie genotypów między osobami chorującymi na schizofrenię a osobami z grupy kontrolnej w badanych polimorfizmach, stwierdzono natomiast istotne różnice statystyczne pomiędzy stężeniem IL1-RA między osobami chorującymi na schizofrenię i osobami zdrowymi (mediana i rozstęp ćwiartkowy: 339.93 i 217.81 oraz 599.82 i 768.74, odpowiednio [pg/ml]) (test U-Manna Whitney'a, Z=-7.53, p

Molestowanie seksualne i obciążenia somatyczne jako predyktory prób samobójczych osób uzależnionych od opioidów

Sylwia Fudalej[1], Mark Ilgen[2], Iwona Kołodziejczyk[3], Anna Podgórska[4], Piotr Serafin[3], Kristen Barry[2], Marcin Wojnar[5], Frederic-C. Blow[2], Amy Bohnert[2]

[1]*Katedra i Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa*

[2]*University of Michigan, Ann-Arbor*

[3]*Szpital Nowowiejski, Warszawa*

[4]*Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, Kajetany*

[5]*Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa*

Wprowadzenie: Wskaźniki samobójstw wśród osób uzależnionych od opioidów znacznie przewyższają te notowane w populacji ogólnej. Dotychczasowe badania dotyczące czynników ryzyka zachowań samobójczych podejmowanych przez osoby uzależnione od opioidów były przeprowadzane przede wszystkim w zachodnich, wysoko rozwiniętych krajach. Zgodnie z naszą wiedzą nie prowadzono wcześniej badań dotyczących tego zagadnienia na populacji polskiej. Celem prezentowanej pracy była ocena związku czynników demograficznych i klinicznych z próbami samobójczymi w grupie osób uzależnionych od opioidów leczonych substytucyjnie w programie metadonowym.

Materiał i metody: Grupa badana obejmowała 240 pacjentów uzależnionych od opioidów. Przeprowadzono ocenę kwestionariuszową, w której zastosowano wybrane skale kliniczne. Zebrano informacje dotyczące doświadczania przemocy, zdrowia fizycznego, zdrowia psychicznego, uzależnień, funkcjonowania społecznego oraz wywiadu rodzinnego.

Wyniki: Nieomal 40 % badanych potwierdziło próbę samobójczą w wywiadzie. Najistotniejszym czynnikiem ryzyka prób samobójczych było molestowania seksualne przed ukończeniem 18 r.ż. (OR =4.6, 95%CI: 1.7, 12.6, p = 0.003) oraz współwystępowanie poważnych chorób somatycznych (OR=2.6, 95%CI: 1.4, 4.7, p=0.002).Wnioski: Wielokierunkowe oddziaływania diagnostyczne i terapeutyczne podejmowane w odniesieniu do pacjentów uzależnionych od opioidów dotyczące zarówno aspektów psychologicznych jak i somatycznych mają szczególne znacznie w prewencji zachowań samobójczych.

Psychosomatyka astmy a funkcjonowanie małżeństwa

Mariusz Furgal[1], Roman Nowobilski[2], Bernadetta Janusz[3]

[1]*Uniwersytet Jagielloński Katedra Psychiatrii, Kraków*

[2]*Uniwersytet Jagielloński, Zakład Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych, Kraków*

[3]*Uniwersytet Jagielloński, Katedra Psychiatrii, Kraków*

Podstawy badania: Astma jest często uznawana za chorobę psychosomatyczną. W jej przebiegu mają znaczenie nie tylko objawy psychopatologiczne i czynniki psychologiczne, ale także interakcje między osobą chorą a jej własną rodziną. Podejście strukturalne w terapii rodzin, rozwinęło pediatryczny model „rodziny psychosomatycznej" (Minuchin 1975), później zmodyfikowany i zweryfikowany empirycznie (Wood 2000, 2012). Nadal jednak brakuje nawet stosunkowo wstępnych badań systemowych nad rodzinami dorosłych pacjentów.

Cel: Celem badań było opisanie niektórych związków pomiędzy biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi (rodzinnymi) zmiennymi astmy u osób dorosłych.

Uczestnicy i metoda badania: Zbadano 157 kolejnych pacjentów ambulatoryjnie leczonych z powodu astmy. Wykonano pomiary spirometryczne PEF i FEV1 oraz saturacji krwi tętniczej tlenem. Zmierzono subiektywne odczucie duszności, za pomocą skali Borga. Pomiarów funkcjonowania rodziny dokonano oddzielnie dla pacjentów i ich partnerów za pomocą Kwestionariusza Oceny Rodziny, mierzącego funkcjonowanie w wymiarach: pełnienie ról, wypełnianie zadań, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrola, komunikacja, wartości i normy. Ogólny poziom zaburzeń psychopatologicznych oceniono za pomocą skali GHQ-28 Goldberga, poziom lęku za pomocą kwestionariusza STAI Spielbergera, depresyjność za pomocą kwestionariusza BDI Becka.

Wyniki: Funkcjonowanie rodziny (wyrażone w skalach Kwestionariusza Oceny Rodziny), wiązało się, w niektórych wymiarach z wartościami wskaźników spirometrycznych sprawności układu oddechowego w astmie: (PEF i FEV1 oraz z saturacją krwi tętniczej tlenem). Funkcjonowanie rodziny wiązało się także z nasileniem subiektywnych objawów astmy – duszności i zmęczenia także po uniezależnieniu od PEF i FEV1. Płeć okazała się moderatorem związku objawów astmy z funkcjonowaniem rodziny dla wymiarów wypełnianie zadań, pełnienie ról, komunikacja oraz kontrola, w przypadku pacjentów. W przypadku partnerów jedynie dla wymiaru zaangażowanie uczuciowe. Wymiary, zaangażowanie uczuciowe oraz komunikacja u kobiet oraz emocjonalność u kobiet i mężczyzn moderowały związki parametrów spirometrycznych (PEF i FEV1) z dusznością i zmęczeniem. Objawy psychopatologiczne w badanej próbie osób w związkach, wiązały się także z objawami astmy, zarówno subiektywnymi, jak i zmianami towarzyszącymi jej na poziomie biologicznym (PEF, FEV1, saturacja)

Konkluzje: W obrazie związków pomiędzy objawami choroby a funkcjonowaniem rodziny, występują wyraźne różnice pomiędzy sytuacjami gdy choruje kobieta i mężczyzna. Mężczyźni bardziej intensywnie wiążą swoje (ale też partnerek) wewnętrzne stany z funkcjonowaniem rodziny, wiąże się to prawdopodobnie z kulturowymi i fizjologicznymi uwarunkowaniami płci. Modele psychosomatycznych rodzin z dorosłym pacjentem należałoby tworzyć i badać odrębnie dla sytuacji, gdy choruje kobieta i odrębnie gdy choruje mężczyzna. Związek parametrów spirometrycznych z dusznością zależy od funkcjonowania rodziny. Z punktu widzenia praktyki klinicznej ważny jest fakt, że poprawa parametrów wentylacji płuc może — w związku z sytuacją rodzinną pacjenta — nie mieć przełożenia na poprawę objawową.

Zwolnienie wsteczne – dylematy psychiatry

Wenesa Gajos

Centrum Terapii Dialog, Warszawa

Orzekanie o niezdolności do pracy jest jednym z elementów pracy lekarza psychiatry, dotyczy to zwłaszcza praktyki ambulatoryjnej. Specjalizacja z psychiatrii jako jedyna upoważnia lekarza do wystawienia zwolnienia wstecznego, czyli za okres wcześniejszy od dnia udzielenia porady lekarskiej. Pacjenci, którzy zgłaszają się do poradni w tym celu, zwykle nie dysponują wiedzą na temat ograniczeń obowiązujących przy wystawianiu tego rodzaju zwolnień. Omawianą kwestię regulują jednak określone przepisy prawne, a sam fakt stwierdzenia zaburzeń psychicznych nie stanowi wystarczającego uzasadnienia. W prezentacji omówiono historię pacjenta o obrazie zaburzeń schizotypowych, który zgłosił się do poradni zdrowia psychicznego w celu wyjaśnienia przyczyn swoich dolegliwości oraz uzyskania zwolnienia wstecznego. Przedstawiona historia pokazuje, z jakimi dylematami mierzy się lekarz psychiatra ustalający wskazania do takiego zwolnienia. W pewnych przypadkach pod-

jęcie decyzji bywa niełatwe z uwagi na trudności z określeniem ostatecznego rozpoznania i konieczność dalszej diagnostyki. Psychiatra jest uprawniony do wystawania zwolnień wstecz, lecz powinien to czynić jedynie w uzasadnionych i niewątpliwych przypadkach.

Dieta a funkcje poznawcze

Beata Galińska-Skok
Klinika Psychiatrii UMB, Choroszcz

Dieta od ponad tysięcy lat odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu zdolności poznawczych i ewolucji mózgu. Szereg substancji odżywczych wywiera wpływ na funkcje poznawcze poprzez regulację neurotransmisji, przekaźnictwa synaptycznego, płynności błon komórkowych i przekazywania sygnałów. BDNF- czynnik neurotropowy pochodzenia mózgowego, jest przykładem molekuły, która bierze udział w regulacji plastyczności neuronalnej i homeostazy energii. Procesy uczenia się zwiększają plastyczność synaptyczną związaną z BDNF w hipokampie. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3, które są składnikami błon komórkowych, są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania mózgu. Uważa się, że niedobór kwasów tłuszczowych omega-3 prowadzi do upośledzenia zdolności uczenia się i pamięci u gryzoni. Natomiast niedobór kwasów tłuszczowych omega-3 w diecie u ludzi związany jest z patofizjologią zaburzeń psychicznych jak ADHD, otępienie, depresja, choroba dwubiegunowa i schizofrenia. Także niedobór kwasu foliowego może prowadzić do depresji i zaburzeń poznawczych. Składnik flawonów, kwercetyna osłabia zaburzenia uczenia się i pamięci występujące w niedokrwieniu mózgu u gryzoni, a polifenole zwiększają plastyczność hipokampa. Również związki z właściwościami antyoksydacyjnymi wpływają na funkcje poznawcze. Obniżony poziom witaminy E - tokoferolu, jest związany z gorszą pamięcią u osób starszych. Wykazano, że kurkumina osłabia deficyty pamięci w zwierzęcych modelach choroby Alzheimera i w uszkodzeniach mózgu. Inne składniki odżywcze wpływające na funkcje poznawcze to: witaminy z grupy B, witamina D, cholina, wapń, cynk, selen, miedź, żelazo. Ponadto zmiana zawartości kalorycznej diety może mieć wpływ na zdolności poznawcze, gdyż ograniczenie kalorii podwyższa stężenie BDNF. Dieta, obok aktywności fizycznej, jest modyfikowalnym czynnikiem ryzyka wpływającym na funkcje poznawcze. Wyniki badań sugerują, że stosowanie diety śródziemnomorskiej jest związane ze spowolnieniem pogarszania się funkcji poznawczych, zmniejszeniem ryzyka progresji z łagodnych zaburzeń poznawczych do choroby Alzheimera oraz zmniejszonym ryzykiem wystąpienia choroby Alzheimera. Poprzez zmiany w diecie możliwe jest oddziaływanie na funkcje poznawcze i przeciwdziałanie efektom starzenia się.

Teoria zapalna depresji

Piotr Gałecki
Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytet Medyczny, Łódź

Zaburzenia depresyjne nawracające (ZDN) są poważnym i przede wszystkim istotnym ekonomicznie problem we współczesnym świecie. Choroby te dotykają około 15% populacji, a ryzyko popełnienia samobójstwa w ich przebiegu wynosi około 25%.

Pierwsze informacje dotyczące znaczenia zapalenia dla rozwoju depresji zostały zaprezentowane przez Roberta Smitha w 1991 roku, kiedy to zaproponował on, jako jedną z możliwych teorii rozwoju depresji cytokinową lub inaczej makrofagową teorię depresji. Podstawą zaproponowania teorii stały się badania, które zaowocowały wynikami informującymi o zwiększonej liczbie i aktywności u pacjentów z ZDN takich komórek jak: limfocyty T, limfocyty B, monocyty i makrofagi oraz zwiększonym stężeniu markerów zapalenia (w tym szczególnie cytokin prozapalnych tj. IL-1,IL-6, TNF-α, INF-γ).

Potwierdzeniem znaczenia zmian zapalnych w depresji może być skuteczność terapeutyczna niesterydowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), jak i zaznaczające się oddziaływanie na mechanizmy zapalenia niektórych leków przeciwdepresyjnych.

Prezentowany wykład przybliży najnowsze osiągnięcia z zakresu teorii zapalnej depresji, będące rezultatem wieloletnich badań prowadzonych w Klinice Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi we współpracy z licznymi ośrodkami zagranicznymi.

Biologiczne markery osobowości u personelu latającego

Piotr Gałecki
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Łódź

Osobowość czy biologia? Psyche czy soma? Czy można odpowiedzieć jednoznacznie i wyczerpująco na te pytania? Czy jest możliwe udzielenie odpowiedzi na te pytania? Poruszany temat nie jest nowy. Jednoznacznej odpowiedzi na postawione powyżej pytania nie udzielono jednak od czasów Hipokratesa i Galena. Osiągnięcia współczesnej nauki pozwalają nam zbliżyć się nieznacznie do sedna tej zagadki. Prezentowany wykład jest przedstawieniem i podsumowaniem rezultatów kilkuletnich badań prowadzonych przez zespół Kliniki Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi we współpracy z Wojskowym Instytutem Medycyny Lotniczej w Warszawie. Uzyskane wyniki koncentrują się wokół możliwych biologicznych markerów osobowości prężnej (resilience), nawiązując do teorii zapalnej (biologia) i teorii czynnikowej osobowości (psychika). W ciągu trzech lat trwania projektu badania będące przedmiotem projektu wykonano łącznie u 236 respondentów - pilotów i personelu latającego uczestniczącego w misjach poza granicami kraju. Od członków tej grupy pobrano krew niezbędną do wykonania biochemiczno-genetycznej oceny wykładników stresu, które stanowią przedmiot pracy oraz przeprowadzono badania psychologiczne zaplanowanymi testami.

Badanie były przeprowadzane w trzech fazach:

a) Faza I: W trakcie rutynowych badań (przed wyjazdem żołnierzy na misję) przeprowadzana była ocena immunologicznych, neurotroficznych i hormonalnych (w oparciu o wyniki badania krwi) oraz psychologicznych wyznaczników reakcji stresowej; b) Faza II: podczas trwania misji, przedstawiciel personelu medycznego oceniał u każdego z badanych poziom odczuwanego stresu (za pomocą Skali Odczuwanego Stresu S. Cohena); c) Faza III: po powrocie żołnierzy do kraju, w trakcie przeprowadzanych rutynowo badań kontrolnych ponownie będzie pobierana od badanych krew w celu oceny wymienionych wyżej czynników biologicznych oraz oceniano poziom odczuwanego stresu (Skala Odczuwanego Stresu S. Cohena).

Wśród czynników biologicznych poddanych ocenie znalazły się czynniki immunologiczne, neurotroficzne i hormonalne będące markerami reakcji stresowej.

Leki przeciwdepresyjne w dwubiegunowości

Oliwia Gawlik-Kotelnicka
Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych UM w Łodzi, Łódź

Pomimo znacznych kosztów jednostkowych i społecznych, z jakimi wiążę się depresja jako dominujacy biegun choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD), leczenie tejże depresji jest znacznie trudniejsze niż w przypadku leczenia manii czy terapii podtrzymującej w ChAD. Wprawdzie FDA zarejestrowała jedynie 3 preparaty do leczenia epizodu depresji dwubiegunowej (olanzapina+fluoksetyna, kwetiapina i lurasidon), jednak powszechne stało się używanie w tym celu leków przeciwdepresyjnych. Pozostaje to jednym z najbardziej kontrowersyjnych tematów współczesnej psychofarmakologii i wymaga wielu dalszych badań. Wskazuje się tu między innymi na istotność zidentyfikowania czynników (klinicznych, poznawczych, biochemicznych czy genetycznych) związanych z odpowiedzią terapeutyczną na leki przeciwdepresyjne w ChAD.

Ze stosowaniem leków przeciwdepresyjnych w ChAD wiążą się także kwestie bezpieczeństwa: ryzyko zmiany fazy choroby, progresji do przebiegu z częstą zmianą faz czy też wzrostu częstości występowania epizodów mieszanych. Jako, że z powyższymi kwestiami mogą być związane dodatkowe czynniki kliniczne czy biochemiczne, kolejne badania nad zagadnieniem bezpieczeństwa stosowania leków przeciwdepresyjnych w ChAD powinny zmierzyć się z ich zidentyfikowaniem, aby móc unikać niepotrzebnej ekspozycji na leki u pacjentów, u których odpowiedź terapeutyczna byłaby mało prawdopodobna. Z praktyki wynika jednak, iż jest grupa potencjalnych beneficjentów leczenia lekami przeciwdepresyjnymi w ChAD. Wychwycenie specyficznych markerów odpowiedzi na te leki może pomóc psychiatrom podjąć trafną decyzję co do dodania leku przeciwdepresyjnego do już podjętego leczenia stabilizującego nastrój. Zidentyfikowano do tej pory kilka takich klinicznych markerów, wśród nich znajdują się: wcześniejsza odpowiedź na leki przeciwdepresyjne, mniejsza liczba wcześniejszych epizodów zmiany fazy po lekach przeciwdepresyjnych, objawy psychotyczne, brak epizodów depresji atypowej w historii choroby, brak współistniejących zaburzeń lękowych czy mniejsza liczba epizodów afektywnych w przeszłości. Choć zaproponowano i zbadano stosunkowo wiele biologicznych markerów odpowiedzi na leki przeciwdepresyjne w depresji jednobiegunowej, niewiele z nich przebadano u pacjentów z ChAD.

Wyodrębnienie kolejnych czynników predykcyjnych odpowiedzi terapeutycznej na leki przeciwdepresyjne w ChAD pozwoliłoby na bardziej zidywidualizowane leczenie epizodu depresji dwubiegunowej i pozwoliłoby zmniejszyć niepotrzebne farmakologiczne obciążenie dużej grupy pacjentów, u których leczenie w/w lekami nie przynosi spodziewanych rezultatów. Co więcej, takie celowane leczenie przeciwdepresyjne mogłoby też zmniejszyć ryzyko zmiany fazy choroby dwubiegunowej oraz przejścia do przebiegu typu rapid cycling czy z epizodami mieszanymi. Wtórne profity obejmować mogłyby także korzyści ekonomiczne zarówno dla samych pacjentów, jak i społeczeństwa.

Zastosowanie diagnozy psychologicznej w kwalifikacji do psychoterapii psychodynamicznej osób z zaburzeniami osobowości i nerwicowymi

Agnieszka Gąska
Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Odżywiania"Dąbrówka" w Gliwicach, Gliwice

Celem wykładu będzie przedstawienie opracowanych na podstawie diagnozy psychologicznej głównych wytycznych wspierających proces kwalifikacji do psychoterapii psychodynamicznej (grupowej i indywidualnej) pacjentów z zaburzeniami osobowości.

Pomiaru zmiennych psychologicznych dokonano w badaniach psychologicznych prowadzonych na populacji 80 pacjentów z zaburzeniami osobowości i nerwicowymi.

Metoda badania: wywiad kliniczny, rozmowa psychologiczna, Test Plam Atramentowych Rorschacha.

Na podstawie wyników badania z uwzględnieniem wskaźników w/w metod (szczególnie Testu Rorschacha) wyodrębniono zestaw kryteriów opisujących wskaźniki dwóch głównych wymiarów funkcjonowania pacjenta : intrapsychicznego i interpersonalnego, które pozwoliły sformułować wstępny model głównych wytycznych wspierający dobór pacjentów z zaburzeniami osobowości do różnych typów terapii psychodynamicznej (grupowej, indywidualnej, krótko i długoterminowej).

Nowa czy stara psychopatia?

Józef-Krzysztof Gierowski
Katedra Psychiatrii UJ, Kraków

W literaturze psychiatrycznej i psychologicznej od dziesiątków lat można spotkać opisy pewnej specyficznej grupy osób charakteryzujących się spłyceniem emocjonalnym, brakiem wyrzutów sumienia i poczucia winy oraz empatii, a także prezentujących szereg antyspołecznych zachowań, w tym skłonności do przemocy. Mimo swej dość długiej już historii i ogromu poświęcanej mu uwagi termin psychopatii nigdy nie doczekał się jednoznacznej definicji i ciągle stanowi jeden z najbardziej kontrowersyjnych syndromów psychopatologicznych. Pojęcie to nie zostało także włączone w żadną klasyfikację chorób i zaburzeń psychicznych. Równocześnie ostatnie lata przyniosły intensyfikację badań związanych z konstruktem psychopatii i swoisty renesans praktycznego jego wykorzystania.

Doniesienie analizuje pojęcie „nowej" psychopatii, jej zakres oraz etiologię na tle bardziej historycznych i klasycznych koncepcji.

Trening neuropoznania w ujęciu holistycznego modelu naprawczego. Analiza skuteczności przeprowadzonych badań i zajęć terapeutycznych w Klinice Rehabilitacji IPiN

Marta Giguere[1], Agata Bednarek[1], Ewelina Wilkos[2], Katarzyna Kucharska[2], Maryla Sawicka[3]
[1]Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
[2]Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
[3]Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa

Trening neuropoznania jest elementem składowym całościowego, nowoczesnego programu terapeutycznego, którego celem jest poprawa jakości życia pacjentów. Dzięki rozszerzeniu dotychczasowych oddziaływań rehabilitacyjnych o nowe formy pracy możliwe jest stawianie nowych celów terapii pacjentów psychotycznych. Pacjenci długo leczeni z powodu schizofrenii mają deficyty neuropoznawcze, obniżenie poziomu funkcjonowania poznawczego obserwuje się już przed wystąpieniem psychozy. TN wzbogaca zakres usprawnianych umiejętności o ćwiczenia: pamięci, procesów uwagi, percepcji wzrokowo-przestrzennej, myślenia globalnego, umysłowej elastyczności czy funkcji wykonawczych, takich jak planowanie i rozwiązywanie problemów logicznych. Efektem może być poprawa funkcjonowania poznawczego, która sprzyja lepszej współpracy chorego z lekarzem i terapeutą. W konsekwencji może zwiększyć szanse chorego na rynku pracy oraz polepszyć jego relacje interpersonalne poza ośrodkiem leczenia. W Oddziale Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN przeprowadzono badania nad skutecznością zintegrowanego systemu terapeutycznego, w oparciu o założenia teoretyczne naprawczego modelu rehabilitacji. W przeprowadzonym badaniu użyto liczne baterie testów z zakresu funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego oraz prowadzono grupy treningowe w tym zakresie. Zakres pracy i metody stosowanych oddziaływań zostaną szczegółowo przedstawione w niniejszym wystąpieniu. Dane zostały poddane analizie metodami statystycznymi, a otrzymane wyniki poddane krytyce terapeutów prowadzących badania i treningi w kontekście ich praktyki klinicznej. Uzyskane wyniki przeprowadzonych badań oraz zebrane doświadczenia terapeutyczne pozwoliły na wyciągnięcie wniosków na temat skuteczności holistycznego podejścia rehabilitacji pacjentów psychotycznych. W oparciu o wyniki i doświadczenia kliniczne modyfikacji uległ dotychczasowy program terapeutyczny oddziału.

Stany mieszane w przebiegu zaburzeń nastroju- problemy diagnostyczne i terapeutyczne

Lech-Miłosz Giziński[1], Wiktor Dróżdż[2]
[1]Centrum Medyczne Gizińscy w Bydgoszczy i II Klinika Psychiatrii, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK, Bydgoszcz
[2]II Klinika Psychiatrii, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Toruń

Celem pracy jest porównanie kryteriów diagnostycznych stanów mieszanych w obowiązujących klasyfikacjach zaburzeń psychicznych ICD-10 oraz DSM 5, a także przegląd rekomendacji dotyczących leczenia stanów mieszanych, które zostały opracowane przez polskich i międzynarodowych ekspertów. Rozpoznawanie stanów mieszanych oparte jest na przesłankach klinicznych, głównie fenomenologicznych, co w przypadku wielu pacjentów stanowi duże wyzwanie dla klinicystów z uwagi na zmienność i nietrwałość objawów oraz częstą wśród chorych anozognozję, zwłaszcza w odniesieniu do objawów (hipo)maniakalnych. Problem identyfikacji i prawidłowego leczenia stanów mieszanych ma istotne znaczenie praktyczne, ponieważ jak wykazano u pacjentów cierpiących na ten wariant zaburzeń nastroju występuje podwyższone ryzyko zamachów samobójczych. Obecnie uważa się, że w terapii stanów mieszanych powinno się unikać stosowania leków przeciwdepresyjnych i zalecać przede wszystkim leki normotymiczne. Rekomendacja ta dotyczy również stanów mieszanych depresyjnych, które u wielu pacjentów przypominają pod względem symptomatologii ciężkie epizody depresji. Wydaje się, że istnieje potrzeba opracowania markera lub zbioru markerów, umożliwiających identyfikację stanu mieszanego w oparciu o obiektywne wykładniki, ponieważ rozstrzyganie zarysowanego wyżej dylematu diagnostycznego jedynie na podstawie kryteriów klinicznych jest niezwykle trudne.

Badanie zależności mocy w pasmie beta od przestrzennego ukierunkowania antycypacyjnej uwagi wzrokowej

Bartłomiej Gmaj[1], Dorota Wołyńczyk-Gmaj[2], Jan Kamiński[3], Anderzej Wróbel[4]
[1]Katedra i Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa
[2]Warszawski Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Psychiatrii, Warszawa
[3]Nicolaus Copernicus University, Centre for Modern Interdisciplinary Technologies, Toruń
[4]Instytut Biologii Doświadczalnej im.M. Nenckiego PAN, Warszawa

Szybsza odpowiedź na bodziec wzrokowy, jest związana z większą mocą w paśmie beta. W trakcie wykonywania CAT moc pasma beta była większa, gdy osoby odpowiadały wolniej na bodziec wzrokowy. Zmiany w mocy różnych pasm mogą wynikać, nie ze wzrostu amplitudy danej oscylacji ale z synchronizacji aktywności bioelektrycznej większego obszaru w danej częstotliwości. Hipoteza: Antycypacyjna uwaga wzrokowa skierowana na wąski obszar pola widzenia spowoduje istotny spadek mocy w paśmie beta, natomiast uwaga skierowana na szeroki obszar spowoduje wzrosty mocy w paśmie beta. Przebadano 17 osób (rejestracja na A-N-T, EEG 64 kanałów, opory poniżej 10kOhM) średnia wieku 25 lat. 1 osoba została odrzucona ze względu na artefakty. Wykonano ICA (Independent Component Analisis) w celu usuniecia komponentów ocznych. Manualne usunięcie artefaktów poprzez analizę wzrokową. Następnie wykonano analizę FFT (Fast Fourier Transform) z 2 s odcinka sygnału przed targetem. Uzyskano wyniki potwierdzające hipotezę. W potylicznych odprowadzeniach stwierdzono spadek mocy fal beta co sugeruje mniejsze zaangażowanie funkcji poznawczych czyli mniejszych obszarów kory wzrokowej i asocjacyjnej gdy badani w czasie oczekiwania na bodziec wzrokowy kierowali uwagę na centralny obszar pola widzenia. Wnioski te pozwalają na zmianę interpretacji wyników wielu wcześniejszych badań w zależności od paradygmatów w nich stosowanych i prezentowanych bodźców.

Farmakoterapia a profilaktyka samobójstw w praktyce psychiatrycznej

Agnieszka Gmitrowicz
Klinika Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi, Łódź

W Polsce nadal trwają prace nad Narodowym Programem Zapobiegania Samobójstwom. Wiele krajów UE ma takie programy od dawna, co obniżyło znacząco statystykę samobójstw. W krajach tych istnieją oficjalne rejestry prób samobójczych (PS). Mimo, że PS są pojedynczym, głównym czynnikiem ryzyka samobójstwa dokonanego w Polsce, nie ma obowiązku rejestrowania ich nawet

w placówkach medycznych, co uniemożliwia diagnozę i monitorowanie efektywności wdrażanych działań prewencyjnych. Jednym z nich jest włączenie odpowiedniej farmakoterapii, szczególne w przypadkach współwystępowania „Samobójczych zaburzeń zachowania" (wg DSM 5) i poważnych zaburzeń psychicznych (głównie depresyjnych).

Celem wystąpienia jest analiza piśmiennictwa dotycząca oceny ryzyka i efektywności terapii lekami psychotropowymi, ze szczególnym uwzględnieniem leków przeciwdepresyjnych z grupy SSRI, leków przeciwpsychotycznych II generacji oraz stabilizatorów nastroju.

Wyniki badań potwierdzają przede wszystkim protekcyjne działanie klozapiny i litu w terapii pacjentów z przewlekłym ryzykiem samobójczym. W odniesieniu do innych leków skuteczność jest albo nie potwierdzona albo kontrowersyjna, a nawet wykazywane jest zwiększone ryzyko zachowań samobójczych (np. w trakcie stosowania SSRI u młodzieży).

Podsumowanie: ważny jest dokładny monitoring każdego pacjenta podczas psychofarmakoterapii (szczególnie lekami przeciwdepresyjnymi i przy zmianie dawek), unikanie uciążliwych objawów ubocznych, poprzez m.in. dbanie o dobrą relację z pacjentem i jego rodziną (żeby bez zwłoki zgłaszali wystąpienie np. agitacji, zaostrzenia choroby i tendencji samobójczych). Ponadto częstość wizyt powinna być uzależniona od stopnia ryzyka samobójczego.

Neuronalne mechanizmy nałogowych zachowań seksualnych - wskazówki do terapii

Mateusz Gola[1], Małgorzata Wordecha[1], Guillaume Sescousse[2], Michał Lew-Starowicz[3], Bartosz Kossowski[4], Marek Wypych[4], Marc Potenza[5], Artur Marchewka[4]

[1]Instytut Psychologii PAN, Warszawa
[2]Donders Institute, Nijmegen
[3]Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
[4]Instytut Biologii Doświadczalnej PAN, Warszawa
[5]Yale School of Psychiatry, New-Haven

Nałogowe zachowania seksualne (NZS tj. np. kompulsywne korzystanie z płatnych usług seksualnych, czy pornografii i masturbacji) stanowią coraz częstszą przyczynę poszukiwania pomocy psychologicznej. Nie ma jasności jakie są mechanizmy tych problemów, jak je diagnozować oraz jak skutecznie je leczyć. W prowadzonych przez nas badaniach z zastosowaniem metod neuroobrazowania (fMRI) porównywaliśmy pacjentów z NZS z osobami kontrolnymi (60 heteroseksualnych mężczyzn) podczas wykonywania zadań z odroczoną gratyfikacją (pieniężną lub erotyczną). Wyniki wskazują na to, że mózgowy układ nagrody (brzuszne prążkowie) pacjentów z NZS reaguje na nagrody erotyczne (zdjęcia nagich kobiet) bardzo podobnie do osób kontrolnych. Główne różnice polegają na tym, że wyuczone wskazówki tych bodźców wywołują znacznie silniejszą reakcję oraz motywację do otrzymania nagród erotycznych w grupie osób z NZS w porównaniu do osób kontrolnych. Podczas wykładu omówione zostanie znaczenie tych mechanizmów dla codziennego funkcjonowania pacjentów z NZS oraz dla skutecznej terapii.

Kształcenie wysokich lotów: jak poprawić programy specjalizacji z psychiatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży

Tomasz Gondek, Irena Wojciechowska, Maja Krefft
Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny, Wrocław

Jako młodzi psychiatrzy zrzeszeni w Sekcji Kształcenia Specjalizacyjnego, jesteśmy determinowani, by poprawić jakość i warunki kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii w Polsce. Jednym z naszy głównych celów jest poprawa obowiązującego od października 2014 roku tak zwanego modułowego programu specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – choć pozostawił on jednolity, 5-letni tryb specjalizowania się. W programie tym zabrakło wielu, naszym zdaniem, niezbędnych staży i kursów, bez których trudno wyobrazić sobie efektywne kształcenie lekarzy psychiatrów w XXI wieku. Naszym zdaniem, program specjalizacji powinien uwzględniać staż z umiejętności praktycznych w warunkach psychiatrii środowiskowej, przywrócony powinien zostać staż z psychiatrii konsultacyjnej, a także wydłużony zostać powinien staż na oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży. Obecne rozwiązania w znaczącym stopniu ograniczają różnorodność oddziałów, na którym specjalizant odbywa swe szkolenie, co w negatywny sposób wpływa na posiadane umiejętności. W sytuacji dużej mobilności ludności, niezbędne wydaje się być także uwzględnienie w programie kursu dotyczącego psychiatrii kulturowej. Uważamy ponadto, że program specjalizacji w dziedzinie psychiatrii powinien uwzględniać finansowany przez budżet państwa podstawowy kurs praktyczny z wybranego nurtu psychoterapeutycznego. Należy także podjąć prace nad unifikacją kursów i akredytacji dla dotychczasowych, funkcjonujących równolegle, programów specjalizacji.

Wieści z gniazda: plan działania Sekcji Kształcenia Specjalizacyjnego

Tomasz Gondek, Maja Krefft, Irena Wojciechowska
Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny, Wrocław

Po długich przygotowaniach, w czerwcu 2015 zdecydowano o powołaniu Sekcji Kształcenia Specjalizacyjnego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP). We wrześniu 2015 roku, dzięki pracy grupy młodych psychiatrów, udało się wybrać zarząd Sekcji podczas Walnego Zebrania. Podczas niego, przedyskutowano przygotowano wiele celów i założeń działania Sekcji. Po upływie niemal roku, przed kolejnym EFPT Forum, które odbędzie się w Antwerpii, warto poczynić podsumowanie osiągniętych postępów i zweryfikować metody działania w odniesieniu do tych przedsięwzięć, które okazały się niewystarczająco efektywne.

Sekcja Kształcenia Specjalizacyjnego stała się pełnoprawnym członkiem EFPT, dołączając do rodziny ponad 30 europejskich państw, w których funkcjonują organizacje zrzeszające młodych psychiatrów. Nawiązaliśmy kontakty z wieloma nowymi przedstawicielami naszego środowiska, planując stworzenie lokalnych filii Sekcji przy oddziałach PTP, w celu zwiększenia zainteresowania Sekcją członków innych oddziałów. Praca nad tym przedsięwzięciem obecnie trwa. Udało nam się także ponownie współorganizować sesję młodych lekarzy na kongresie psychiatrycznym w Wiśle, na którym gościliśmy panią prezydent European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT). Podjęliśmy także pracę nad podwalinami programu EFPT Exchange w Polsce.

Przed nami pozostaje jeszcze wiele wyzwań: promowanie działalności Sekcji podczas kongresu PTP w Katowicach w 2016 roku, praca nad poprawą programu specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, stworzenie strony internetowej zawierającej informacje przy-

datne dla specjalizantów, a także przede wszystkim dalsza rozbudowa sieci młodych psychiatrów w Polsce.

Podejście ekologiczne w badaniach nad występowaniem zaburzeń (chorób) psychicznych

Piotr Gorczyca[1], Jakub Bil[2]
[1]Katedra Psychiatrii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Tarnowskie-Góry
[2]Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków

Wstęp. Nie kwestionuje się już obecnie istnienia złożonych uwarunkowań powstawania chorób psychicznych. Z reguły częstsze występowanie tych chorób w obszarach miejskich niż podmiejskich czy wiejskich wskazuje także na uwarunkowania o charakterze społecznym.

Cel pracy. Celem niniejszej pracy była ocena uwarunkowań psychospołecznych co do częstości występowania chorób psychicznych i uzależnienia od alkoholu w wybranych obszarach miejskich i w wybranych kategoriach demograficznych.

Materiał i metoda. Poddano analizie różne wskaźniki socjodemograficzne, jak np.: klasyfikacja klas społecznych, ocena statusu socjoekonomicznego, wydarzeń życiowych, wskaźników deprywacji społecznej szczegółowo je rozpatrując. Korzystano z klasyfikacji WHO ICD-9 i ICD-10.

Wyniki. Występowanie chorób psychicznych wiązało się z negatywnymi wskaźnikami socjodemograficznymi mającymi odniesienie do zdrowia, zwłaszcza psychicznego. Pewne problemy zdrowotne, jak schizofrenia i zespół uzależnienia są charakterystyczne dla dzielnic miejskich o gęstszej zabudowie, natomiast w obszarach o luźniejszej zabudowie z przewagą domów jednorodzinnych i większymi połaciami zieleni, występuje np. przewaga młodych bezrobotnych kobiet i mężczyzn chorych na schizofrenię.

Wnioski: Otrzymane wyniki można odnieść do wydzielonych obszarów miejskich dużych miast, czy nawet metropolii.

Zespół wypalenia zawodowego – medyczne i psychologiczne uwarunkowania

Piotr Gorczyca[1], Damian Grabowski[2]
[1]Katedra Psychiatrii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Tarnowskie-Góry
[2]Uniwersytet Śląski, Instytut Psychologii, Katowice

Kluczowym mechanizmem psychologicznym decydującym o pojawieniu się wypalenia zawodowego jest utrata autonomii, czyli między innymi poczucia sprawstwa oraz doświadczanie bezradności. Utrata ta jest rezultatem oddziaływania wielu czynników, które można przedstawić jako warunki środowiskowe oraz osobowościowe (psychologiczne). Wśród tych pierwszych można wymienić nieadekwatne przywództwo, konflikt ról, niejasność roli zawodowej i organizacyjnej, brak nagród, nadmierna biurokracja oraz brak wsparcia społecznego. Czynniki osobowościowe obejmują zaś naiwny idealizm, nierealistyczne aspiracje, braki w wyszkoleniu i poczucie zewnętrznego umiejscowienia kontroli. Można tu mówić o pewnej skłonności do wypalenia zawodowego, w tym chęci udowodnienia sobie i światu, że nie jest się już dłużej słabym i wymagającym opieki dzieckiem (Matthias Burisch). Warto zauważyć, że naiwny idealizm oraz nierealistyczne aspiracje wiążą się z irracjonalnymi przekonaniami, takimi jak: „trzeba być lubianym i szanowanym przez wszystkich za wszelkie poczynania", „powinno się być maksymalnie kompetentnym w wszystkich sferach działalności" (Helena Sęk).

Wypalenie jest negatywnie związane z zaangażowaniem w pracę (work engagement), które bada się w ramach tak zwanego modelu wymagania – zasoby pracy (ang. JD-R model). Model ten zakłada istnienie dwóch procesów: wymagań (ang. job demands) oraz zasobów (ang. job resources), które wpływają na stopień wypalenia zawodowego (Schaufeli i współpracownicy). Wymagania odnoszą się do fizycznych, społecznych i psychicznych – takich jak poznawcze i emocjonalne – lub organizacyjnych aspektów pracy, które wymagają nieustannego, długotrwałego fizycznego i umysłowego wysiłku. Wymagania te obejmują przeciążenie pracą, stres związany z wypełnianiem roli zawodowej oraz konflikt roli, presję czasową, wymagania emocjonalne oraz konflikt rodzina – praca. Zasoby pracy odnoszą się do fizycznych, społecznych, psychicznych oraz organizacyjnych aspektów pracy, które mogą pomóc osobom osiągnąć cele pracy, redukując jednocześnie poziom wymagań i związanych z nimi fizycznych i psychologicznych kosztów oraz sprzyjając indywidualnemu rozwojowi pracowników (Hakanen). Zasoby pracy obejmują autonomię pracy, bezpieczeństwo, wsparcie, informacje zwrotne o stopniu wykonania pracy, sprawiedliwość organizacyjną i organizacyjny klimat (Bakker, Demerouti). W modelu tym zakłada się, że zasoby pozwalają przewidywać zaangażowanie w pracę, wymagania zaś wypalenie. Aspekt medyczny łączymy z depresją oraz z zaburzeniami adaptacyjnymi.

Naturalny przebieg schizofrenii w świetle kilkunastoletnich badań chorych po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej

Krystyna Górna[1], Krystyna Jaracz[1], Justyna Kiejda[1], Aleksandra Suwalska[2], Jan Jaracz[2], Renata Szpalik[1]
[1]Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego, Uniwerytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań
[2]Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

Cel pracy: Celem badania była: (1) longitudinalna ocena remisji objawowej u chorych po pierwszym epizodzie schizofrenii, (2) charakterystyka nasilenia objawów, funkcjonowania społecznego i jakości życia z uwzględnieniem statusu remisji objawowej oraz (3) identyfikacja wczesnych czynników predykcyjnych długoterminowego wyniku schizofrenii.

Metody: W badaniu uczestniczyło 64 pacjentów. Wykonano czterokrotną ocenę: 1 miesiąc po pierwszej hospitalizacji (T1), oraz 12 miesięcy (T2), 4-6 lat (T3) i 7-11 lat po pierwszym badaniu (T4). Pacjentów zaklasyfikowano do 3 grup, zgodnie z ich statusem remisji objawowej przez cały okres obserwacji, tzn. stabilna remisja (SR), niestabilna remisja (NR) i brak remisji (BR). W badaniu wykorzystano skalę PANSS, Skalę Funkcjonowania Społecznego (SFS), Skalę WHOQoL do oceny funkcjonowania psychospołecznego, remisji objawowej i funkcjonalnej oraz jakości życia. Korzystny wynik oznaczał jednoczesne spełnienie kryteriów remisji objawowej, funkcjonalnej i satysfakcjonującej jakości życia w badaniu 4 (T4), natomiast niespełnienie żadnego z powyższych kryteriów rozumiane było jako niekorzystny wynik.

Wyniki: 17.2% chorych było w stanie remisji stabilnej, 57.8% miało remisję niestabilną i 25.0% nie miało remisji w żadnym z 4. punktów czasowych. Pacjenci z grupy SR mieli mniejsze nasilenie objawów psychopatologicznych i deklarowali lepsze funkcjonowanie społeczne i jakość życia niż chorzy z grupy BR. Podczas obserwacji nasilenie objawów wzrosło, funkcjonowanie społeczne uległo niewielkiej poprawie, a jakość życia pozostawała bez zmian. W badaniu 4, 53% pacjentów miało niekorzystny wynik końcowy, którego niezależnymi predyktorami były

dłuższy czas nieleczonej psychozy i brak satysfakcjonującej jakości życia w badaniu 1.

Wnioski: Badania wykazały, że: (1) długoterminowy przebieg schizofrenii jest zróżnicowany oraz, że w przebiegu tym można wyróżnić 3 trajektorie, (2) funkcjonowanie społeczne i jakość życia tylko częściowo są powiązane ze statusem remisji objawowej, (3) ryzyko niekorzystnego wyniku może być zmniejszone poprzez odpowiednie interwencje we wczesnym etapie choroby.

Wypalenie zawodowe a etyka pracy. Wymiary etyki pracy jako predyktory wypalenia zawodowego

Damian Grabowski
Uniwersytet Śląski, Katowice

Doniesienie przedstawia wzajemne zależności między wymiarami wypalenia zawodowego a składnikami etyki pracy według koncepcji Maxa Webera. Definicja tak rozpatrywanej etyki pracy jest zgodna ze znaczeniem angielskiego terminu „work ethic", którego znaczącym elementem jest wartościowanie pracy zawodowej, traktowanie jej jako wartości moralnej i powinności. Tak rozumiana etyka jest systemem obejmującym następujące postawy i przekonania: (1) spostrzeganie pracy jako wartości centralnej w życiu; (2) wartościowanie ciężkiej pracy i zakładanie, że prowadzi ona do sukcesu; (3) niechęć do marnowania czasu, (4) dezaprobata aktywności czasu wolnego, (5) skłonność do odraczania gratyfikacji, (6) niezależność, czyli poleganie na sobie oraz (7) gotowość do uczciwego i właściwego (moralnego) postępowania w pracy. Syndrom wypalenia zawodowego przedstawiany jest zgodnie z koncepcją Christiny Maslach i obejmuje trzy komponenty: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację (przedmiotowe traktowanie pacjentów i klientów) oraz obniżone poczucie osiągnięć osobistych. Badania przeprowadzone na próbach między innymi nauczycieli pokazały, że etyka pracy i wypalenie zawodowe są negatywnie powiązane. Wartościowanie pracy i wiara w to, że ciężka praca prowadzi do sukcesu, a także niechęć do marnowania czasu wiążą się z niższym wyczerpaniem. Jako predyktory depersonalizacji można potraktować obniżoną gotowość do uczciwego postępowania oraz mniejszą niechęć do marnowania czasu, zaś jako predyktor obniżonego poczucia osiągnięć, obniżoną gotowość do właściwego postępowania.

Zdrowie psychiczne osób różnorodnych seksualnie i płciowo - prezentacja zagadnienia

Bartosz Grabski
Katedra Psychiatrii UJ CM, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Kraków

Dorastanie i życie w środowisku społecznym, które nie jest bezpieczne i przyjazne utrudnia osobom różnorodnym seksualnie i płciowo (gender and sexual diversity people; GSD) pełną integrację ich tożsamości oraz utrzymanie dobrostanu psychicznego. Prezentacja będzie miała na celu wstępne zapoznanie słuchaczy z modelami tłumaczącymi zwiększone ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych u osób nieheteroseksualnych (modelem stresu mniejszościowego i modelem mediacji psychologicznej), a następnie zwięzłe i krytyczne zaprezentowanie wyników badań nad zdrowiem psychicznym głównych grup osób GSD (homo- i biseksualnych, transpłciowych, aseksualnych i tzw. BDSM (bondage, discipline, sadism, masochism). Jakkolwiek badania sugerują zwiększone narażanie niektórych grup osób nienormatywnych seksualnie i płciowo na rozwój zaburzeń psychicznych, to sytuacja jest daleka od oczywistości. Czasami, wbrew oczekiwaniom i negatywnym wpływom środowiskowym zdrowie psychiczne tych osób pozostaje nienaruszone.

Zaburzenia seksualne u mężczyzn homoseksualnych – prezentacja zagadnienia

Bartosz Grabski[1], Krzysztof Kasparek[2]
[1]Katedra Psychiatrii UJ CM, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Kraków
[2]Centrum Ewaluacji i Analiz Polityk Publicznych UJ, Kraków

Dysfunkcje seksualne dotykające mężczyzn homoseksualnych nie doczekały się, jak dotąd, wielu badań. Tymczasem wiemy zbyt mało, a czasami bezpodstawnie przyjmujemy, że problematykę tę należy rozpatrywać dokładnie tak samo, jak w przypadku mężczyzn heteroseksualnych. Jakkolwiek istnieje wiele podobieństw na poziomie fizjologicznym i patofizjologicznym, to jednak unikalne cechy seksualności gejowskiej oraz szczególnego typu tło kulturowo-społeczne, na którym ta seksualność jest realizowana wymagają rozeznania i uwzględnienia w diagnostyce i terapii. Celem wystąpienia będzie zaznajomienie słuchaczy z tym unikalnym kontekstem oraz zwięzłe podsumowanie przeprowadzonych dotąd badań i płynących z nich wniosków badawczych i klinicznych.

Metylacja w genie DAT1 a zespół zależności alkoholowej

Anna Grzywacz[1], Andrzej Jasiewicz[2], Błażej Rubiś[3], Iwona Małecka[4], Aleksandra Suchanecka[4], Marcin Jabłoński[4], Jerzy Samochowiec[4]
[1]Katedra i Klinika Psychiatrii, Szczecin
[2]Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin
[3]Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań
[4]Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin

Wprowadzenie: Układ dopaminergiczny odgrywa kluczową rolę w rozwoju uzależnienia od alkoholu. Zarówno ekspresja i funkcja transportera dopaminy, związane są z przewlekłym spożyciem alkoholu. Co więcej, istnieją doniesienia, iż gen transportera dopaminy DAT1 ma zróżnicowaną metylację u pacjentów z rozpoznanym zespołem zależności alkoholowej w porównaniu do osób nie nadużywających alkoholu. Procesy epigenetyczne są kluczowe dla rozwoju komórek i różnicowania tkanek. Umożliwiają także regulację długoterminową funkcji genu. Odwrotnie do sekwencji DNA, która jest stabilna i konserwowana, epigenetyczne procesy są dynamiczne i zachodzą pod wpływem wielu czynników, takich jak środowisko. Tak więc poziom metylacji i jego wpływ na uzależnienie od alkoholu pozostaje przedmiotem intensywnych badań, a wyniki badań są zróżnicowane i niejednoznaczne.

Materiały i metody: Badana grupa składała się z 171 mężczyzn z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu Grupę kontrolną stanowiło 160 zdrowych ochotników dobranych pod względem wieku i płci. DNA ekstrahowano z leukocytów krwi obwodowej, a następnie zbadano poziom metylacji w rejonie promotora genu DAT1. Dane analizowano przy użyciu dokładnego testu Fishera.

Wyniki: Nie stwierdzono różnic statystycznych w ogólnej częstotliwości DAT wysp CpG między pacjentami (w sumie 175 wysp) i kontroli (170 metylowane wyspy ($p = 0,86$). Co ciekawe, biorąc pod uwagę wyspy, które są najczęściej analizowane w literaturze również nie znaleźliśmy żadnej znaczącej różnicy w metylacji. Jednak analiza w innych miejscach CpG wskazuje, że istnieje istotna różnica w wyspie 12. Okazało się, że pozycja ta

jest znacznie częściej metylowana w grupie kontrolnej w porównaniu do grupy osób uzależnionych od alkoholu (p = 0,0296). Metylowane wyspy 12 nie korelują z wiekiem.

Konkluzja: Konieczne są dalsze badania metylacji w rejonie promotra genu DAT1 szczególnie biorąc pod uwagę powiększenie grupy badanej.

Haplotypy DRD2 a podatność na samobójstwa

Anna Grzywacz[1], Andrzej Jasiewicz[2], Agnieszka Samochowiec[3], Iwona Małecka[2], Aleksandra Suchanecka[1], Jerzy Samochowiec[2]
[1]Katedra i Klinika Psychiatrii, Szczecin
[2]Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin
[3]Uniwersytet Szczeciński, Szczecin

Wprowadzenie: Dopamina jest neuroprzekaźnikiem, którego rola w rozwoju uzależnienia od alkoholu jest intensywnie badana. Sugeruje się, że dopamina uczestniczy w stymulacji przyjemności, na przykład podczas stosunku seksualnego, jedzenia, picia, lub innych zachowań, w tym w działaniu alkoholu. Według niektórych badań na zwierzętach, pojedyncza ekspozycja na alkohol jest odzwierciedlona przez wyższą aktywność neuronów brzusznych nakrywki i zwiększone uwalnianie dopaminy w jądrze półleżącym. W związku z tym, wysunięto hipotezę, że geny zaangażowane w metabolizm dopaminy mogą uczestniczyć w etiopatogenezie ZZA.

Materiały i metody: W tym badaniu, - przeanalizowaliśmy wybrane polimorfizmy SNP w genie DRD2 (i ANKK1) u pacjentów z zespołem zależności alkoholowej w tym w podgrupie osób, które miały przynajmniej jedną próbę samobójczą. Celem badania było sprawdzenie, czy różne haplotypy wybranych SNP obejmujące Taq1A, Taq1B i Taq1D odgrywają rolę w rozwoju uzależnienia od alkoholu i zachowań samobójczych. Badaniem objęto grupę 169 pacjentów bez historii zaburzeń psychicznych innych niż alkoholizm lub uzależnienie od nikotyny wg klasyfikacji ICD-10. Ta grupa zawiera podgrupę pacjentów, którzy mieli udokumentowaną historię co najmniej jednej próbie samobójczej. Grupę kontrolną stanowiło 157 niespokrewnionych osób.

Wnioski: Nasze badanie nie wykazało żadnych istotnych zależności pomiędzy występowaniem uzależnienia od alkoholu i współwystępującymi zachowaniami samobójczymi, a częstością genotypów i alleli wybranych SNP. Nie stwierdzono istotnego odchylenia od równowagi Hardy'ego Weinberga. Moc statystyczna wahała się pomiędzy 0,1 i 0,6. Pacjenci z ZZA i co najmniej jedną próbą samobójczą w wywiadzie charakteryzowali się znacznie większą częstością haplotypu TGA2.

Konkluzja: Bez wątpienia ograniczeniem tego badania była mała grupa badana. Jako że było to badanie pilotażowe, wymaga powtórzenia na większej grupie pacjentów Wydaje się, że badania w oparciu o identyfikację SNP a w szczególności haplotypów są zasadne w poszukiwaniu determinant genetycznych ZZA i charakterystyce poszczególnych podgrup pacjentów. Podsumowując, istnieje konieczność przeprowadzenia dalszych badań, aby wyjaśnić zależności między polimorfizmani genów kodujących receptory DRD2 a ZZA i ZZA z zachowaniami samobójczymi.

Dorosłość osób z niepełnosprawnością intelektualną z perspektywy andragogicznej - studium jednego przypadku

Anna Gutowska
Uniwersytet Łódzki Zakład Andragogiki i Gerontologii Społecznej, Łódź

Tekst jest próbą spojrzenia na dorosłość osób z niepełnosprawnością intelektualną w odniesieniu do badań własnych. Celem autorki jest ukazanie osobistego (subiektywnego) punktu widzenia osoby z niepełnosprawnością intelektualną swojej dorosłości, na przykładzie jednego przypadku. Jest to wycinek z badań, realizowanych w paradygmacie jakościowym, których celem jest poszerzenie perspektywy naukowego opisu dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną, realizacji przez nie ról społecznych: w tym zawodowej, rodzinnej czy obywatelskiej. To głos w dyskusji nad miejscem dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną we współczesnym społeczeństwie.

Zespół dysregulacji dopaminergicznej jako farmakologiczny model zaburzeń uprawiania hazardu i nałogów behawioralnych

Bogusław Habrat
IPiN, Warszawa

Zespół dysregulacji dopaminergicznej (z.d. hedonistycznej, Dopamine Disregulation Syndrome – DDS) jest indukowanym farmakologicznie, polimorficznym zaburzeniem pojawiającym się u części osób leczonych lekami o działaniu dopaminergicznym. Obok objawów typowo neurologicznych występują zachowania mieszczące się w pojęciach: zaburzenia uprawiania hazardu i nałogi behawioralne oraz złożone zachowania stereotypowe (ang.: punding). DDS opisano u osób z chorobą Parkinsona, zespołem niespokojnych leczonych lekami dopaminergicznymi, u osób z psychozami leczonych arypiprazolem lub rysperidonem oraz w niektórych endokrynopatiach (prolactinoma). Sprawczą moc przypisuje się lekom o agonistycznym działaniu na receptor D3 (32% pramipeksol, 25% ropinirol, 16% pergolid, 22% rotygotyna, 10% apomorfina, 6,8% bromokryptyna).

Opisywano następujące zaburzenia: zaburzenia uprawiania hazardu, hiperseksualność, nałogowe zakupy, wzmożony apetyt (do żarłoczności włącznie), problemowe korzystanie z Internetu oraz różne stereotypowe zachowania złożone. U leczonych środkami dopaminergicznymi nałogi behawioralne występują u 3,5-13% osób, z tego: - zaburzenia uprawiania hazardu u 1,7% - 9,3% osób, hyperseksualność u 2,0% - 7,2% osób a kompulsywne zakupy u 0,4% - 3,0% osób.

Leczenie polega na zmniejszeniu dawki leku dopaminergicznego lub na zamianie na lek o wpływie agonistycznym na inne niż D3 receptory dopaminowe lub o innych mechanizmach (amantadyna, finasteryd).

Czy terroryzm wkracza w obręb psychozy?

Janusz Heitzman
Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN, Warszawa

Doświadczenia ostatnich lat zwracają uwagę na powtarzające się coraz częściej brutalne akty zbrodnicze, dokonywane w sposób ekstremalnie gwałtowny. Fakty te, wraz z obrazem coraz liczniejszych niewinnych ofiar skłaniają do rozważań nad stanem

psychicznym zleceniodawców i wykonawców zbrodni. Większość badań nad terroryzmem nie wskazuje na chorobę psychiczną jako czynnik przyczynowy tych zbrodni. Różnicowanie pojęcia „terroryzmu" i „terrorysty" pozwala na zindywidualizowane szukanie uzasadnienia zbiorowych zabójstw dla realizacji celów ideologicznych, politycznych i psychologicznych wśród poszczególnych zbrodniarzy. Cele terroryzmu: „nacjonalistyczno-separatystyczny", „samobójczy", „religijny", przekładają się na inne mechanizmy motywacyjne wymagające różnych predyspozycji psychicznych, które bliższe są stanowi patologii kulturowej niż patologii psychicznej (chorobie).

Miejsce psychiatrii sądowej w zreformowanej opiece psychiatrycznej

Janusz Heitzman
Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN, Warszawa

Upowszechnienie modelu środowiskowej opieki (Centra Zdrowia Psychicznego) w oparciu o wdrażany Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020, ma stworzyć ofertę pomocy również dla osób chorujących psychicznie, które popełniły czyn zabroniony w związku z chorobą, pozostają lub powracają do mc. zamieszkania i wymagają nadal leczenia i zabezpieczenia. System prawny zakładający ochronę przed prawdopodobieństwem popełnienia podobnego czynu, przewiduje „terapię" realizowaną w formie nie izolacyjnej. Aby dawała ona gwarancję skuteczności, konieczna jest nie tylko współpraca CZP z rodzinami (większość czynów dokonywanych jest w rodzinach), ale też z instytucjami wymiaru sprawiedliwości i opieki społecznej. Kwestia poczucia bezpieczeństwa w realizacji tych zadań ważna jest dla wszystkich: pacjenta i jego rodziny, społeczności lokalnej i pracowników środowiskowej opieki psychiatrycznej.

Perspektywy terapii schizofrenii

Janusz Heitzman
Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN, Warszawa

Co roku przybywa nam ok. 15 000 nowych diagnoz schizofrenii. Trudne doświadczenia z tym związane i ciężar opieki, to zarówno obciążenia budżetowe i organizacyjne lecznictwa, ale też niedoceniane obciążenie rodzin w zakresie materialnym, emocjonalnym, społecznym, i zdrowotnym. Rola opiekuna osoby chorującej na schizofrenię jest niedoceniana a on sam, często nieprzygotowany do tej roli, nie ma należnego mu wsparcia. Samodzielnie, bez wsparcia finansowego rodziny, osoba chorująca na schizofrenię nie ma szans na przeżycie. Nie ma też szans na wyleczenie bez prowadzonego przez rodzinę nadzoru nad leczeniem i stosowaniem się do zaleceń. Dla opiekunów, równie istotne jak wspieranie terapeutyczne ich samych (tzw. „cisi pacjenci") jest pomaganie opiekunom poprzez zagwarantowanie powszechnej możliwości dostępu do leczenia, które zwiększa szanse pacjenta na długie utrzymanie się w terapii i zapobieganie nawrotom (LAI).

Obszary współdziałania i konkurencji w NPOZP

Janusz Heitzman[1], Andrzej Cechnicki[2]
[1]Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN, Warszawa
[2]UJ CM Katedra Psychiatrii, Kraków

Nowa edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020, zakłada upowszechnienie i organizację środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej. Zaspokajanie potrzeb najbliżej mc. zamieszkania, musi odbywać się w ścisłej integracji z podstawową opieką medyczną, terenowymi ośrodkami pomocy społecznej, organizacjami zrzeszającymi pacjentów i ich rodziny a nawet z oddziałami ratunkowymi najbliższych szpitali. Z drugiej strony Centra Zdrowia Psychicznego, które będą stanowiły alternatywę dla szpitala psychiatrycznego, musza wdrażać niekonkurencyjny model współdziałania i określać kierunki przekształcania tych szpitali w stronę obszaru autentycznych i niezaspokojonych potrzeb. Model pożądany to - „Otwarte drzwi" przed każdym potrzebującym.

Schizma w terapii elektrowstrząsami - wyniki ostatnich 15 lat badań

Robert-Teodor Hese[1], Tomasz Zyss[2], Piotr Gorczyca[1]
[1]Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii, SUM, Tarnowskie-Góry
[2]Klinika Psychiatrii Dorosłych, Dzieci Młodzieży, Szpital Uniwersytecki, Kraków

W ciągu ostatnich 15 lat coraz większą uwagę badaczy zajmuje zminimalizowanie objawów zaburzeń pamięci i innych funkcji poznawczych związanych z elektrowstrząsami (EW), z próbą zachowania skuteczności tej metody terapii. W tym celu opracowano nowe techniki stosowania EW. Metodę EW jednostronnych, stosowanych od dawna, zmodyfikowano ustaleniem progu drgawkowego dla pacjenta a następnie miareczkową aplikacją bodźców wyzwalających napad. Ponadto znacznie skrócono czas działania bodźca stymulującego, poprzez aplikację krótką lub ultrakrótką. Ten sposób modyfikacji EW jest stosowany w wielu ośrodkach, ale nie we wszystkich. Jest wiele klinik, gdzie stosuje się klasyczne techniki elektrowstrząsów (EW dwustronne, bodźce krótkie, ale nie ultrakrótkie, bez ustalanie progu drgawkowego oraz zamiast miareczkowania bodźców ma zastosowanie metoda wstępnie ustalonych dawek). W latach 1997-2011 zespół badawczy CORE prowadził wieloośrodkowe badania wpływu różnych technik EW na efektywność terapeutyczną i zaburzenia pamięci. Badania te sugerują wyższość klasycznej metodyki EW nad EW zmodyfikowanymi w zakresie efektywności leczniczej. Zdaniem badaczy CORE zaburzenia pamięci związane z metodą klasyczną EW mają charakter odwracalny. Widać, więc, że „schizma" w metodach stosowania EW utrzymuje się nadal.

Treningi funkcji poznawczych – przed czy razem z psychoterapią, wskazania dla młodzieży i osób dorosłych z rozpoznaniem schizofrenii

Beata Hintze
Akademia Pedagogiki Specjalnej, Instytut Psychologii Stosowanej, Warszawa

Wstęp: Zaburzenia poznawcze w schizofrenii są jednym z ważnych wymiarów psychopatologicznych. Dotyczą one wielu obszarów kognitywnych: procesów pamięci i uczenia się, pamięci operacyjnej, funkcji wykonawczych, uwagi oraz szybkości przetwarzania informacji (np. Reichenberg 2010). Ważny nurt w badaniach stanowią prace poświęcone relacjom dysfunkcji poznawczych i innych objawów psychopatologicznych oraz ich

wpływu na funkcjonowanie pacjentów. Wyniki badań wykazały, że osoby chorujące na schizofrenię z przewagą objawów negatywnych prezentują nie tylko bardziej nasilone zaburzenia poznawcze, ale także gorsze przystosowanie psychospołeczne, zwłaszcza, gdy nasilenie objawów negatywnych i dysfunkcji poznawczych jest znaczne (Grant i wsp. 2009). Badania potwierdziły, że nasilone zaburzenia poznawcze ograniczają zdolność do: podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów, kontynuowania nauki, podjęcia pracy zawodowej, nabywania nowych umiejętności w czasie psychoterapii i uczestniczenia w życiu społecznym. A w okresie dojrzewania zaburzenia poznawcze mogą znacznie utrudniać realizację zadań rozwojowych przybliżających do podjęcia roli osoby dorosłej (np. Green i wsp. 2000; Twamley i wsp. 2002, Hofer i wsp. 2005, Jabben i wsp. 2010). W terapii osób z zaburzeniami poznawczymi istotną rolę odgrywają metody poprawiające funkcjonowanie poznawcze: są to treningi neuropoznawcze, społecznego poznania i neuropoznania, metapoznawcze (np. Cavallaro i wsp. 2009; Gawęda i wsp. 2009; Kucharska i wsp. 2013; Cella i wsp.2015).

Celem badania była ocena i porównanie poziomu funkcji poznawczych wśród osób z rozpoznaniem schizofrenii w zależności od poziomu ich funkcjonowania. A także wyselekcjonowanie grup pacjentów, dla których jednym z najważniejszych oddziaływań terapeutycznych byłyby treningi funkcji poznawczych.

Osoby badane i narzędzia: 1. Zbadano 33 adolescentów z EOS oraz dobranych do nich 30 zdrowych rówieśników. (Hintze, Borkowska, 2015); 2. Zbadano 60 osób dorosłych z diagnozą schizofrenii wg. ICD-10. Osoby te podzielono wg. wyniku średniego uzyskanego w skali GAF (śr.58,10; min 30 – max 94). Do grupy osób z wyraźnymi problemami/ograniczeniami w funkcjonowaniu włączono osoby z wynikami w GAF poniżej średniej (śr. dla tej grupy- 48,92). Do grupy osób z niewielkimi problemami/ograniczeniami w funkcjonowaniu włączono osoby z wynikami w GAF powyżej średniej (śr. dla tej grupy 66,13).

Wykorzystano następujące testy neuropsychologiczne: 1.Test Sortowania Kart Wisconsin (WCST)- WCST:CV4 Heatona (wersja komputerowa); 2.Test N-back - wersja komputerowa 1 – back (Richard Coopola, 1999); 3.Test Łączenia Punktów część A i B (TMT) - z baterii Halsteda-Reitana; 4.Test Fluencji Słownej - z baterii Halsteda-Reitana (COWAT); 5. Kalifornijski Test Uczenia się Językowego (CVLT)

Ocena psychometryczna: 1. Ocena występowania objawów psychopatologicznych skalą PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale – PANSS, Kay i wsp. 1987); 2. Ocena funkcjonowania skalą GAF (Global Assessment Scale DSM IV, APA, 1995).

Wyniki: 1. We wszystkich ocenianych funkcjach poznawczych młodzież z EOS w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami otrzymała istotnie gorsze wyniki (Hintze, Borkowska, 2015); 2. Obie grupy osób dorosłych nie różniły się między sobą w zakresie czynników demograficznych: wieku, lat edukacji, lat pracy i pobytu na rencie oraz czynników klinicznych: wieku zachorowania, czasu trwania choroby i liczby hospitalizacji. Grupy te istotnie różniły się nasileniem objawów psychopatologicznych (pozytywnych, negatywnych i ogólnych); 3. Grupy pacjentów dorosłych istotnie różniły się między sobą w wykonaniu większości testów: N-back, TMT B, fluencji słownej oraz CVLT. Osoby z grupy o obniżonym funkcjonowaniu uzyskały znacznie gorsze wyniki w tych testach w porównaniu z osobami z grupy o lepszym funkcjonowaniu.

Wnioski: 1. U młodzieży chorej na schizofrenię w okresie remisji objawów psychopatologicznych stwierdza się istotne zaburzenia różnych modalności pamięci operacyjnej, funkcji wykonawczych oraz procesów uczenia się i pamięci słownej; 2. Wśród osób dorosłych chorujących na schizofrenię znaczne deficyty w zakresie wzrokowo-przestrzennych aspektów pamięci operacyjnej, fluencji słownej oraz procesów uczenia się i pamięci werbalnej występowały w grupie z tzw. obniżonym funkcjonowaniem; 3. Grupy osób dorosłych były rekrutowane z tych samych ośrodków rehabilitacyjno-terapeutycznych, dlatego można przypuszczać, że nasilone deficyty poznawcze miały negatywny wpływ na przebieg rehabilitacji socjopsychiatrycznej w grupie o obniżonym funkcjonowaniu.

Zalecenia: 1. Konieczność wczesnej diagnozy zaburzeń poznawczych i doboru interwencji terapeutycznych, w tym włączenia treningu funkcji poznawczych jako integralnego elementu każdej terapii osoby z nasilonymi zaburzeniami poznawczymi; 2. W sytuacji nasilonych objawów negatywnych i zaburzeń poznawczych zastosowanie, jako pierwszej z metod, dzienniczków aktywności (technik behawioralnych) a następnie prostych treningów poznawczych; 3. Włączenie pacjenta w inne oddziaływania terapeutyczne dopiero po osiągnięciu poprawy w zakresie objawów negatywnych i funkcjonowania poznawczego.

Czy okres zachorowania na schizofrenię (EOS i AOS) różnicuje profil poznawczy po wielu latach trwania psychozy?

Beata Hintze
Akademia Pedagogiki Specjalnej, Instytut Psychologii Stosowanej, Warszawa

Wstęp: Schizofrenia uważana jest za zaburzenie psychiczne o charakterze neurorozwojowym, w którym obserwuje się liczne zaburzenia strukturalne i czynnościowe mózgu. Deficyty poznawcze są jednym z jej ważnych wymiarów psychopatologicznych. Aktualnie ponownie wrosło zainteresowanie specyfiką dysfunkcji kognitywnych i ich znaczeniem dla przebiegu psychozy. Do niedawna uważano, że występują istotne różnice w nasileniu zaburzeń poznawczych u osób z różnym początkiem zachorowania: w okresie adolescencji i w okresie dorosłości. Wykazano, że wczesny wiek zachorowania w porównaniu z zachorowaniem w okresie dorosłości wiąże się z pogarszaniem funkcji poznawczych wraz z czasem trwania choroby, a tym samym z gorszym rokowaniem (np. Stratta i wsp. 2003, McCleland i wsp. 2004, White i wsp. 2006, Rajji i wsp. 2009). W ostatnich latach pojawiły się prace sugerujące brak takich zależności (np. Kravariti i wsp. 2003; Biswas i wsp.2006; Amminger i wsp. 2011). Podobne kontrowersje dotyczą funkcjonowania poznawczego pacjentów i czasu trwania schizofrenii. Badania wskazują, że wraz z kolejnymi epizodami i latami trwania psychozy dochodzi do: nasilania dysfunkcji kognitywnych (np. Meltzer, 2004; Mathes i wsp. 2005), ich stabilizacji (np.Woodberry i wsp. 2008), a także do remisji (np. Kopelowicz i wsp. 2005, Yun da i wsp. 2011). Nadal zatem nie wiadomo czy dysfunkcje poznawcze ulegają nasileniu po pierwszym zachorowaniu a później się stabilizują? Czy w czasie trwania psychozy ulegają deterioracji czy może poprawie?

Cel badania: Celem badania była ocena i porównanie poziomu funkcji poznawczych wśród osób dorosłych chorych na schizofrenię w dwóch okresach zachorowania: w adolescencji (EOS) i w dorosłości (AOS), z tym samym czasem trwania psychozy, co najmniej 10-lat.

Osoby badane i narzędzia: Zbadano 60 osób dorosłych z diagnozą schizofrenii wg. ICD-10 (EOS - 30 osób i AOS- 30 osób) oraz 80 osób zdrowych (grupy kontrolne dobrane pod względem wieku i wykształcenia). Grupa z EOS - średnia wieku 32,77; śr. lat edukacji 13,23; śr. wiek zachorowania 16,13; śr. czas trwania psychozy 16,33; śr. liczba hospitalizacji 8,63; nasilenie objawów psychopatologicznych – śr. wynik w PANSS - 67,46. Grupa z AOS -średnia wieku 39,41; śr. lat edukacji 15,83; śr. wiek zachorowania 24,83; śr. czas trwania choroby 14,60 lat; śr. liczba hospitalizacji 7,06; nasilenie objawów psychopatologicznych – śr. wynik w PANSS - 62,70. Obie grupy leczone były przede wszystkich neuroleptykami atypowymi.

Wykorzystano następujące testy neuropsychologiczne: 1.Test Sortowania Kart Wisconsin (WCST)- WCST:CV4 Heatona (wersja komputerowa); 2. Test N-back - wersja komputerowa 1 – back (Richard Coopola, 1999); 3. Test Łączenia Punktów część A i B (TMT) - z baterii Halsteda-Reitana; 4. Test Fluencji Słownej - z baterii Halsteda-Reitana (COWAT) ; 5. Kalifornijski Test Uczenia się Językowego (CVLT); Ocena psychometryczna: Ocena występowania objawów psychopatologicznych (Positive and Negative Symptoms Scale – PANSS.

'Kocha, lubi, szanuje...', czyli meandry pożądania

Justyna Holka-Pokorska
Instytut Psychaitrii i Neurologii, Warszawa

Zarówno cykl życiowy, jak i cykl reprodukcyjny obu płci charakteryzuje się zmianami intensywności odczuwanego pożądania seksualnego. U obu płci zakochanie oraz początkowa faza związku charakteryzuje wysoki poziomem pożądania, co znajduje odzwierciedlenie w wysokim zapotrzebowaniu na aktywność seksualną. Dla większości par, które spotykają się regularnie, okres namiętnej miłości, utrzymuje się przez okres 2-3 lat. Następnie większość związków przechodzi do fazy intymności i „zobowiązania", w którym intensywność odczuwanego pożądania seksualnego ulega zmniejszeniu. Zespół objawów, w wyniku których dochodzi do zmniejszenia się prawdopodobieństwa inicjowania kontaktów seksualnych określany jest 'brakiem lub utratą potrzeb seksualnych' (HSDD). W kontekście klinicznym rozpoznanie dysfunkcji seksualnej o charakterze hipolibidemii nastręcza sporo trudności, zwłaszcza w przypadku osób ze współwystępującymi objawami zespołu przewlekłego zmęczenia, dystymii, czy depresji o lekkim nasileniu. W terapii seksualnej HSDD kładzie się nacisk na budowanie intymności, ale także wzmacnianie zróżnicowania partnerów względem siebie oraz wprowadzanie do repertuaru pary zachowań z zakresu 'poszukiwania nowości'. Takie interwencje mają prowadzić do zwiększenia stężenia dopaminy w mózgu, a przez to stymulować lub utrwalać zainteresowanie partnerem w kontekście odczuwanego pożądania seksualnego. Mimo, że udowodniono modulujący wpływ testosteronu na odczuwane pożądanie seksualne u obu płci, nie został on szeroko zaaprobowany w terapii hipolibidemiii. Zaś inhibitory 5-fosfodiesterazy, skuteczne w zaburzeniach erekcji u mężczyzn okazały się nieskuteczne w terapii HSDD zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Dotychczas, żaden z preparatów farmakologicznych nie został zarejestrowany w terapii hipolibidemii, poza flibanseryną, zaaprobowaną przez Food and Drug Administration (FDA) w 2014r. w terapii kobiecego HSDD. Stosowanie flibanseryny niesie jednak ze sobą ryzyko nadmiernej medykalizacji HSDD oraz szkód społecznych z tym związanych. Jednak w ujęciu medycznym, zarówno kobieca, jak i męska hipolibidemia posiada aspekt biologiczny, uzasadniający próby leczenia farmakologicznego tego zespołu objawów. Podczas niniejszej prezentacji zostaną omówione aspekty kliniczne postępowania w przypadku, gdy obniżone pożądanie seksualne przybiera postać dysfunkcji seksualnej.

Analiza indywidualnych uwarunkowań samobójstw żołnierzy WP w latach 2000-2012

Piotr Ilnicki[1], Piotr Chmielarz[2], Stanisław Ilnicki[1]
[1]Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii WIM, Warszawa
[2]IMS Health Technology Solutions Poland, Warszawa

Wstęp: Głęboką transformacje Sił Zbrojnych, po przystąpieniu 21.03.1999 r. Polski do NATO, wpłynęła znacząco na warunki życia żołnierzy i ich rodzin. W związku z tym podjęto badania mające na celu ocenę, czy i w jaki sposób przekształcenia te wpłynęły na indywidualne uwarunkowania samobójstw żołnierzy.

Cel pracy: W związku z wieloczynnikowym uwarunkowaniem samobójstw podjęto próbę oceny współzależności - osobniczych skłonności samobójczych (OSS) oraz sytuacyjnych uwarunkowań suicydalnych (SUS) u żołnierzy zawodowych i służby zasadniczej w okresie przemian w latach 2000-2012.

Materiał: Poddano analizie dane z 96 postępowań prokuratorskich spośród ogółu 305 spraw dotyczących samobójczych zgonów żołnierzy. Wyboru akt do analizy dokonano kierując się ich zawartością w zakresie informacji dotyczących osobniczych skłonności samobójczych i sytuacyjnych uwarunkowań suicydogennych.

Metoda: 1. Ustalono kryteria oceny osobniczych skłonności samobójczych (OSS); 2. Sporządzono listę kodów sytuacyjnych uwarunkowań suicydogennych (SUS); 3. Dokonano zerojedynkowych opisów i sporządzono macierze analizowanych przypadków samobójstw.; 4. Przeprowadzono analizę statystyczną i sieciową zebranych danych.

Wyniki: Tylko 2% samobójstw wiązało się z jednym czynnikiem suicydogennym; Przeważająca większość s. związana była z 3 – 4 czynnikami; Ogólna liczba czynników s. w grupie żołnierzy służby zasadniczej, była niższa niż w grupie żołnierzy zawodowych; Poszczególne grupy przypadków samobójstw mają tendencję do wiązania się z grupami czynników SUS; W grupie żołnierzy zawodowych podwyższone ryzyko s. łączy się z grupą czynników uwarunkowanych kombinacją problemów rodzinnych i alkoholowych, w powiązaniu z następstwami uczestnictwa w misjach Polskich Kontyngentów Wojskowych; Druga grupę czynników stanowią indywidualne uwarunkowania suicydantów, dla których w porę nie zastosowano odpowiednich środków zaradczych; Trzecią mniej liczną grupę stanowią problemy w miejscu pracy, niepożądane zmiany warunków jej wykonywania oraz okoliczności finansowe; W grupie żołnierzy służby zasadniczej głównymi czynnikami podwyższonego ryzyka s. są problemy adaptacyjne do warunków służby wojskowej, indywidualne uwarunkowania psychiczne i problemy w relacjach z partnerką; Trzy mniej liczne czynniki to nieadekwatna pomoc terapeutyczna, problemy rodzinne i czynniki związane używaniem alkoholu, narkotyków oraz konflikty z prawem.

Wnioski: 1. W przypadku żołnierzy zawodowych akt samobójstwa jest konsekwencją długotrwałego na-rażenia na negatywne czynniki służbowe, problemy w związkach i nierozpoznania tych problemów na czas; 2. W przypadku żołnierzy służby zasadniczej, czynniki podwyższonego ryzyka suicydalnego miały charakter krótkookresowy, gwałtowny i wzajemnie powiązany z trudnościami w adaptacji do warunków służby wojskowej.

Adam Cygielstrejch (1886-1935) polski prekursor studiów nad psychologicznymi skutkami stresu bojowego

Stanisław Ilnicki[1], Magdalena Glińska[2]
[1]Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa
[2]Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lyss

Zainteresowanie psychologicznymi następstwami traumatycznych przeżyć wojennych sięga w Polsce końca XVIII wieku. O żołnierskiej nostalgii (zwanej domaradem) pisali lekarze - Ludwik Perzyna i Leopold Lafontaine. Temat budził zainteresowanie pisarzy m.in. Juliusza Słowackiego, Zygmunta Kaczkowskiego i pamiętnikarzy wojskowych m.in. Aleksandra Fredry. Autorami pierwszych polskich prac naukowych dotyczących psychopatologicznych następstw traumy wojennej byli lekarze - uczestnicy

wojny rosyjsko-japońskiej, 1904-1905 m.in. Stanisław Władyczko, Zygmunt Bychowski, Henryk Goldszmit, Adam Wizel.

Psycholog Adam Cygielstrejch (1886-1935) – pionier badań nad skutkami psycholo-gicznymi stresu traumatycznego - nie był na wojnie. Jednakże w 1910 r. podczas studiów w Paryżu u Henry Pierona i Georgesa Dumasa, jako przedmiot rozpra-wy doktorskiej wybrał analizę następstw psychicznych przeżyć wojennych. Pracę oparł na doniesieniach psychiatrów i neurologów rosyjskich (Ozierckowskij, Awtokratow, Szumkow, Szajkiewicz) i Polaka Władyczki oraz na przeglądzie literatury zachodniej dotyczącej psychologicznych następstw klęsk żywiołowych, katastrof komunikacyjnych, przewrotów politycznych oraz współczesnych konfliktów zbrojnych (wojna francusko-pruska, 1870-1871, wojna burska 1899-1902). Rozprawa doktorska została opublikowana na łamach Annales Medico-Psychologiques w dwóch częściach: I. Les Consequences mentales des emotions de la guerre, 1912, 1: 129-148; 2: 257-273; II. Influence des emotions sur la genese de la confusion mentale, 1914, 5: 299-307. Mimo upływu 100 lat praca ta jest cytowana w literaturze przedmiotu jako „profetyczna" (Barrois). Ocena ta skłoniła nas do zapoznania się z jej treścią i oceny zawartych w niej tez na tle obecnych poglądów w dziedzinie psychotraumatologii wojskowej.

Według cytowanych przez Cygielstrejcha poglądów (zachowano oryginalną terminologię) emocje są przyczyną predysponującą lub okazjonalną, zawsze drugorzędną w stosunku do konstytucji osoby. Mają one znaczenie odsłaniające, ale w niektórych przypadkach przeżycie traumatyczne jest wystarczającą przyczyną zaburzeń psychicznych. Trudno udowodnić istnienie predyspozycji traumatycznej, trudność ta nie jest jednak dowodem na jej nieistnienia.

Gwałtowne emocje wywołują szok, który prowokuje przede wszystkim psychozy konfuzyjne (zamąceniowe). Gdy brak predyspozycji, negatywne emocje, z racji swej powtarzalności i długości trwania, mogą wywołać psychozę w sposób bezpośredni przez ekstremalne wyczerpanie mózgu. Czynnik moralny jest bardzo ważny, ale nie działa on nigdy na jednostki wypoczęte, w pełni sił fizycznych, w pełni władz psychicznych. Braki związane z wojną, wyczerpujące marsze, przemęczenie, choroby, złe żywienie, głód, zimno, etc., zmniejszając odporność organizmu, przyczyniają się do osłabienia odporności psychicznej. Dlatego na wojnie niemożliwe jest odseparowanie wpływu emocji od innych czynników psychopatogennych.

Zawsze przypuszczano, że żołnierze, rekrutowani spomiędzy wieśniaków, pozostają odporni i choroby nerwowe praktycznie u nich nie istnieją. Jednakże podczas wojny rosyjsko- japońskiej procent chorób nerwowych u żołnierzy i oficerów był prawie taki sam, i wynosił 18,2 na 100 względem całkowitej liczby chorych U oficerów stwierdzano przede wszystkim chroniczny alkoholizm, progresywny paraliż i psychozy neurasteniczne. U żołnierzy - psychozy epileptyczne, psychozy alkoholowe i zamroczeniowe. Psychozy epileptyczne rozwijały się przede wszystkim podczas lub po wielkich bitwach. Obserwowano je również u osób, które nigdy nie miały ataku epilepsji. Choroba trwała zazwyczaj do trzech tygodni i przechodziła bez pozostawienia jakichkolwiek zaburzeń psychicznych. Odsetek oficerów dotkniętych zaburzeniami psychicznymi podczas wojny był prawie dwukrotnie wyższy niż w czasie w czasie pokoju. Wojna nie stworzyła żadnej szczególnej psychozy, ale pozostawiła ślad na wszystkich znanych jej formach. Prawie zawsze delirium miało jako tematykę wydarzenia wojenne i dominowały zaburzenia depresyjne.

Bardzo niewielka ilość alkoholu wystarczyła, żeby pojawiło się delirium alkoholowe, również u osób, które przed wojną nie cierpiały z tego powodu. Największa liczba zaburzeń psychicznych występowała u osób powoływanych na wojnę z rezerwy. Obciążenie dziedziczne odgrywało ogromną rolę i było postrzegane jako główne podłoże zaburzeń. Poza chorobami chronicznymi, które, nie mogły być przypisane wpływowi wojny, wojna odegrała bardzo znaczącą rolę w wywołaniu ostrych psychoz, głównie po-chodzenia emocjonalnego. Nie chcemy przez to powiedzieć, że rozwinęły się wyłącznie pod wpływem emocji. Chcemy tylko stwierdzić, że w ich genezie emocje odegrały rolę dominującą. Zaburzenia te były obserwowane tylko podczas albo jakiś czas po bitwach.

Emocje wywołują zaburzenia w całym organizmie i powodują jego intoksykację, zwłaszcza mózgu. Różnorodność reakcji emocjonalnych, ich brak spójności, pokazuje w ewidentny sposób że cały system nerwowy został wstrząśnięty i wprawiony w ruch. Kiedy intensywność szoku emocjonalnego przekracza pewne granice, wstrząs powoduje patologiczne konsekwencje.

Wnioski: 1. W prezentowanej pracy, ogłoszonej na kilka lat przed wybuchem I wojny światowej, Adam Cygielstrejch przedstawił w oryginalny sposób wpływ traumatycznych przeżyć (gwałtownych wzruszeń) na powstawanie ostrych zaburzeń psychicznych; 2. Podjął też próbę neurobiologicznej (neurointosykacyjnej) interpretacji mechanizmu powstawania tych zaburzeń.

Zdrowie psychiczne osób homo- i biseksualnych w kontekście modelu stresu mniejszościowego – prezentacja wyników badań własnych

Grzegorz Iniewicz
Instytut Psychologii Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Stres mniejszościowy jest konstruktem funkcjonującym w badaniach od kilkunastu lat, opisującym specyficzny rodzaj stresu doświadczanego przez osoby należące do mniejszości. Można go opisać jako dodatkowe, oprócz powszechnie występującego w populacji, obciążenie stresorami, które dotyka osób należących do stygmatyzowanych grup mniejszościowych. Podczas wystąpienia zostaną przedstawione ogólne ramy teoretyczne koncepcji stresu mniejszościowego odwołując się do modelu zaproponowanego przez Ilana Meyer'a. Zaprezentowane zostaną również wyniki badań, których celem była weryfikacja prezentowanego modelu.

Zaburzenia Korzystania z Gier Internetowych (Internet Gaming Disorder). Analiza krytyczna

Paweł Izdebski
Uniwersytet Kazimerza Wielkiego, Bydgoszcz

Celem wykładu jest przedstawienie obecnego statusu Zaburzenia Korzystania z Gier Internetowych (Internet Gaming Disorder). Mimo, że badania nad nałogiem internetowym trwają już od 20 lat trudno jest jednoznacznie określić, czy nałóg internetowy jest zaburzeniem w sensie medycznym.

Pojawienie się Internetu zrewolucjonizowało rynek gier komputerowych. Nastąpiła ekspansja gier komputerowych rozgrywanych w sieci. Gra sieciowa to gra, w której rozgrywka odbywa się w czasie rzeczywistym, online i w której jednocześnie może wziąć udział nieograniczona liczba osób.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w maju 2013 roku umieściło w Sekcji 3, klasyfikacji DSM-5 zaburzenie korzystania z gier internetowych (ang.: internet gaming disorder – IGD) [APA, 2013]. Decyzja ta opierała się na rekomendacjach specjalnie utworzonej roboczej grupy ekspertów, którzy przeanalizowali ponad 250 publikacji dotyczących tego tematu. Zważywszy na wagę konsekwencji oraz oceniane jako zwiększające się ryzyko klinicznego znaczenia tego problemu, został mu nadany status stanu wymagającego się dalszych szczegółowych badań. W wykładzie przedstawię stan badań na koncepcje teoretyczne

dotyczącego zjawiska. Omówię prawdopodobną etipatogenezę, czynniki ryzyka, metody diagnostyczne,

Po prawie dwóch dekadach badań ZKGI zostało uznane za zaburzenie, które wymaga oceny klinicystów i badaczy i może być porównywane z patologicznymi formami uprawiania hazardu. Jednakże brakuje jeszcze rzetelnych i trafnych metod diagnostycznych. Dlatego obecny status tego zjawiska jest in statu nascendi.

Płaszczyzny współpracy współczesnych psychologów klinicznych z psychiatrami (diagnoza i leczenie)

Bernadetta Izydorczyk
Instytut Psychologii Stosowanej Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Zabrze

Celem wykładu będzie przedstawienie głównych wytycznych opisujących i wspierających merytoryczną współpracę współczesnych psychologów klinicznych i psychiatrów w ramach prowadzonego przez nich procesu leczenia osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi. Główną intencją wykładu jest zwrócenie uwagi na podstawowe standardy szkolenia w zakresie specjalizacji z psychologii klinicznej jako te wspierające i wskazujące na potrzebę efektywnej merytorycznej współpracy w zakresie wykorzystania proponowanej przez specjalistów psychologii klinicznej psychologicznej diagnozy klinicznej oraz terapii psychologicznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Komórki macierzyste w napadach paniki

Marcin Jabłoński[1], Jerzy Samochowiec[1], Jolanta Kucharska-Mazur[1], Mariusz Ratajczak[2], Barbara Dołęgowska[3]
[1]Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin
[2]Stem Cell Biology Program at the James Graham Brown Cancer Center, University of Louisville, Louisville
[3]Zakład Diagnostyki Labolatoryjnej SPSK 2 PUM, Szczecin

Wstęp: W niniejszej pracy analizowano czy komórki macierzyste i czynniki, które są odpowiedzialne za ich przemieszczanie mogą być nowymi biologicznymi markerami zaburzeń lękowych.

Metodyka: Ocenie poddano grupę trzydziestu pacjentów z rozpoznaniem zespołu lęku napadowego (przed i po leczeniu), którą to grupę porównano do trzydziestu zdrowych osób stanowiących grupę kontrolną. Zbadano liczbę krążących HSC (hematopoetic stem cells) (Lin-/ CD45+ / CD34 +) i HSC (Lin- / CD45+/ AC133 +) oraz liczbę krążących VSEL (very small embryonic-like stem cells) (Lin- /CD45-/CD34+) i VSEL (Lin-/CD45-/AC133+) a także stężenia składowych dopełniacza: C3a, C5a i C5b-9, SDF-1 (stromal derived factor) i S1P (sphingosine-1-phosphatate).

Wyniki: Wykazano statystycznie istotnie mniejszy poziom HSCs (Lin-/CD45+/AC133+) w grupie badanej w porównaniu do grupy kontrolnej zarówno przed jak i po leczeniu. Poziom VSEL (Lin-/CD45-/CD133+) był istotnie statystycznie niższy w grupie pacjentów przed leczeniem w porównaniu do grupy pacjentów po leczeniu. Poziomy czynników odpowiedzialnych za przemieszczanie się komórek macierzystych były istotnie statystycznie niższe w grupie badanej w porównaniu do grupy kontrolnej przed i po leczeniu.

Wnioski: Oceniono, iż badanie komórek macierzystych i czynników związanych z ich przemieszczaniem się może być użyteczne w diagnostyce zaburzeń lękowych z napadami lęku.

Substancje działające na układ glutamatergiczny jako potencjalne leki psychotropowe

Askaniusz Jachimowski, Tomasz Mędrala, Wojciech Merk, Karolina Drzyzga, Agnieszka Bratek, Krzysztof Kucia
SPSK Nr 7 SUM GCM im. prof. Leszka Gieca, Katowice

Pojawienie się pierwszych leków psychotropowych na przełomie lat 50. i 60. XX wieku niewątpliwie stanowi przełomowy moment w historii leczenia chorób psychicznych. Rozwój farmakoterapii w psychiatrii, wprowadzenie i udoskonalenie kolejnych generacji leków doprowadził do znaczącej poprawy jakości życia pacjentów oraz wyposażył lekarzy w skuteczniejsze i bezpieczniejsze narzędzia terapeutyczne. Jednakże model leczenia oparty na substancjach oddziałujący głównie na układ dopaminergiczny, adrenergiczny i serotoninergiczny, pomimo znaczących udoskonaleń na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci, wciąż posiada wiele trudnych do zaakceptowania ograniczeń.

Badania przeprowadzane w ostatnich dekadach dostarczyły licznych dowodów na rolę układu glutamatergicznego w patogenezie wielu schorzeń psychiatrycznych. W świetle aktualnego stanu wiedzy modyfikacja przekaźnictwa glutamatergicznego może wywierać korzystny wpływ na leczenie tak odmiennych problemów klinicznych jak zaburzenia afektywne, schizofrenia, zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi, zaburzenia funkcji poznawczych czy zespół uzależnienia od alkoholu. Pozytywne rezultaty badań klinicznych weryfikujących przydatność ketaminy w leczeniu depresji spowodowały wzrost zainteresowania praktycznym wykorzystywaniem oddziaływania na układ glutamatergiczny. W ostatnich latach opracowano szereg związków wpływających w zróżnicowanych mechanizmach na przekaźnictwo glutamatergiczne. Choć nie wszystkie zdają się spełniać pokładane w nich nadzieje, w kilku przypadkach wyniki testów przedklinicznych oraz klinicznych są obiecujące. Dalsze badania potwierdzające skuteczność i bezpieczeństwo tych substancji są niezbędne, aby uzasadnić tezę o otwarciu nowej perspektywy terapeutycznej w leczeniu chorób psychicznych.

Celem prezentowanego wykładu jest próba dokonania systematycznego przeglądu najnowszych doniesień na temat wykorzystania substancji oddziałujących na układ glutaminergiczny w psychofarmakoterapii.

Dwubiegunowość a depresja poporodowa

Rafał Jaeschke, Dominika Dudek
Zakład Zaburzeń Afektywnych Katedry Psychiatrii UJ CM, Kraków

Depresja poporodowa (postpartum depression – PPD) jest ogólnoświatowym problemem zdrowia publicznego. Zaburzenie to występuje u ok. 15% kobiet w połogu. Etiologia PPD jest złożona. Do występowania poporodowych zaburzeń depresyjnych mogą przyczyniać się czynniki psychospołeczne (m.in. brak sieci wsparcia), położnicze (m.in. powikłania okołoporodowe), jak i psychiatryczne (przede wszystkim zaburzenia ze spektrum dwubiegunowego). Autor niniejszego wystąpienia przedstawi wyniki badania przekrojowego na temat częstości występowania cech „miękkiej dwubiegunowości" (analizowanych za pomocą kwestionariusza zaburzeń nastroju – MDQ)

u kobiet z objawami PPD. Ponadto w badaniu tym analizowano relacje między profilami osobowościowymi, symptomami PPD oraz cechami dwubiegunowości.

Wnioski: 1. Występowanie cech dwubiegunowości wiąże się z istotnie większym ryzykiem ujawnienia się objawów PPD; 2. Charakterystycznym elementem profili osobowościowych kobiet z objawami PPD dwubiegunowej jest silniej wyrażona ekstrawertyczność, otwartość na doświadczenie oraz sumienność.

Nasilenie bólu fizycznego jako czynnik wpływający na skuteczność terapii uzależnienia od alkoholu

Andrzej Jakubczyk, Marcin Wojnar
Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

Cel: Przeprowadzone badania wskazują, że ból fizyczny występuje u osób uzależnionych od alkoholu istotnie częściej niż w populacji ogólnej. Celem pracy była ocena związku pomiędzy redukcją nasilenia bólu fizycznego, a efektami terapii uzależnienia od alkoholu.

Metoda: Do badania włączono 366 pacjentów leczonych w stacjonarnych ośrodkach terapii uzależnienia od alkoholu. W czasie trwania terapii przeprowadzono analizę nasilenia bólu fizycznego, uzyskano informacje na temat danych demograficznych oraz dokonano nasilenia objawów depresyjnych, zaburzeń snu, poziomu impulsywności oraz ciężkości uzależnienia od alkoholu. Po 12 miesiącach od zakończenia leczenia ponownie kontaktowano się z pacjentami w celu oceny nawrotu picia oraz nasilenia bólu fizycznego.

Wyniki: Wśród osób, dla których możliwa była ponowna ocena psychopatologiczna po roku obserwacji (n=183); 29,5% potwierdziło spożywanie alkoholu w okresie ostatnich 4 tygodni. W grupie tej 48,6% pacjentów relacjonowało większe nasilenie bólu w porównaniu do pierwsze oceny; 28,8% podawało brak zmiany nasilenia bólu; 22,6% - podało redukcję nasilenia bólu. Obserwowano istotny statystycznie związek pomiędzy zmniejszeniem nasilenia bólu, a mniejszym ryzykiem nawrotu picia. Innymi czynnikami, które związane były z większym prawdopodobieństwem nawrotu picia były: większe nasilenie objawów depresyjnych, mniejsze oparcie społeczne w czasie pierwszej oceny oraz większa ilość wypijanego alkoholu przed rozpoczęciem leczenia. W analizie wieloczynnikowej zmniejszenie nasilenia bólu pozostało istotnym czynnikiem protekcyjnym nawrotu picia (OR = 0.159; 95%CI: 0.04–0.62; p = 0.008), także po uwzględnieniu innych zmiennych istotnie związanych z nawrotem picia w analizach dwuwymiarowych.

Wnioski: Oddziaływania mające na celu redukcję nasilenia bólu fizycznego mogą być potencjalnym celem terapeutycznym mogącym wpływać na efektywność terapii uzależnienia od alkoholu.

Miękkie objawy neurologiczne i móżdżkowe w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej

Weronika Janeczko[1], Adrian Chrobak[1], Anna Tereszko[1], Marcin Siwek[2], Dominika Dudek[2]
[1]Koło Naukowe Chorób Afektywnych UJ CM, Kraków
[2]Zakład Zaburzeń Afektywnych UJ CM, Kraków

Pacjenci ze schizofrenią (SZ) i chorobą afektywną dwubiegunową (BD) wykazują subtelne nieprawidłowości motoryczne zwane miękkimi objawami neurologicznymi (NSS). Istnieją dowody, że w obydwu chorobach występują zmiany w funkcjonowaniu, łączności i strukturze móżdżku. W związku z tym podejrzewamy, że zarówno w SZ jak i BD pojawiać się będą także miękkie objawy móżdżkowe (CSS) – analogicznie do NSS. W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 30 pacjentów z BD, 30 z SZ oraz 28 osób zdrowych. Stosowanymi skalami były: do opisu NSS - Neurological Evaluation Scale (NES) oraz – do opisu CSS: International Cooperative Ataxia Rating Scale (ICARS).

Grupy SZ i BD nie różniły się wynikami całościowymi ani na żadnej z podskal NES i ICARS.

Wyniki pacjentów SZ w porównaniu z grupą kontrolną były znacząco niższe we wszystkich podskalach, zarówno NES jak i ICARS. Wyniki grupy BD okazały się wyraźnie niższe we wszystkich podskalach NES oraz okulomotorycznej i kinetycznej podskali ICARS. Nie stwierdzono różnic w pozostałych podskalach ICARS.

Zgodnie z naszą wiedzą, jest to pierwsze badanie ukazujące CSS jako objawy wspólne dla SZ oraz BD. Sądzimy, że temat ten wymaga szczególnej uwagi w dalszych badaniach klinicznych dotyczących zmian strukturalnych i funkcjonalnych móżdżku.

Aleksytymia u polskich studentów

Michalina Janiec, Mateusz Toś, Ewelina Rybak, Olga Nurkowska, Karolina Drzyzga, Agnieszka Bratek, Krzysztof Kucia
Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

WSTĘP: Aleksytymia jako zaburzenie procesów emocjonalnych była początkowo zauważona wśród pacjentów z chorobami psychosomatycznymi, jednak później jej cechy zidentyfikowano również u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak: zaburzenia lękowe, depresyjne, czy też zaburzenia odżywiania. Na jej rozwój wpływają także trudności w dzieciństwie o szerokim spektrum – od zaniedbania (nadużywanie alkoholu w rodzinie, rozwód rodziców) po nadmierną kontrolę i nadopiekuńczość. Aleksytymia (dosł. z gr. „brak słów dla emocji") obejmuje następujące cechy: trudności w opisywaniu uczuć oraz odróżnianiu ich od objawów somatycznych, trudności w wyrażaniu emocji, ubóstwo wyobraźni, a także operacyjny styl myślenia.

CEL: Stwierdzenie częstości występowania aleksytymii wśród polskich studentów oraz określenie zależności aleksytymii od trudności w domu rodzinnym i współistnienia zaburzeń psychicznych.

MATERIAŁY I METODY: Grupa badana składała się z 1125 badanych, w tym 869 kobiet i 256 mężczyzn. Średni wiek badanych wyniósł 22,3 ± 2,07 lat; [przedział 18-40]. Grupę badaną stanowili studenci z kierunków: A – medycznych (n = 625); B – politechnicznych (n = 163); C – ekonomicznych (n = 144); D – humanistycznych (n = 141); E – wojskowych (n = 50). W badaniu posłużono się Torontowską Skalą Aleksytymii (TAS-26). Skala składa się z 26 pozycji obejmujących cztery składowe: trudności w odróżnianiu uczuć i doznań somatycznych, trudności w wyrażaniu emocji, myślenie konkretne i oraz ubóstwo wyobraźni.

Dodatkowo badani udzielili odpowiedzi na następujące pytania:1. Płeć; 2. Wiek; 3. Kierunek studiów; 4. Stan cywilny; 5. Orientacja seksualna; 6. Miejsce zamieszkania; 7. Relacja w domu rodzinnym; 8. Zdiagnozowane zaburzenia psychiczne.

WYNIKI: Kliniczną aleksytymię stwierdzono u 635 osób, graniczną u 433, a brak tylko u 57 osób. Nie wykazano statysty-

cznie istotnej różnicy między mężczyznami a kobietami w zakresie poziomu aleksytymii (p = 0.4517). Nie wykazano związku pomiędzy studiowaniem konkretnego kierunku a występowaniem klinicznej aleksytymii (p > 0.05). Wykazano statystycznie istotną różnicę występowania aleksytymii u badanych z trudnościami w domu rodzinnym w stosunku do badanych z beztroskim dzieciństwem

(p = 0.0001). Wykazano statystycznie istotną różnicę nasilenia występowania aleksytymii u badanych cierpiących na zaburzenia psychiczne w stosunku do badanych bez historii leczenia psychiatrycznego (p = 0.003).

WNIOSKI: Podsumowując, wyniki naszego badania wykazały u ponad połowy ankietowanych studentów kliniczną aleksytymię. Płeć oraz kierunek studiów nie miały wpływu na jej nasilenie. Nieprawidłowe relacje w domu rodzinnym przyczyniały się do częstszego występowania aleksytymii. U studentów cierpiących na zaburzenia psychiczne zaobserwowano wyższe natężenie aleksytymii niż u ich kolegów bez takich zaburzeń.

Formy opieki środowiskowej w oparciu o doświadczenia wielospecjalistycznego zespołu „Diamed" w Wielkopolsce

Anna Jankowiak, Krystyna Górna, Urszula Jurczak-Robaszkiewicz
NZOZ Diamed, Gniezno

W 2007 roku powstała poradnia NZOZ Diamed Poradnie Zdrowia Psychicznego dla Dzieci, Młodzieży i Dorosłych w Gnieźnie. Z biegiem czasu jednostka podpisywała kolejne kontrakty w NFZ w ramach: Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych, Poradni Leczenia Uzależnień, Dziennego Oddziału Psychiatrycznego, by wreszcie w 2015 r. otrzymać kontrakt na funkcjonowanie Zespołu Leczenia Środowiskowego. Zespół Diamedu w ramach psychiatrii środowiskowej podejmował działania już wcześniej: od 2011 r. - korzystając z możliwości realizowania projektów dotacyjnych w tym zakresie - z ramienia wcześniej powołanej do życia organizacji pozarządowej Stowarzyszenie "Nowa Wspólna Droga".

Złożona z wielu podjednostek struktura Diamedu pozwala na pogłębione działania międzysektorowe w ramach psychiatrii środowiskowej, dzięki czemu pacjent pozostaje pod opieką tego samego zespołu specjalistów w ramach jednej instytucji. Tak się często dzieje np. z pacjentami objętymi opieką wizyt domowych ZLŚ, którzy są zapraszani do uczestnictwa: kolejno w grupach terapeutycznych ZLŚ dla dzieci, młodzieży i dorosłych, terapii w ramach psychiatrycznego oddziału dziennego czy opieki ambulatoryjnej w ramach poradni zdrowia psychicznego. Oprócz międzysektorowości inną cechą zwiększającą efektywność funkcjonowania ZLŚ Diamed jest interdyscyplinarność specjalistów, a także nawiązywanie kontaktów nie tylko z rodzinami pacjentów, ale również współpracy międzyinstytucjonalnej np. z zespołami kuratorskiej służby sądowej, asystentami rodziny, nauczycielami, dyrektorami szkół, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi.

Aktualnie personel ZLŚ Diamed tworzą 24 osoby, w tym: 4 lekarzy psychiatrów, 3 terapeutów środowiskowych, 14 psychologów/ psychoterapeutów oraz 3 osoby zajmujące się administracją i organizacją działań. Zasięg terytorialny działań ZLŚ Diamed obejmuje 11 powiatów woj. wielkopolskiego: gnieźnieński, grodziski, międzychodzki, nowotomyski, obornicki, poznański, szamotulski, średzki, śremski, wrzesiński oraz Poznań. W 2015 r. przez pierwsze 5,5 mies. funkcjonowania ZLŚ zrealizowano 2040 wizyt, przez pierwsze 4 miesiące działania w 2016 r. - 2100 wizyt, w sumie do połowy maja 2016 zrealizowano 4140 wizyt.

Specyfikę funkcjonowania ZLŚ ukazują opisy przypadków dwóch pacjentek z diagnozą schizofrenii paranoidalnej, objętych opieką Zespołu Leczenia Środowiskowego Diamed. www.zls.diamedpzp.pl

Funkcjonalna interakcja struktur sieci kontroli poznawczej jako czynnik prognostyczny abstynencji od alkoholu

Piotr Januszko, Bartłomiej Gmaj, Tadeusz Piotrowski, Maciej Kopera, Andrzej Jakubczyk, Anna Klimkiewicz, Anna Wnorowska, Dorota Wołyńczyk-Gmaj, Marcin Wojnar
Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

Uzależnienie od alkoholu jest zaburzeniem, w przebiegu którego występuje silne pragnienie lub poczucie przymusu picia alkoholu z równoczesną niemożnością powstrzymania się od jego spożywania mimo negatywnych konsekwencji. Uważa się, że u podłoża tych przejawów uzależnienia leżą dysfunkcje w obrębie specyficznych obwodów neuronalnych, zwłaszcza układu nagrody i sieci kontroli poznawczej. Celem prezentowanej pracy była analiza spoczynkowej aktywności sieci kontroli poznawczej jako czynnika prognostycznego dla utrzymywania abstynencji od alkoholu. W badaniu udział wzięły 73 osoby (średnia wieku 44,26 ±10,04) uzależnione od alkoholu rekrutowane z ośrodków terapii odwykowej. U wszystkich osób badanych wykonano baterię testów psychologicznych i spoczynkowe badanie EEG. Dwanaście miesięcy później udało się skontaktować z 46 pacjentami (średnia wieku 45,96 ±10,25) i uzyskać informację na temat utrzymywania abstynencji od alkoholu. Warunkiem włączenia do właściwego etapu badania była możliwość wyizolowania 120 s. fragmentu zapisu EEG wolnego od artefaktów. Ostatecznie do analizy włączono 18 osób (średnia wieku 49,17 ±8,37), które utrzymywały abstynencję i 15 osób (średnia wieku 43,67 ±11,11), które abstynencję złamały. Za pomocą neuroobrazowania elektrofizjologicznego (exact low resolution electromagnetic tomography, eLORETA) między strukturami sieci kontroli poznawczej wyliczono opóźnienie synchronizacji fazy (lagged phase synchronization) będące miarą funkcjonalnej interakcji obszarów kory mózgu. U osób, które utrzymywały abstynencję od alkoholu, w porównaniu do osób, które złamały abstynencję, stwierdzono istotnie większą (p<0,05) synchronizację w zakresie częstotliwości fal delta (1,0 – 4,0 Hz) między grzbietowo-boczną korą przedczołową lewą a płacikiem ciemieniowym dolnym lewym. Na podstawie przeprowadzonej regresji logistycznej stwierdzono, że wartości spoczynkowej synchronizacji obwodów czołowo-ciemieniowych były najsilniejszym czynnikiem prognostycznym w utrzymywaniu abstynencji od alkoholu. Zmniejszona funkcjonalna interakcja struktur sieci kontroli poznawczej we wczesnym okresie abstynencji wiąże się z większym ryzykiem nawrotu picia alkoholu.

Leczenie parasomnii

Piotr Januszko[1], Dorota Wołyńczyk-Gmaj[1], Katarzyna Pisarska[2]
[1]Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa
[2]Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa

Objawy parasomnii wynikają ze wzajemnego przenikania się i nakładania na siebie różnych elementów czuwania, snu NREM oraz snu REM i obejmują proste i złożone aktywności moto-

ryczne w trakcie snu, doświadczane emocje i wrażenia somatosensoryczne, marzenia senne oraz objawy aktywacji autonomicznego układu nerwowego. Parasomnie wiążą się ze zwiększonym ryzykiem urazów ciała własnego, jaki i osoby współśpiącej, zwiększoną fragmentacją snu, nadmierną sennością i gorszą jakością funkcjonowania w ciągu dnia. W początkowym etapie postępowania konieczne jest przeprowadzenie diagnostyki różnicowej, zidentyfikowanie czynników nasilających objawy i współwystępujących innych zaburzeń snu, jak również oszacowanie nasilenia i ryzyka zachowań zagrażających oraz zadbanie o bezpieczeństwo otoczenia osoby śpiącej. W przypadkach łagodnych postaci parasomnii snu NREM efektywne bywają metody niefarmakologiczne, zwłaszcza ograniczenie deprywacji snu czy substancji sedatywnych, leczenie współwystępujących zaburzeń oddychania podczas snu. Opisano przypadki skutecznych oddziaływań psychoterapeutycznych. W wielu przypadkach parasomnie snu NREM ustępują samoistnie wraz z dojrzewaniem. Przy bardziej nasilonych epizodach z zachowaniami gwałtownymi konieczne jest zastosowanie farmakoterapii. Na podstawie przeglądu medycznych baz danych (Pubmed, MEDLINE, PsycINFO) stwierdzono jednakże niewystarczającą ilość rzetelnie przeprowadzonych badań na odpowiednio dużych grupach pacjentów umożliwiających opracowanie rekomendacji terapeutycznych. U osób z podejrzeniem zaburzeń zachowania związanych ze snem REM konieczne jest przeprowadzenie pełnej diagnostyki neurologicznej ze szczególnym uwzględnieniem chorób neurodegeneracyjnych, zwłaszcza synukleinopatii. W dotychczasowych badaniach klonazepam zalecany jest jako leczenie pierwszego rzutu. Wśród innych farmakologicznych metod leczenia wymienia się melatoninę, pramipexol, lewodopę i inhibitory cholinoesterazy.

Obciążenie rodzin sprawujących opiekę nad pacjentami ze schizofrenią i chorobą afektywną

Krystyna Jaracz[1], Krystyna Górna[1], Justyna Kiejda[1], Jan Jaracz[2], Anna Nieznańska[1], Barbara Grabowska-Fudala[1]

[1]Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

[2]Katedra i Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

Proces dezinstytucjonalizacji i reforma systemu opieki psychiatrycznej przyczyniły się do zwiększenia roli i odpowiedzialności opiekunów nieformalnych w opiece nad osobami chorymi psychicznie. Długotrwałe sprawowanie opieki, zwłaszcza przez okres dłuższy niż 5 lat, przez ponad 20 godzin tygodniowo może powodować skutki w postaci subiektywnego i obiektywnego obciążenia oraz pogorszenia stanu zdrowia opiekunów. W Polsce reforma systemu opieki psychiatrycznej jest w fazie początkowej, dlatego też ważne jest poznanie sytuacji opiekunów i rozmiaru zjawiska obciążenia w tej grupie.

Cel pracy: Celem pracy jest charakterystyka społeczno-demograficzna opiekunów chorych na schizofrenię i chorobę afektywną oraz ocena nasilenia obciążenia opieką, jak również określenie cech charakteryzujących osoby z wysokim poziomem obciążenia.

Materiał i metody: Zbadano 101 par opiekunów i pacjentów chorych na schizofrenię i 130 par opiekunów i pacjentów z chorobą afektywną (łącznie – 231 par). W badaniu zastosowano Kwestionariusz Obciążenia wg Stevena Zarita (ZCBI) do pomiaru obciążenia oraz zestaw standaryzowanych narzędzi badawczych do oceny innych charakterystyk osób badanych.

Wyniki: Większość opiekunów to kobiety (75,2%), średnio w wieku 50 lat, osoby z najbliższej rodziny (95%), czynne zawodowo (64,5%), z wykształceniem średnim lub wyższym (74,5%), poświęcające na opiekę ponad 20 godz. tygodniowo (70%). Duże obciążenie (ZCBI > 40 pkt.) występowało u 36,2% badanych. Osoby te to głównie opiekunowie chorych na schizofrenię (64,5%, p<0,001), płci żeńskiej (88%, p<0,001), nie będące współmałżonkiem/partnerem chorego (79%, p<0,01), pracujące zawodowo (54%, p<0,01), poświęcające na opiekę pow. 20 godz. tygodniowo (87%, p< 0,001), z podwyższonym poziomem lęku (61%, p<0,01) i depresji (56%, p<0,01).

Wnioski: Wobec znaczącego odsetka opiekunów doświadczających dużego obciążenia związanego z opieką nad chorym psychicznie, zwłaszcza na schizofrenię, konieczne jest systemowe wsparcie tych osób.

Zaburzenia procesów decyzyjnych i funkcji poznawczych w schizofrenii

Marcin Jaracz

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Neuropsychologii Klinicznej, Bydgoszcz

Podejmowanie decyzji jest procesem rozpatrywanym na wielu poziomach, od reakcji pojedynczych neuronów lub ich grup, po indywidualne i grupowe zachowania ludzi. Dlatego zagadnienie to stało się polem interdyscyplinarnych badań, integrującym osiągnięcia m.in. neurobiologii, psychologii oraz ekonomii. Obecnie prowadzone badania mają na celu identyfikację mechanizmów mózgowych, kształtujących stosunek do ryzyka finansowego, odpowiedzialnych za nadawanie wartości opcjom, spośród których dokonywany jest wybór, ewaluację konsekwencji podjętej decyzji oraz doskonalenie podejmowanych decyzji wraz z nabywanym doświadczeniem. Istotne znaczenie w poznawaniu mechanizmów podejmowania decyzji odgrywają badania nad sposobem podejmowania decyzji finansowych przez osoby, u których – z powodu uszkodzenia mózgu, choroby psychicznej, bądź neurologicznej – doszło do dysfunkcji obszarów mózgu, dzięki którym możliwe jest sprawne dokonywanie wyborów.

Schizofrenia jest neurorozwojową chorobą, w przebiegu której dochodzi do zaburzeń w funkcjonowaniu pętli neuronalnych odpowiedzialnych za główne składowe procesu podejmowania decyzji. Dysfunkcja pętli łączących prążkowie z grzbietowo-boczną korą przedczołową prowadzi do zaburzeń pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych odpowiedzialnych za uczenie się, planowanie i integrację informacji. Zaburzenia pętli orbitofronalnych prowadzą do deficytów w zakresie motywacji i nadawaniu bodźcom znaczenia emocjonalnego. W trakcie wykładu zaprezentowany zostanie aktualny stan wiedzy na temat zaburzeń procesów decyzyjnych i funkcji poznawczych istotnych przy podejmowaniu decyzji u pacjentów ze schizofrenią.

Depresja i funkcje poznawcze u pacjentów z otyłością

Marcin Jaracz

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Neuropsychologii Klinicznej, Bydgoszcz

Szereg badań wskazuje na współwystępowanie otyłości i depresji, co ma konsekwencje dla terapii i przeciwdziałania tym schorzeniom. Metaanalizy badań wskazują na zwiększone ryzyko wystąpienia depresji u osób z otyłością, ale też zwiększone ryzyko wystąpienia otyłości u osób z depresją. Jest to przejawem obustronnych zależności pomiędzy nimi na poziomach psychologicznym i neurobiologicznym. Zarówno otyłość, jak i depresja

związane są z podwyższonym ryzykiem wystąpienia m.in. zaburzeń naczyniowych, które negatywnie wpływają na funkcjonowanie poznawcze. Badania wskazują na występowanie u osób otyłych zaburzeń we wszystkich obszarach funkcjonowania poznawczego – m.in. uwagi, pamięci oraz podejmowania decyzji.

Współczesne badania koncentrują się na poszukiwaniu czynników warunkujących współwystępowanie otyłości, depresji i zaburzeń poznawczych. Obiecujące wydają się badania temperamentu afektywnego oraz genów wpływających na funkcjonowanie układów neuroprzekaźnikowych, które mogą predysponować do wystąpienia zaburzeń depresyjnych oraz określonych zachowań żywieniowych. W trakcie wykładu zostaną zaprezentowane wyniki badań oceniających występowanie objawów depresyjnych oraz deficytów poznawczych u osób otyłych, w kontekście czynników genetycznych i temperamentalnych.

Stygmatyzacja w obronie przed stygmatyzacją

Marek Jarema
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Zjawisko stygmatyzacji (czyli naznaczenia) z powodu choroby, znane było od lat. Najlepszym przykładem jest sposób, w jaki traktowani byli chorzy na trąd, dla których tworzono leprozoria. Niestety, problem ten nie minął wraz z postępem medycyny, a nawet daje się zauważyć rozpowszechnienie stygmatyzacji, przede wszystkim chorych psychicznie. Zbyt często taka osoba postrzegana jest jako niebezpieczna, nieprzewidywalna, dziwna, niepotrzebna, nie zasługująca na pomoc itp. W przeprowadzonej w 2015 r. ankiecie internetowej wśród 1 miliona respondentów, blisko połowa badanych w krajach rozwiniętych uznała, że choroba psychiczna jest taką samą chorobą jak każda inna; odsetek ten był dramatycznie niski (7%) wśród ankietowanych z krajów rozwijających się. Można uznać, że przyczyny stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi wynikają przede wszystkim z nieznajomości problematyki zaburzeń psychicznych i przeświadczenia o zagrożeniu, jakie te osoby stanowią dla innych, co umiejętnie podtrzymywane jest przez media. Z drugiej strony, niedostatki organizacyjne w postaci wadliwego (azylowego) modelu opieki psychiatrycznej, nie przyczyniają się do walki ze stygmatyzacją. W tym zakresie upowszechnianie wiedzy o zaburzeniach psychicznych oraz promocja zdrowia psychicznego są podstawami dla zwalczania stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Jak kochać to na zabój

Marek Jarema
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Stan zakochania jest niewątpliwie jednym z fascynujących stanów ducha i do tego najczęściej bardzo pożądanym. Dlaczego więc dopatrywać się w tym stanie elementów psychopatologii? Oczywiście stan zakochania nie jest zaburzeniem wymagającym leczenia, ale nosi w sobie pewne elementy oderwania od rzeczywistości. Np. wyraźnie mało krytyczne spojrzenie na obiekt swych uczuć cechuje większość zakochanych, a argumenty przeciwko przekonaniom o wyjątkowości kochanej osoby, są bezwzględnie odrzucane. Czy nie jest to sytuacja podobna do niektórych fałszywych przekonań, co zwykliśmy nazywać urojeniową interpretacją? Monotematyczność, zaabsorbowanie tylko jedną myślą, towarzyszące temu uczucie zadowolenia (a nawet szczęśliwości), zmniejszona konieczność zaspokajania potrzeb życiowych (np. jedzenia, spania), zachowania czasem ekscentryczne, niezgodne z dotychczasowym sposobem funkcjonowania osoby zakochanej, to tylko niektóre przykłady pozwalające na stawianie znaku zapytania o prawidłowe funkcjonowanie psychiczne osoby zakochanej. Oczywiście, nie ma potrzeby aby psychiatra zajmował się taką osobą, a już na pewno nie ma potrzeby myślenia o jakiejkolwiek formie terapii, ale stan zakochania to dobry przykład odmiennego funkcjonowania psychicznego, a jednak nie klasyfikowanego jako zaburzenie. Aktualne w tym kontekście jest więc pytanie, o granice normy i zaburzenia psychicznego, tym bardziej, że stan zakochania jest jednym z najbardziej pożądanych stanów emocjonalnych w każdej niemal kulturze.

Jak badania neurofizjologiczne zmienią praktykę kliniczną? Ocena układu glutaminergicznego w schizofrenii za pomocą fali niezgodności

Michał Jarkiewicz
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

WPROWADZENIE: Opieranie decyzji diagnostycznych i leczniczych w psychiatrii jedynie na podstawie klinicznej oceny zachowania i objawów zgłaszanych przez pacjentów, a nie obiektywnych badań jest często przedmiotem krytyki. Jednym z badań przygotowywanych do wprowadzenia do codziennej praktyki klinicznej jest słuchowa komponenta potencjału wywołanego – fala niezgodności (ang. mismatch negativity, MMN). Sprawność powstawania MMN została powiązana z funkcjonalnością układu glutaminergicznego. Redukcja amplitudy MMN została potwierdzona u osób z diagnozą schizofrenii w wielu opublikowanych dotychczas pracach i jest rozważana jako biomarker dla tej choroby. Jednak przed podjęciem kroków zmierzających do opierania istotnych w praktyce decyzji na podstawie parametrów MMN konieczne są badania nad zoptymalizowaniem stosowanej stymulacji i oceną zakresu w jakim to badanie neurofizjologiczne byłoby używane.

CEL: Celem badania własnego była ocena stymulacji słuchowej (zastosowano dwa paradygmaty znacznie różniące się stopniem złożoności) pod względem użyteczności w badaniach podstawowych i klinicznych, jak i związku mierzonych parametrów neurofizjologicznych MMN z danymi demograficznymi, stanem psychicznym i stosowanym leczeniem farmakologicznym.

METODA: Zbadano 35 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i 20 zdrowych uczestników. Oceniano amplitudę, latencję i rozkład amplitud MMN na powierzchni skóry głowy.

WYNIKI: Amplituda MMN dla większości bodźców odmiennych była istotnie mniejsza w grupie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Analiza wariancji wykazała istotną statystycznie redukcję amplitudy MMN dla bodźca o skróconym czasie trwania w grupie pacjentów leczonych klozapiną ($F(1,31)=9,2$; $p=0,005$); dla bodźca o zmienionej jaskrawości w grupie przyjmującej leki przeciwpsychotyczne w politerapii w porównaniu z grupą leczoną monoterapią ($F(1,31)=6,1$; $p=0,019$) i dla bodźca o zmienionej gęstości dźwięku w grupie leczonej klozapiną w porównaniu z grupą przyjmującą monoterapię ($F(1,31)=9,0$; $p=0,005$).

WNIOSKI: Wyniki badania sugerują, że fala niezgodności (MMN) powstająca, po niektórych z bodźców odmiennych zastosowanych w paradygmacie o większym stopniu złożoności może być istotnie mniejsza u pacjentów z niedostateczną odpowiedzią na leczenie przeciwpsychotyczne (leczenie politerapią lub klozapiną), co może mieć istotne implikacje kliniczne.

Jadłowstręt psychiczny w okresie preadolescencji i wczesnej adolescencji – powikłania somatyczne, opis przypadku

Ireneusz Jelonek[1], Małgorzata Janas-Kozik[1], Tomasz Koszutski[2], Klaudia Korecka[2]
[1]Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Katedry Psychiatrii i Psychoterapii ŚUM w Katowicach, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II sp. z o. o., Sosnowiec
[2]Klinika Chirurgii i Urologii Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka ŚUM w Katowicach, Katowice

Jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem, w trakcie którego wystąpić mogą rozmaite powikłania somatyczne. Celem prezentacji jest opis i analiza przypadku pacjentki chorującej na anoreksję, u której wystąpiły zespół tętnicy krezkowej górnej, ostra rozstrzeń żołądka, pneumatoza śródścienna ściany żołądka i objawy gazu w żyle wrotnej i wolnego powietrza w jamie otrzewnej.

12 letnia pacjentka z rozpoznaniem anoreksji, z masą ciała 28 kg, przy wzroście 152 cm, hospitalizowana była w oddziale pediatrii i kolejno w oddziale klinicznym psychiatrii. Ze względu na wyniszczenie, zły stan somatyczny, podjęto próbę realimentacji poprzez sondę nosowo-żołądkową. W drugiej dobie podaży diety poprzez sondę wystąpiły wymioty, bóle brzucha i pogorszenie stanu ogólnego dziecka. Wobec prezentowanych objawów klinicznych wykonano diagnostykę obrazową (RTG przeglądowe jamy brzusznej oraz tomografię komputerową jamy brzusznej). Badania te wykazały rozstrzeń żołądka z pneumatozą śródścienną, obecność gazu w żyle wrotnej oraz wolnego powietrza w jamie otrzewnej. Pacjentkę przekazano w trybie pilnym do oddziału chirurgicznego. Z uwagi na opisywane objawy podejrzewając perforację przewodu pokarmowego dziecko zakwalifikowano do laparoskopii zwiadowczej i kolejno laparotomii. W trakcie rewizji jamy otrzewnej prześledzono cały przewód pokarmowy z oceną przedniej i tylnej ściany żołądka, nie stwierdzając obecności perforacji, usunięto uchyłek Meckela, uwolniono dwunastnicę z miejsca ucisku wytworzonego przez tętnicę krezkową górną. W okresie pooperacyjnym nie obserwowano powikłań chirurgicznych. Wykonane w piątej dobie po zabiegu kontrolne badanie USG jamy brzusznej nie wykazywało zmian patologicznych (ściana żołądka bez zaznaczonej pneumatozy oraz brak gazu w żyle wrotnej). W 5-tej dobie po zabiegu operacyjnym pacjentkę z planami dalszego leczenia żywieniowego przekazano do oddziału gastroenterologicznego.

Wnioski: Pneumatoza śródścienna żołądka z gazem w żyle wrotnej oraz zespół tętnicy krezkowej górnej są potencjalnie groźnymi powikłaniami przewlekłego niedożywienia i anoreksji. Stwierdzenie ostrej rozstrzeni żołądka wymaga badań obrazujących stopień nasilenia zmian współistniejących. Mimo niepokojących objawów radiologicznych intensywne leczenie zachowawcze i kontrolna tomografia komputerowa po 24-48 godzinach, mogą być przydatne w podjęciu decyzji o odstąpieniu od leczenia chirurgicznego.

Depresja jako zaburzenie wynikające z nadwrażliwości pokarmowej IgG zależnej

Dariusz Juchnowicz[1], Hanna Karakuła-Juchnowicz[2], Mirosława Gałęcka[3], Anna Bartnicka[3], Paweł Krukow[4], Justyna Morylowska-Topolska[4], Aneta Opolska[5]
[1]Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego UM, Lublin
[2]I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji UM, Zakład Neuropsychiatrii UM, Lublin
[3]Instytut Mikroekologii, Poznań
[4]Zakład Neuropsychiatrii UM, Lublin
[5]Poradnia Dietetyczna, Katedra Biotechnologii, Żywienia Człowieka i Towaroznawstwa Żywności, Uniwersytetu Przyrodniczego. Katedra Dietetyki Wydziału Nauk Społecznych i Nauk Medycznych WSNS, Lublin

Wstęp: Depresja jest heterogennym zaburzeniem psychicznym, w którego etiologii i mechanizmie uczestniczy wiele czynników, dlatego też potrzebne są nowe, lepsze modele integracyjne oparte na badaniach behawioralnych, socjologicznych oraz neuroscience, które lepiej ujmą złożoność a zarazem różnorodność zaburzeń nastroju (Wittchen, 2012). W tym kontekście szczególne zainteresowanie wzbudza zapalna (cytokinowa) teoria depresji, która w ostatnich latach często bywa wiązana ze zjawiskiem przesiąkliwego jelita oraz nadwrażliwością pokarmową IgG- zależną (Karakula i wsp., 2014).

Celem badania było porównanie stężenia przeciwciał IgG przeciwko 39 wybranym antygenom pokarmowym (ImuPro, R-Biopharm, ELISA) w grupie pacjentów z rozpoznaniem depresji, grupie pacjentów z rozpoznaniem, w którym często raportowana jest nadwrażliwość pokarmowa IgG-zależna- zespołem jelita drażliwego (Wei i wsp., 2013) oraz grupie kontrolnej.

Grupa badana: Badania objęły grupę 53 osób: 18 pacjentów z depresją (D), 16 pacjentów z rozpoznaniem jelita drażliwego (JD) oraz 19 zdrowych psychicznie i fizycznie osób tworzących grupę kontrolną (K). Grupy nie różniły się istotnie pod względem wieku i płci osób badanych. Wykonano następujący zestaw badań: CRP jako wskaźnik zapalny, TSH –monitorujący funkcje tarczycy oraz test ImuPro określający stężenie przeciwciał IgG Analizę statystyczną oparto o analizę wariancji ANOVA.

Wyniki: Stężenia swoistych przeciwciał IgG względem 8 z 39 wybranych składników pokarmowych różnicowały istotnie trzy badane grupy, przy czym w większości przypadków poziomy przeciwciał w grupie D i JD nie różniły się od siebie.

Wnioski: 1. Badane trzy grupy osób różniły się istotnie w zakresie mian p/cial IgG p/ko 8 wybranym składnikom pokarmowym; 2.W grupie pacjentów z depresją odnotowano podobnie wysokie poziomy przeciwciał IgG jak w grupie pacjentów z jelitem drażliwym; 3. Uwzględnienie zaleceń dietetycznych opartych o podwyższony poziom przeciwciał IgG przeciwko antygenom pokarmowym podobnie jak w terapii zespołu jelita drażliwego, może stanowić pomocne narzędzie w terapii zaburzeń depresyjnych; 4. Poprawa diagnostyki i terapii depresji jest naglącą koniecznością w świetle wzrostu częstości występowania zaburzenia i znaczącego jej wpływu na zdolność funkcjonowania chorego w społeczeństwie.

Bibliografia: 1. Mansueto, Pasquale, et al. "Food allergy in irritable bowel syndrome: The case of non-celiac wheat sensitivity." World journal of gastroenterology: WJG 21.23 (2015): 7089; 2. Wei, Zhang, et al. "Study on the Relationship Between food Allergy and the Immune Disorder of Irritable Bowel Syndrome." China Journal of Pharmaceutical Economics (2013): S2.

Dieta a zaburzenia funkcji poznawczych u pacjentów ze schizofrenią obciążonych zespołem metabolicznym

Sylwia Kalinowska[1], Katarzyna Groszewska[2], Jerzy Samochowiec[1]
[1]*Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin*
[2]*PUM, Szczecin*

Wstęp: Schizofrenia jako zaburzenie psychiczne charakteryzuje się zmienionym chorobowo i nieadekwatnym postrzeganiem, przeżywaniem, odbiorem i oceną rzeczywistości. Tacy pacjenci mają poważnie upośledzoną umiejętność krytycznej, realistycznej oceny własnej osoby, czego powodem może być zaniedbywanie się skutkujące nadmierną masą ciała. Badania pokazują, że często wraz ze schizofrenią może współwystępować zespół metaboliczny (ZM), którego przyczyną może być zarówno zaniedbywanie się, jak i stosowane leczenie farmakologiczne. Jednak przy występujących objawach choroby podstawowej, zaburzenia somatyczne często schodzą na dalszy plan leczenia. Dieta osób chorujących na schizofrenię nie jest kontrolowana, a pacjenci często nie przestrzegają podstawowych zasad racjonalnego żywienia. Zły jakościowy jadłospis może skutkować rozwinięciem ZM. Zaburzenia funkcji poznawczych są jednym z deficytów, który występuje w przebiegu schizofrenii. Schizofrenię uważa się obecnie za chorobę neurorozwojową, jednym z deficytów są zaburzenia pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych. Niektóre składniki odżywcze oraz spożywanie odpowiednich porcji w ciągu dnia może poprawić procesy myślowe, ponieważ poszczególne składniki pokarmowe powodują istotne zmiany w biochemii mózgu.

Cel: Celem niniejszej prezentacji jest zwrócenie uwagi na zachowania żywieniowe pacjentów chorujących na schizofrenię oraz ich ewentualnego wpływu na rozwój ZM i funkcje poznawcze.

Proponowane metody: Skala PANSS, testy poznawcze: test kolorowych połączeń, test Stroopa, cyfry wspak, sprawdzenie fluencji słownej, autorski wywiad żywieniowy, interwencja dietetyczna (autorski 7 dniowy jadłospis), badania laboratoryjne (stężenie glukozy we krwi, profil lipidowy).

Grupa badawcza: W prowadzonych badaniach weźmie udział 200 osób chorujących na schizofrenię będących pod opieką Poradni Kliniki Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Z chorujących na schizofrenię osób zostanie wybranych 100 z rozpoznanym zespołem metabolicznym (dotychczas zrekrutowano 20 osób)

Wstępne wyniki i wnioski: Wprowadzenie specjalistycznej interwencji dietetycznej pozwoli uzyskać ogólne polepszenie stanu zdrowia pacjentów i może spowodować polepszenie funkcji poznawczych, co znajdzie swoje potwierdzenie w lepszym funkcjonowaniu tych osób w codziennym środowisku. Konieczna jest dalsza kontynuacja badań, oraz przeprowadzenie szczegółowych analiz statystycznych.

Funkcje wykonawcze w schizofrenii – czy istnieją różnice międzypłciowe?

Agnieszka Kałwa[1], Beata Hintze[2], Magdalena Rowicka[2]
[1]*Instytut Psychiatrii i Neurologii, Klinika Psychiatrii Sądowej, Warszawa*
[2]*Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Instytut Psychologii Stosowanej, Warszawa*

Wydaje się, że wiele już wiemy na temat zaburzeń funkcji poznawczych u osób z rozpoznaniem schizofrenii. Mimo to, kwestia różnic płciowych związanych z funkcjonowaniem poznawczym w tej chorobie jest nadal niejasna. W literaturze światowej istnieją niejednoznaczne dane dotyczące różnic w wykonaniu testów neuropsychologicznych przez mężczyzn i kobiety. Stwierdzane różnice dotyczą badania różnych obszarów poznawczych u osób z różnym czasem trwania choroby.

Zaburzenia funkcji wykonawczych są uważane za jedne z najważniejszych zaburzeń funkcji poznawczych w schizofrenii. Jednym z najbardziej znanych i najczęściej stosowanych narzędzi w diagnozie funkcji wykonawczych w badaniach naukowych i w praktyce jest Test Sortowania Kart Wisconsin WCST. Użyto go w badaniach własnych (Hintze, Kałwa, Rowicka 2015), których celem była m.in. ocena nasilenia zaburzeń funkcji wykonawczych w grupie osób dorosłych chorych na schizofrenię w zależności od płci.

Grupę kliniczną stanowiło 76 osób dorosłych chorych na schizofrenię paranoidalną, 30 kobiet i 46 mężczyzn w wieku od 19 do 56 lat (średnia wieku 31,27 lat), z wykształceniem mierzonym w latach edukacji od 8 do 20 (średnia 14,24). Osoby te zachorowały na schizofrenię w wieku od 15 do 38 lat (średnia 22,08). Czas trwania choroby wynosił u nich od 1 roku do 27 lat (średnia 9,07 lat), a liczba hospitalizacji od 1 do 20 (średnia 4,60). Byli pacjentami oddziałów terapeutycznych (edukacyjno-rehabilitacyjnych) w okresie przed wypisem. Wszystkie osoby badane otrzymywały leki przeciwpsychotyczne, większość nowej generacji. Grupę kontrolną stanowiło 58 osób zdrowych, 31 kobiet i 27 mężczyzn, w wieku od 18 do 56 lat (średnia wieku 32,98 lat), z wykształceniem mierzonym w latach edukacji od 10 do 19 (średnia 15,15). W grupie osób chorych na schizofrenię, kobiety w porównaniu z mężczyznami uzyskały istotnie statystycznie gorsze wyniki w czterech parametrach testu WCST. Popełniły więcej wszystkich błędów (eta2=0,05), błędów perseweracyjnych (eta2=0,07), uzyskały niższy wskaźnik odpowiedzi zgodnych z koncepcją logiczną (eta2=0,05) oraz ułożyły mniej poprawnych kategorii (eta2=0,05). W grupie osób zdrowych nie stwierdzono żadnych istotnych statystycznie różnic w wynikach testu WCST między kobietami a mężczyznami. Uzyskano istotne różnice we wszystkich parametrach testu WCST pomiędzy kobietami chorymi a zdrowymi. Kobiety chore popełniły znacznie więcej wszystkich błędów (eta2=0,21), w tym błędów perseweracyjnych (eta2=0,25), błędów nieperseweracyjnych (eta2=0,11), uzyskały istotnie niższy wskaźnik odpowiedzi zgodnych z koncepcją logiczną (eta2=0,24), ułożyły mniej poprawnych kategorii (eta2=0,11) oraz wykorzystały nieznacznie więcej kart do ułożenia pierwszej kategorii (eta2=0,06). Natomiast wyniki chorych na schizofrenię mężczyzn w porównaniu ze zdrowymi nie różniły się jedynie w liczbie poprawnie ułożonych kategorii, w pozostałych parametrach chorzy mężczyźni uzyskali wyniki istotnie gorsze. W badanej grupie kobiety chore na schizofrenię uzyskały gorsze wyniki w teście WCST w porównaniu z chorymi mężczyznami, co wskazuje u nich na większe nasilenie zaburzeń funkcji wykonawczych. Próby interpretacji tego rezultatu w świetle innych zmiennych psychospołecznych nie przynoszą jednoznacznego wyjaśnienia- kobiety z grupy eksperymentalnej były starsze od mężczyzn, jednak różnica ta była nieznaczna. Zachorowały na schizofrenię w istotnie późniejszym okresie życia w porównaniu z mężczyznami. Charakteryzowały się podobną liczbą lat edukacji, liczbą hospitalizacji, a także podobnym czasem trwania choroby i nasileniem objawów psychopatologicznych schizofrenii.

Dwubiegunowość i bulimia

Katarzyna Kamińska[1], Jolanta Charytonik[2], Janusz Rybakowski[3]
[1]Indywidualna praktyka lekarska, Poznań
[2]Wydział Psychologii Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań
[3]Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego, Poznań

Skala TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa and San Diego Questionnaire) jest narzędziem do pomiaru temperamentów afektywnych, takich jak temperament depresyjny, cyklotymiczny, hipertymiczny, drażliwy i lękowy. Celem niniejszego badania była ocena i porównanie wymiarów temperamentu pacjentek ze współistniejącymi zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi i bulimią (BD+B) z grupą pacjentek z „czystą '' chorobą afektywną dwubiegunową (BD) oraz z „czystą'' bulimią (B). W badaniu wzięło udział 47 pacjentek z chorobą afektywną dwubiegunową (średnia wieku 36±10 lat), 96 pacjentek z rozpoznaniem bulimii lub anoreksji typu bulimicznego (średnia wieku 26±9 lat) oraz 50 zdrowych kobiet (średnia wieku 29±6 lat), jako grupa kontrolna (GK). Spośród chorych z zaburzeniami jedzenia o typie bulimicznym, wyłoniono dodatkowa grupę z podwójną diagnozą (zaburzenia jedzenia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej). Do wyodrębnienia współistnienia „dwubiegunowości" zastosowano Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju (MDQ). Grupa ta liczyła 68 pacjentek. Do oceny wymiarów temperamentu zastosowano Kwestionariusz TEMPS-A - wersję składającą się ze 110 pytań określających pięć afektywnych wymiarów temperamentu. Analizę statystyczną przeprowadzono wśród losowo wybranych 28 kobiet z każdej z czterech grup (BD, B, BD+B i GK).

Porównanie wymiarów temperamentu wykazało we wszystkich badanych grupach pacjentek większe nasilenie wymiarów: drażliwego, cyklotymicznego, depresyjnego i lękowego w porównaniu do GK. Natomiast wymiary cyklotymiczny i drażliwy były najbardziej wyrażone w grupie z podwójną diagnozą (BD+B). Przedstawione wyniki wskazują, że wymiar temperamentu drażliwy i cyklotymiczny istotnie częściej występują u chorych ze współwystępowaniem zaburzeń jedzenia o typie bulimicznym i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych niż u pacjentek z jednym z tych zaburzeń.Ograniczeniem badania było zastosowanie jedynie MDQ do oceny,, dwubiegunowości" u pacjentek z typem bulimicznym zaburzeń jedzenia.

Badania asocjacyjne funkcjonalnych polimorfizmów genów interleukin oraz ich receptorów: IL1A, IL1B, IL1RA, IL6, IL6R, IL10, IL10RA i TGFB1 w schizofrenii

Paweł Kapelski[1], Maria Skibińska[1], Małgorzata Maciukiewicz[2], Monika Wiłkość[3], Dorota Frydecka[4], Agata Groszewska[5], Beata Narożna[6], Monika Dmitrzak-Węglarz[1], Piotr Czerski[1], Joanna Pawlak[1], Aleksandra Rajewska-Rager[7], Anna Leszczyńska-Rodziewicz[1], Agnieszka Słopień[8], Dorota Zaremba[1], Joanna Twarowska-Hauser[1]
[1]Zakład Genetyki w Psychiatrii Katedry Psychiatrii UM, Poznań
[2]Pharmacogenetics Research Clinic,Campbell Family Mental Health Research Institute Centre for Addiction and Mental Health, Toronto
[3]Instytut Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz
[4]Katedra Psychiatrii UM, Wrocław
[5]Instytut Biologii Molekularnej i Biotechnologii, Wydział Biologii, Uniwersytet Adama Mickiewicza, Poznań
[6]Katedra Pulmonologii, Laboratorium Biologii Molekularnej i Komórkowej UM, Poznań
[7]Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Poznań
[8]Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM, Poznań

Wstęp: W badaniach zaobserwowano związek pomiędzy schizofrenią i chorobami autoimmunologicznymi. Zaburzenia w układzie immunologicznym mogą wpływać na procesy neurorozwojowe, neuroplastyczność oraz neurotransmisję i w ten sposób przyczyniać się do zachorowania lub wpływać na przebieg choroby. Uważa się, że szczególnie zaburzenia w układzie cytokin występujące przed porodem lub na wczesnych etapach rozwojowych mogą wpływać na procesy neurorozwojowe i powodować wystąpienie podatności do zachorowania na schizofrenię.

Metody: Zbadano łącznie 27 polimorfizmów genów interleukin oraz ich receptorów: IL1N gen: rs1800587, rs17561; IL1B gen: rs1143634, rs1143643, rs16944, rs4848306, rs1143623, rs1143633, rs1143627; IL1RN gen: rs419598, rs315952, rs9005, rs4251961; IL6 gen: rs1800795, rs1800797; IL6R gen: rs4537545, rs4845617, rs2228145; IL10 gen: rs1800896, rs1800871, rs1800872, rs1800890, rs6676671; IL10RA gen: rs2229113, rs3135932; TGF1B gen: rs1800469, rs1800470; wybranych ze względu na ich funkcjonalność. Badaniem objęto 621 pacjentów z diagnozą schizofrenii oraz 531 osób z grupy kontrolnej.

Wyniki: Wykazano związek polimorfizmów: rs4848306 (IL1B gen), rs4251961 (IL1RN gen), rs2228145 i rs4537545 (IL6R gen) z ryzykiem zachorowania na schizofrenię. Polimorfizm rs6676671 (IL10 gen) związany był z wczesnym początkiem choroby. Analizowane polimorfizmy w obrębie poszczególnych genów były ze sobą silnie sprzężone za wyjątkiem polimorfizmów genu IL10RA. Haplotyp utworzony przez polimorfizmy rs4537545 i rs2228145 (IL6R gen) wiązał się z ryzykiem zachorowania na schizofrenię. Analiza pod względem obciążenia rodzinnego schizofrenią i innymi zaburzeniami psychicznymi oraz nadużywaniem alkoholu dała wyniki negatywne.

Wnioski: Wskazane są dalsze badania polimorfizmów genów interleukin i ich receptorów oraz ich korelacji z poziomami kodowanych białek w surowicy.

Rola zmysłów w procesie komunikacji

Agnieszka Kapinos-Gorczyca[1], Beata Kazek[2]
[1]*Centrum Zdrowia Psychicznego "Feniks", Gliwice*
[2]*Centrum Wspomagania Rozwoju "Persevere", Katowice*

Naturalnymi wrotami komunikacji ze światem zewnętrznym są narządy zmysłów, dzięki którym czerpiemy informacje o nas samych i otaczającym nas świecie. Zmysły są ściśle zintegrowane z OUN. Funkcjami OUN są odbiór, przechowywanie i przetwarzanie wrażeń pochodzących z pojedynczych lub wielu zmysłów. Harmonijne dojrzewanie i funkcjonowanie sprawności motorycznej w tym manualnej, percepcji wzrokowej i słuchowej stanowi fundament rozwoju komunikacji.

Wiele chorób OUN w wieku rozwojowym przebiega z zaburzeniami w pojedynczych bądź wielu zmysłach. Należą do nichencefalopatie stacjonarne powstałe w następstwie zaburzeń perinatologicznych (mózgowe porażenie dziecięce), neuroinfekcji (zakażenia wewnątrzmaciczne), urazów czaszkowo-mózgowych, wad rozwojowych mózgu, czy schorzenia naczyń mózgowych (udary) oraz encefalopatie postępujące.

Charakterystyczny profil sensoryczny cechuje także osoby z diagnozą zaburzeń spektrum autyzmu (ASD – ang. Autistic Spectrum Disorders). Zaburzenia sensoryczne stwierdza się u 42–88% osób z autyzmem. W amerykańskiej klasyfikacji DSM-V z 2013 roku nietypowe doznania sensoryczne uzupełniły istniejące dotychczas kryteria diagnostyczne i weszły w skład obszaru zachowań stereotypowych. Odrębności w odbiorze świata zewnętrznego wpływają na odmienny sposób myślenia, reagowania i komunikacji osób z zaburzeniami spektrum autyzmu.

The implementation of a Polish National Suicide Prevention Program: lessons from Austria

Nestor Kapusta
Medizinische Universität, Wien

Suicide, a preventable cause of death, is at least two times more common than fatal traffic accidents. In order to reduce suicide rates, few european countries have developed and implemented national suicide prevention programs. However, although recommended by the European commission (Wahlbeck and Mäkinen, 2008), most european countries still have not started to focus their efforts on suicide prevention. Among only a few european countries, Poland is facing a continous increase in suicide rates since more than four decades (Hofer et al., 2012), while the suicide rates in many other countries are on the decline. Recent initiatives to implement a national suicide prevention program in Poland highlight an important step forward. Based on the example of Austria, suicide prevention must be addressed under the "health in all policies“ premise, which means that a well planned, coordinated multilevel approach is necessary, incorporationg governmental institutions, research groups, media and NGOs into a nationwide movement. Failing to understand that suicide prevention needs support at all levels of society might prolong the process of program development and lead to ineffective projects serving particular interests rather than the 6000 persons who die and many others who attempt suicide each year in Poland.

Wahlbeck K. & Mäkinen M. (Eds). (2008). Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.

Höfer P, Rockett IR, Värnik P, Etzersdorfer E, Kapusta ND. Forty years of increasing SUICIDE mortality in Poland: undercounting amidst a hanging epidemic? [1] BMC Public Health. 2012 Aug 11;12:644.

Charakterystyka wybranych funkcji językowych i komunikacyjnych u pacjentów ze schizofrenią

Ewa Karabanowicz[1], Ernest Tyburski[2], Andrzej Sokołowski[3], Dominika Myślińska[1]
[1]*Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański (doktorant), Gdańsk*
[2]*Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin*
[3]*Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, Warszawa*

W przebiegu zaburzeń psychotycznych dochodzi do zakłóceń funkcji językowych i komunikacyjnych. Wynikają one z nieprawidłowego funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego. Stwierdza się nieumiejętność uchwycenia kluczowego tematu wypowiedzi, niespójność semantyczną stosowanych wyrażeń, rozkojarzenie, niezdolność do utrzymywania w polu uwagi informacji na temat kontekstu oraz trudność z przetwarzaniem treści figuratywnych. Zauważalny jest także natłok mowy oraz tendencja do zbaczania od kluczowego wątku.

Celem badania jest przedstawienie specyfiki zaburzeń w zakresie wybranych funkcji językowych i komunikacyjnych (rozumienia treści figuratywnych, umiejętności wnioskowania, kontroli zachowania) u osób ze schizofrenią paranoidalną uzależnionych i nieuzależnionych od substancji psychoaktywnych. Sformułowano następujące pytania badawcze: Czy u pacjentów z diagnozą schizofrenii obserwuje się zaburzenia funkcji językowych i komunikacyjnych? Jakiego typu różnice w zakresie wybranych funkcji językowych i komunikacyjnych obserwuje się w badanych grupach? W badaniu wzięły udział osoby ze schizofrenią paranoidalną uzależnione i nieuzależnione od substancji psychoaktywnych. Grupę kontrolną stanowią osoby zdrowe psychicznie i neurologicznie. Wykorzystano podtesty z Baterii Testów do Badania Funkcji Językowych i Komunikacyjnych Prawej Półkuli Mózgu RHLB (Test Wnioskowania, Test Humoru, Test Komentarzy, Test Metafor Rysunkowych, Test Metafor Pisanych, Test Wyjaśnień Metafor Rysunkowych, Test Wyjaśnień Metafor Pisanych).

Wyniki badania ujawniają, że u osób ze schizofrenią paranoidalną występują zaburzenia funkcji komunikacyjnych, dezintegracja systemu językowego, obniżona sprawność wnioskowania, wyjaśniania metafor, rozumienia humoru. Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych mają większą trudność z myśleniem abstrakcyjnym, przetwarzaniem treści figuratywnych. Posiadają również mniejszą zdolność kontroli zachowania. Uzyskane wyniki pozwalają na ocenę poznawczego i językowego poziomu funkcjonowania osób chorych na schizofrenię. Ponadto mogą wpłynąć na zrewidowanie programów terapii z pacjentami oraz proces diagnostyczny.

Otyły mózg - czy otyłość można traktować jako chorobę mózgu?

Hanna Karakuła-Juchnowicz
I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji i Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej Katedry Psychiatrii UM, Lublin

Choć diagnoza otyłości kodowana jest w ICD-10 w rozdziale IV Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany materii, nie milkną dyskusje dotyczące zaliczenia części przypadków otyłości do grupy zaburzeń psychicznych (np. uzależnienia od pożywienia lub grupy zaburzeń odżywiania się np. napadowego objadania się). Na podstawie wyników badań przeprowadzonych na modelu zwierzęcym, a także potwierdzonych w badaniach na ludziach pojawiają się też sugestie, iż otyłość można traktować jako chorobę mózgu.

Niniejsze wystąpienie ma na celu pokazanie innej perspektywy widzenia otyłości- przez pryzmat zmian zachodzących w CUN na

różnych etapach życia i skutkujących w późniejszym okresie zaburzeniami poznawczymi utrudniającymi proces terapii u tych pacjentów. W kolejności omówione zostanie:

1. Wpływ narażenia na przekarmianie w okresie płodowym i wczesnego dzieciństwa na kontrolę spożywania pokarmów w dorosłym życiu; 2. Przekarmienie i otyłość a zmiany w metabolizmie mózgu; 3. Przekarmienie i otyłość a zmiany strukturalne i funkcjonalne CUN; 4. Otyłość a zmiany zapalne w hipokampie i podwzgórzu oraz ich skutki; 5. Zaburzenia poznawcze w otyłości i ich wpływ na efekty terapii.

Zatrucia samobójcze na terenie lubelszczyzny w latach 1981-2010: kto, dlaczego i czym?

Hanna Karakuła-Juchnowicz[1], Magdalenia Majewska[2]
[1]I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji i Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej Katedry Psychiatrii UM, Lublin
[2]Oddział Kardiologiczno-Toksykologiczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im.Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Lublin

Wstęp: W Polsce od kilku lat obserwuje się niepokojąco istotny wzrost współczynnika dokonanych samobójstw (Jarosz, 2013), których liczba pozostaje większa, niż liczba ofiar wypadków drogowych (Hołyst, 2012). Próby samobójcze, mimo że często nie są podejmowane z bezpośrednim zamiarem pozbawienia się życia, stanowią ważny i trudny problem w codziennej praktyce lekarskiej, zarówno w ramach procedur i świadczeń z zakresu medycyny ratunkowej, lekarzy pierwszego kontaktu oraz całego systemu opieki psychiatrycznej i psychologicznej. Zatrucia są jednym z najczęstszych sposobów prób suicydalnych.

Cel pracy: Celem pracy była analiza przypadków zatruć, w szczególności zatruć samobójczych, w latach 1981-2010, pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Toksykologicznym Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego w Lublinie.

Materiał i metoda: Grupę badaną utworzyło 7386 pacjentów hospitalizowanych w latach 1981-2010, których dane do niniejszego badania zebrano na podstawie 7557 historii chorób tychże pacjentów. Wobec lawinowo zwiększającej się liczby hospitalizowanych pacjentów ostatecznie szczegółowej analizie poddano następujące lata: 1981, 1982, 1985, 1987, 1990, 1992, 1995, 1997, 2000, 2002, 2005, 2007, 2010.

Wyniki i wnioski: 1. W badanym okresie większość hospitalizacji (73,8%) była związana z celową intoksykacją ksenobiotykiem, z czego 50,64% stanowiły zatrucia samobójcze, zaś 23,16% zatrucia z przedawkowania. W 18,7% przypadków było to zatrucie przypadkowe, w 7,5% przypadków nie udało się ustalić charakteru zatrucia; 2. Obserwowano systematyczny wzrost liczby hospitalizacji spowodowanych celową intoksykacją ksenobiotykiem (od 139 w roku 1981 do 1053 w roku 2010); 3. Najwięcej odnotowano przypadków zatruć lekami (57,22%) oraz etanolem (39,12%). Kobiety częściej ulegały zatruciom lekami, z kolei mężczyźni częściej znajdowali się pod wpływem alkoholu; 4. Najczęstszymi przyczynami zatruć samobójczych były problemy rodzinne i konflikty w związkach (60,67%) oraz próby suicydalne w przebiegu zaburzeń psychicznych (14,93%). Na przestrzeni analizowanych lat obserwowano wzrost liczby prób samobójczych spowodowanych problemami rodzinnymi i konfliktami w związkach, a spadek liczby zatruć suicydalnych w przebiegu zaburzeń psychicznych; 5. Śmiertelność w grupie zatruć przypadkowych wynosiła- 6,67%, zaś w grupie zatruć samobójczych - 2,06%; 6. Ze sporządzonego portretu statystycznej osoby po próbie samobójczej wynika, iż istotnie częściej była to kobieta, w wieku 34,06 lat, stanu wolnego, mieszkająca w dużym mieście, studiująca lub ucząca się. Zatrucia dokonała najczęściej przez zażycie leków, głównie działających na OUN. Motywem podjęcia próby samobójczej najczęściej były problemy rodzinne i konflikty w związkach; 7. Wobec narastającej liczby zatruć samobójczych konieczne jest stworzenie programów profilaktycznych ukierunkowanych na wiele grup podwyższonego ryzyka podjęcia próby suicydalnej, mających na celu zmniejszenie liczby ostrych zatruć

Od homocysteiny do nutrigenetyki – przydatne metody diagnostyczno-terapeutyczne dla psychiatry

Hanna Karakuła-Juchnowicz[1], Aneta Opolska[2]
[1]I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji i Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego, Lublin
[2]Poradnia Dietetyczna. Katedra Biotechnologii, Żywienia Człowieka i Towaroznawstwa Żywności. Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie, Katedra Dietetyki Wyższej Szkoły Nauk Społecznych, Lublin

Wstęp: W związku z wieloczynnikowymi uwarunkowaniami zaburzeń psychicznych oraz coraz większą świadomością ograniczeń w zakresie zwiększania skuteczności farmakoterapii, współcześnie ogromne nadzieje budzi gałąź psychiatrii nazywaną nutripsychiatrią. Nutripsychiatria (nutritional psychiatry) obejmuje swym zainteresowaniem całą gamę możliwości korzystnego wpływu na stan psychiczny poprzez szeroko pojęte oddziaływania psychodietetyczne oparte na wynikach badań diagnostycznych.

Celem niniejszego wystąpienia jest przedstawienie użytecznych w codziennej praktyce klinicznej metod diagnostycznych i terapeutycznych wspierających proces farmakoterapii w psychiatrii. W kolejności omówione zostaną kwestie nutripsychiatryczne związane z:

I. Homocysteiną, zwaną factorem H, będącą czułym metabolicznym wskaźnikiem niedoboru kwasu foliowego i witaminy B12, a także czynnikiem ryzyka rozwoju miażdżycy, chorób układu krążenia, różnych schorzeń CUN. Szczególna uwaga poświęcona zostanie hiperhomocysteinemii związanej z farmakoterapią zaburzeń afektywnych; II. Witaminami, mikroelementami i innymi związkami niezbędnymi dla prawidłowego funkcjonowania CUN, ze szczególnym uwzględnieniem kwasu foliowego, witaminy B12, witaminy D, selenu i cynku oraz kwasów nienasyconych omega -3; III. Zespołem tzw. przesiąkliwego jelita i nadwrażliwościami pokarmowymi, zwłaszcza w zaburzeniach afektywnych i schizofrenii; IV. Zaburzeniami mikrobioty jelitowej i możliwościami zastosowania pre-, pro- i symbiotyków, ze szczególnym uwzględnieniem badań dotyczących depresji i jadłowstrętu psychicznego; V. Coraz burzliwiej rozwijającą się nutrigenetyką i nutrigenomiką

Wnioski: Coraz więcej dowodów wskazuje na konieczność uwzględnienia oddziaływań psychodietetycznych jako integralnej części procesu terapeutycznego w psychiatrii. Przyszłość leczenia w psychiatrii, podobnie jak w całej medycynie, wiązać się będzie z doborem spersonalizowanej terapii opartej o analizę czynników genetycznych, biologicznych i środowiskowych, terapii poszerzonej o jej niezbędny element jakim jest dobór odpowiedniego żywienia.

Skuteczność terapeutycznego systemu naprawczego w rehabilitacji osób przewlekle chorych na schizofrenię w poprawie funkcjonowania społecznego i poznawczego

Beata Kasperek-Zimowska[1], Maryla Sawicka[1], Marta Giguere[1], Agata Bednarek[1], Ewelina Wilkos[2], Katarzyna Kucharska[2]
[1]*Instytut Psychiatrii i Neurologii, Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej, Warszawa*
[2]*Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania, Warszawa*

Wprowadzenie: Rehabilitacja osób chorujących na schizofrenię opiera się przede wszystkim na metodach treningowych. Obecnie funkcjonują trzy modele treningowe, które stanowią systemy oddziaływań realizujących podstawowy cel, jakim jest poprawa kompetencji społecznych i poznawczych (Liberman, 2006). Są to następujące modele:

1. model tradycyjny – tworzenie schematów funkcjonowania społecznego poprzez intensywne przeuczanie tych umiejętności, których brak jest w repertuarze funkcjonowania pacjentów; 2. model rozwiązywania problemów społecznych – nauka skutecznego przetwarzania informacji społecznych w celu minimalizowania błędów w odbiorze informacji płynących od otoczenia społecznego (wypracowywanie umiejętności komunikacji społecznej); 3. model naprawczy – usprawnianie funkcjonowania poznawczego poprzez usuwanie deficytów obejmujących pamięć, uwagę, planowanie i myślenie abstrakcyjne jako podstawa innych oddziaływań rehabilitacyjnych.

Cel pracy: Porównanie skuteczności treningu prowadzonego według modelu tradycyjnego i modelu naprawczego.

Osoby badane: Grupa eksperymentalna biorąca udział w zintegrowanym systemie rehabilitacji (N=29). Grupa kontrolna wielokrotnie biorąca udział w treningach umiejętności społecznych (N=29). Średni wiek 41 lat, czas chorowania 14 lat, liczba hospitalizacji 10.

Metody: 1. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (Spielberger, Strelau, Tysarczyk, Wrześniewski, 2007); 2. Skala depresji Hamiltona; 3. Test Odczytywania Umysłu w Oczach – służy badaniu empatii (Baron-Cohen, 2001); 4. Test do Oceny Wrażliwości Niewerbalnej (PONS); 5. TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale); 6. Skala funkcjonowania SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale)

Wyniki: W prezentowanym badaniu oceniano w grupie badanej w porównaniu z grupą kontrolną dynamikę zmian umiejętności empatycznych (teoria umysłu) po udziale w zajęciach terapeutycznych prowadzonych według modelu tradycyjnego i naprawczego. Analizowano trafność identyfikowania stanów emocjonalnych i płci oraz informacji niewerbalnych płynących z niepełnych i niejasnych sytuacji.

Nie odnotowano zmian istotnych statystycznie, które różnicowałyby obie grupy między sobą w umiejętnościach trafnego identyfikowania i sprawności komunikowania uczuć. W obu grupach odnotowano pozytywne zmiany w obszarze funkcjonowania klinicznego. Dotyczyły one przede wszystkim objawów najtrudniej redukowanych w schizofrenii, czyli objawów negatywnych oraz utrwalonych objawów lękowych (lęk jako cecha) jak również objawów depresyjnych. W obu grupach nie zaobserwowano poprawy stanu lęku.

Wykryto różny (istotny statystycznie) skutek treningu w zakresie umiejętności odczytywania płci na podstawie wyrazu oczu pomiędzy grupą badaną a grupą kontrolną.

Otrzymane wyniki wskazują na skuteczność zajęć terapeutycznych prowadzonych w obu grupach. Otrzymano istotny statystycznie spadek nasilenia objawów pozytywnych, negatywnych i ogólnych schizofrenii, obniżeniu uległ przeżywany lęk (lęk jako cecha) oraz obniżył się poziom objawów depresyjnych, w sposób istotny statystycznie wzrósł poziom funkcjonowania.

Wniosek: Trening według modelu naprawczego rehabilitacji psychiatrycznej jest równie skuteczny jak trening według modelu tradycyjnego. Jako kontynuację rozpoczętych badań należy prowadzić jego dalszą analizę w warunkach naturalnych badanych osób.

Zaburzenia somatyczne występujące u osób z autyzmem

Beata Kazek[1], Ewa Emich-Widera[2]
[1]*Centrum Wspomagania Rozwoju "Persevere", Katowice*
[2]*Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice*

Zaburzenia ze spektrum autyzmu mają najsilniejsze podłoże genetyczne ze wszystkich zaburzeń neuropsychiatrycznych wieku rozwojowego. Równocześnie ASD współwystępuje i / lub towarzy-szy licznymi zaburzeniom, schorzeniom, różnorodnym zdefiniowanym zespołom genetycznym. Osoby autystyczne borykają się z zaburzeniami sensomotorycznymi, neurogastroenterologicznymi, z problemami żywieniowymi, alergiami, schorzeniami neurometabolicznymi czy zaburzeniami układu odpornościowego. Wobec tego, że obraz kliniczny często wskazuje na autyzm syndromologiczny proces diagnozy i leczenia wymaga ścisłej współpracy lekarza psychiatry, neurologa, genetyka oraz nierzadko innych specjalistów. Autorzy w oparciu o piśmiennictwo fachowe oraz własne doświadczenia zaprezentują zaburzenia somatyczne występujące u osób autystycznych.

Ocena poziomu i zmian w zakresie kompetencji społecznych wśród pacjentów oddziału dziennego leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości

Katarzyna Klasa[1], Jerzy-A. Sobański[2], Krzysztof Rutkowski[2], Katarzyna Cyranka[2], Edyta Dembińska[2], Michał Mielimąka[2]
[1]*Zakład Psychoterapii SU w Krakowie, Kraków*
[2]*Katedra Psychoterapii UJ CM, Kraków*

Cel: Ocena kompetencji społecznych pacjentów psychoterapeutycznego dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych.

Materiał i metody: Analizowano wyniki badań przeprowadzonych w latach 2007-2008, w grupie 89 pacjentów oddziału dziennego, w tym 41 badanych po zakończeniu leczenia psychoterapią kompleksową, głównie terapią grupową (grupy otwarte) z elementami terapii indywidualnej (1 sesja raz w tygodniu). Zastosowano Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS A. Matczak - wersję samoopisową, w której badani proszeni są o ocenę na skali 4-stopniowej (od „zdecydowanie dobrze" do „zdecydowanie słabo") jak dobrze poradziliby sobie w opisanych sytuacjach.

Wyniki: Przeważająca większość pacjentów uzyskała w pomiarze przed terapią niskie wyniki w zakresie wszystkich aspektów kompetencji społecznych mierzonych za pomocą KKS. W wyniku terapii w badanej grupie pacjentów uzyskano istotną poprawę - zmniejszenie odsetka wyników wskazujących na niskie kompetencje społeczne – największe - aż czterokrotne dla skali Intymności (I), a około dwukrotne dla skal Ekspozycji społecznej (ES) i Asertywności (A).

Wnioski: Przed leczeniem zaobserwowano wśród pacjentów dwukrotnie większe niż oczekiwane (wg rozkładu stenowego dla dorosłej populacji generalnej) rozpowszechnienie niskich wartości skal kompetencji społecznej, związanych z sytuacjami ekspozycji społecznej oraz asertywnością, co wskazuje na wydatne i zapewne specyficzne dla zaburzeń nerwicowych i towarzyszących im zaburzeń osobowości niedobory w tym zakresie obecne u wielu spośród badanych pacjentów oddziału. Wyników niskich stwierdzono istotnie więcej (a wysokich i przeciętnych mniej) niż należałoby oczekiwać w odniesieniu do polskich rozkładów stenowych dla płci i wieku osób badanych. Wprawdzie, niedobór wyników wysokich nie był istotny dla skali Intymności (I) a zarazem mniej jej wyników było niskie, (co mogło być spowodowane tym, że mniej pacjentów zauważa niedobór swoich kompetencji społecznych w zakresie intymności niż w zakresie ekspozycji społecznej oraz asertywności). Zmiany w wyniku leczenia ujawniają jednak największą poprawę w zakresie odpowiadającym podskali Intymności (I). Uzyskane wyniki potwierdzają, zatem skuteczność psychoterapii kompleksowej w podejściu integracyjnym z przewagą psychodynamicznego prowadzonej w oddziale dziennym, a uwzględnienie efektów leczenia zobrazowanych w kwestionariuszu KKS może pozwolić na większą indywidualizację oddziaływań.

Terapeuta środowiskowy w oczach psychiatry

Artur Kochański
Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego, Lublin

Trwa dyskusja nad ostatecznym kształtem systemu opieki psychiatrycznej w Polsce. Mówi się już nie tylko o centrum zdrowia psychicznego (CZP), opisanym jako podstawowe ogniwo systemu leczenia w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), ale o środowiskowym centrum zdrowia psychicznego, które w sposób funkcjonalny, a być może instytucjonalny integrowałoby działania z zakresu opieki medycznej, pomocy społecznej jak również rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi. Ten nowoczesny system opieki ma zapewniać dostępność, ciągłość, kompleksowość a nade wszystko koordynację oddziaływań wobec osoby potrzebującej pomocy, której zakres wykracza daleko poza placówki i metody oddziaływań związane z psychiatrią. Niezależnie od tego na ile uda się zintegrować poszczególne struktury albo programy terapeutyczne, nie bacząc na to czy centrum zdrowia psychicznego będzie tylko placówką medyczną, terapeuta środowiskowy powinien odgrywać rolę podstawową w procesie zdrowienia osoby z zaburzeniami psychicznymi. Jego znaczenie widzę przede wszystkim jako integratora i koordynatora opieki, który towarzyszy choremu na każdym etapie leczenia i rehabilitacji, zapewnia dostępność do różnych placówek i specjalistów i odpowiada na bieżące potrzeby pacjenta. Jak wiadomo, nawet w przypadku bogatej oferty środowiskowej, brak koordynacji może spowodować nieuzyskanie pomocy zgodnej z potrzebami, np. z powodu niedostatecznej informacji lub współpracy między placówkami. Nie trzeba przekonywać, że ten sposób pracy taka wymaga od terapeuty środowiskowego rozległych kompetencji. Wobec przewlekających się trudności we wdrażaniu nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej w naszym kraju, trudnym zadaniem terapeuty środowiskowego może być jeszcze długo spajanie działań i wypełnianie braków funkcjonującego systemu.

Zaburzenia regulacji emocji jako czynnik ryzyka nawrotu w uzależnieniu od alkoholu

Maciej Kopera
SWZPZPOZ, Warszawa

Coraz więcej danych wskazuje na dysfunkcję percepcji, rozumienia i regulacji emocji w uzależnieniu od alkoholu. Prezentowane badanie miało na celu ocenę zależności między przetwarzaniem emocji, historią spożywania alkoholu oraz ryzykiem nawrotu w grupie osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu.

Grupa 80 pacjentów leczonych w ośrodku stacjonarnym w Warszawie, została zbadana w trakcie pobytu w ośrodku oraz po 12 miesiącach od wypisu. Zebrane zostały podstawowe dane demograficzne, psychopatologiczne, oraz informacje dotyczące przebiegu i nasilenia uzależnienia od alkoholu. Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE oraz Toronto Alexithymia Scale zostały wykorzystane do oceny przetwarzania emocji. Po 12 miesięcznym follow-up zebrano informacje dotyczące spożywania alkoholu w ostatnim miesiącu.

Ocena wstępna uwidoczniła związek dłuższego wywiadu spożywania alkoholu z mniejszą zdolnością do wykorzystania emocji. Pacjenci deklarujący problemy z rozpoznawaniem emocji wypijali większe ilości alkoholu podczas ostatniego epizodu intensywnego picia, mieli również dłuższą historię intensywnego używania alkoholu. Większa długość ostatniego epizodu intensywnego spożywania alkoholu wiązała się również z bardziej nasilonymi problemami z rozpoznawaniem oraz regulacją emocji. Zarówno gorsza zdolność do wykorzystania emocji jak i większe nasilenie objawów depresyjnych na początku badania, wiązały się z większym ryzykiem picia alkoholu w trakcie ostatniego miesiąca podczas follow-up.

Wyniki badania wskazują na znaczenie czynników emocjonalnych w przebiegu uzależnienia od alkoholu. Interwencje psychoterapeutyczne skoncentrowane na poprawę kompetencji emocjonalnych mogą odnosić skutek w terapii pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu.

Wpływ doświadczeń bojowych na jakość życia żołnierzy – weteranów Polskich Kontyngentów Wojskowych i ich rodzin

Ludmiła Kosińska, Piotr Ilnicki, Monika Filarowska, Ana Petrović-Chojnacka, Sylwia Szyszko-Ginalska, Sylwia Szymańska, Radosław Tworus
Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

Wstęp: W piśmiennictwie znajdujemy liczne doniesienia dotyczące związku doświadczeń bojowych z obniżeniem jakości życia żołnierzy weteranów. W części prac wskazywano również na następstwa tych doświadczeń - wtórną traumatyzację rodzin oraz wpływ na pogorszenie ogólnego funkcjonowania rodziny.

Cel: Celem pracy jest porównanie jakości życia żołnierzy i ich partnerek życiowych - wśród weteranów misji PKW oraz żołnierzy bez doświadczenia udziału w misjach PKW.

Materiał i metoda: Ogółem zbadano 66 osób, w tym 26 weteranów PKW oraz 26 żołnierzy, którzy nie brali udziału w działaniach PKW. W badaniu uczestniczyła także grupa 14 partnerek życiowych weteranów. Wszyscy badani wypełnili kwestionariusz jakości życia WHOQoL (The World Health Organization Qality of Life – BREF, polska adaptacja) zawierający: ogólną ocenę jakości życia, ogólne zadowolenie ze stanu zdrowia i cztery szczegółowe domeny (somatyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową). Porównano wyniki w grupie weteranów

z wynikami ich partnerek życiowych. Przeanalizowano także poziom jakości życia w grupie weteranów i nie-weteranów. W analizie statystycznej zastosowano test t- Studenta oraz test nieparametryczny U Manna-Whitneya.

Wyniki: Analiza wyników weteranów i nie-weteranów wykazała, że we wszystkich badanych wymiarach weterani znacząco gorzej oceniają swoją jakość życia w stosunku do żołnierzy bez doświadczenia bojowego.

Porównanie wyników kwestionariusza jakości życia w grupie weteranów i w grupie ich partnerek wskazuje, że weterani niżej oceniają ogólny poziom jakości życia, a także poziom zadowolenia ze swego stanu zdrowia. Także w zakresie stanu somatycznego wyniki weteranów są niższe, niż u ich partnerek życiowych. Natomiast nie stwierdzono różnic jeśli chodzi o ocenę funkcjonowania psychologicznego, socjalnego oraz środowiskowego między weteranami i ich partnerkami.

Wnioski: Wyniki badania wskazują na związek uczestnictwa w misjach wojskowych z obniżoną jakością życia żołnierzy. Różnice w ocenie jakości życia przez byłych uczestników misji i ich partnerki życiowe mogą być związane przede wszystkim z pogorszeniem stanu somatycznego weteranów.

Pomoc czy przemoc – dylematy stosowania przymusu bezpośredniego

Bożena Kosińska
SWPZZPOZ, Radom

Wolność i nietykalność osobista należą do podstawowych praw każdego człowieka. Prawa te znajdują umocowanie zarówno w dokumentach rangi międzynarodowej, począwszy od Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, jak i krajowej – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (m. in. art. 30 i art. 41). Przepisy te, mają bezpośrednie przełożenie na regulacje prawne, dotyczące ograniczania wolności i nietykalności osób przejawiających zaburzenia psychiczne, zawarte w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U.1994.111.535 z późn. zm.) i w aktach wykonawczych do niej, a zwłaszcza, w rozporządzeniu z dnia 28 czerwca 2012 w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego postępowania oraz dokonywania oceny zasadności jego stosowania (Dz.U. 2012.0.740). Sytuacje opisane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z mocy prawy przyzwalają na ograniczenie wolności, m.in. unieruchomienie pacjenta, który może zagrażać własnemu życiu lub życiu i zdrowiu innych pacjentów. Dla zachowania właściwego stosunku emocjonalnego do pacjenta, którego wolność się ogranicza, koniecznym jest traktowanie tych interwencji jako działań służących leczeniu chorego. Zastosowanie przymusu winno ograniczać się do absolutnie niezbędnych. Wiek XX przyniósł neuroleptyki, neuroleptyki atypowe, długo działające, nowe formy terapii – terapię behawioralno – poznawczą, psychoanalizę oraz stopniową zmianę modelu z opieki szpitalnej na opiekę środowiskową. Rozpowszechnienie nowoczesnej psychofarmakologii umożliwia ograniczenie szeregu restrykcji „typowych" dla lecznictwa psychiatrycznego, jak rzadsze zastosowanie przymusu, likwidacja krat w oknach, sytuowanie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. Nasuwa się takowa refleksja. Czy w obliczu pozytywnych zmian w psychiatrii, uzasadnienie w dalszym ciągu, znajduje zastosowanie przymusu bezpośredniego, tym bardziej, że działania pozbawiania wolności drugiego człowieka nie pozostaje bez wpływu na personel. Można pójść dalej, nurtem ściśle psychoterapeutycznym, gdzie wiara, że oddziaływania psychoterapeutyczne będą priorytetowe i nadejdzie zmierzch psychofarmakoterapii. Czy w takim razie przymus bezpośredni nie powinien być wyrugowany? Pewne zwiastuny tego zjawiska, można zaobserwować na przykładzie SWPZZPOZ w Radomiu, gdzie zastosowanie przymusu z roku na rok ulega zmniejszeniu, zarówno w ilości jak i liczby osób, wobec których zastosowano przymus bezpośredni. Porównując rok 2012 do 2015, jest to spadek, odpowiednio o 42% i 32%.

Zastosowanie ograniczenia wolności to niesamowity dyskomfort pracy. Pozbawiając człowieka chorego podstawowego prawa, nie można zapomnieć o nadszarpnięciu więzi terapeutycznej, pomiędzy osobami uczestniczącymi w procesie zdrowienia a tymże pacjentem.

Etyka i deontologia profesjonalistów zaangażowanych w ochronę zdrowia psychicznego w Polsce

Wojciech Kosmowski
PZP, Bydgoszcz

W ochronie zdrowia psychicznego czy szerzej - w medycynie - istotną rolę odgrywa nie tylko profesjonalna biegłość, ale i aspekt etyczno - deontologiczny osób zawodowo przygotowanych do pomocy pacjentom. Każdy zawód ma swój kodeks etyczny i deontologiczny. Szczególnie skomplikowana sytuacja panuje w psychoterapii, bo wiele stowarzyszeń ma swoje kodeksy, których wskazania nie zawsze są zgodne z tymi, które obowiązują w innych organizacjach. Ponadto jedna osoba może podlegać kilku kodeksom jednocześnie z racji swojego przygotowania zawodowego i pełnionych zadań (np. lekarz, który jest psychoterapeutą). Rodzą się tu dylematy etyczne. Innych ich źródłem są czynniki wynikające ze współczesnego rozwoju wiedzy, sytuacji społecznej, uwarunkowań ekonomicznych oraz obowiązujących norm prawnych. Złożoność problemów, z którymi zgłaszają się po pomoc osoby z zaburzeniami psychicznymi wymaga udzielenia im wielospecjalistycznej i spójnej pomocy. Ważną rolę odgrywa zatem zgodna współpraca różnych profesjonalistów i ich wzajemna znajomość: kompetencji oraz ograniczeń wynikających z pełnienia różnych ról zawodowych. W opracowaniu posłużono się metodą analityczno - syntetyczną oraz metodą J. Cardijna, w modyfikacji do zastosowań medycznych.

Celem pracy jest najpierw ukazanie źródeł norm etycznych i deontologicznych w psychiatrii, analiza tych elementów współczesnego rozwoju dyscypliny, które mają konotacje etyczne oraz wyzwań, jakie niosą ze sobą polskie regulacje prawne i międzynarodowe standardy.

Drugi etap badań naukowych przedstawionych w pracy obejmuje analizę zobowiązań etycznych aptekarzy, lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracowników socjalnych, psychoterapeutów różnych modalności i stowarzyszeń, ratowników medycznych.

Trzecim etapem jest porównanie tych zobowiązań na tle zarysowanych wyzwań współczesności oraz podstaw etycznych, a następnie wskazanie najważniejszych niezgodności i sposobów rozwiązania trudności, aby coraz skuteczniej pomagać chorym.

Jak rozpoznawać i leczyć ryzykowny stan psychiczny - wytyczne Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Magdalena Kotlicka-Antczak[1], Agnieszka Pawełczyk[1], Tomasz Pawełczyk[1], Dominik Strzelecki[1], Natalia Żurner[2], Małgorzata Urban-Kowalczyk[1]
[1]Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych. UM, Łódź
[2]Centralny Szpital Kliniczny w Łodzi, Oddział Psychiatrii Młodzieżowej, Łódź

Znane od lat trzydziestych ubiegłego stulecia, pojęcie prodromalnej fazy psychozy ewoluowało do stworzenia w latach 90-tych koncepcji ryzykownego stanu psychicznego - RSP (At Risk Mental State). Prowadzone od ponad dwudziestu lat badania chorych z grupy ryzyka rozwoju zaburzeń psychotycznych, doprowadziły do modyfikacji w rozumieniu, diagnozowaniu i leczeniu tego stanu. Najnowsze wytyczne dotyczące zarówno rozpoznawania, jak i terapii ryzykownego stanu psychicznego zostały opublikowane w 2015 roku i rekomendowane przez Europejskie Towarzystwo Psychiatryczne - EPA. W prezentacji przedstawiamy strategie diagnostyczno-terapeutyczne wobec RSP zalecane przez EPA, jak i model postępowania „clinical staging" stworzony przez naukowców i praktyków z Australii - kolebki Wczesnej Interwencji.

Co nowego wiemy o ryzykownym stanie psychicznym?

Magdalena Kotlicka-Antczak[1], Agnieszka Pawełczyk[1], Tomasz Pawełczyk[2], Dominik Strzelecki[2], Natalia Żurner[3], Małgorzata Urban-Kowalczyk[2]
[1]Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych, Pracownia Diagnozowania i Terapii Wczesnych Psychoz. Uniwersytet Medyczny, Łódź
[2]Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych. Uniwersytet Medyczny, Łódź
[3]Centralny Szpital Kliniczny w Łodzi, Oddział Psychiatrii Młodzieżowej, Łódź

Wiedza dotycząca ryzykownego stanu psychicznego (RSP) od czasu wprowadzenia tego pojęcia do języka psychiatrii w latach 90 minionego wieku, stale się rozwija. Pomimo rosnących wśród badaczy i klinicystów umiejętności i doświadczenia w rozpoznawania RSP, odsetek konwersji tego stanu w pełnoobjawową psychozę maleje. W prezentacji zostaną przedstawione potencjalne powody tego zjawiska. Rozpoznawanie RSP nadal oparte jest o kryteria, uwzględniające jedynie określony obraz psychopatologiczny. Ze względu na duży odsetek rozpoznań „fałszywie pozytywnych" kryteria te wydają się niewystarczające. Wysiłki naukowców zmierzają ku odnalezieniu potencjalnych cech, które zwiększałyby trafność diagnozy RSP. Przedstawimy doniesienia z zakresu różnych dziedzin, w tym obserwacji klinicznych, badań neuropsychologicznych i neuroobrazowych, poszerzające możliwości rozpoznawania RSP. Przytoczymy także dane dotyczące rokowania oraz stanu rozwoju sieci serwisów Wczesnej Interwencji na świecie.

Potrzeby i prawa pacjentów z grupy LGBT – standardy postępowania

Robert Kowalczyk[1], Marcin Rodzinka[2], Marek Krzystanek[3]
[1]Zakład Seksuologii Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Kraków
[2]Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa
[3]Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Katowice

Pacjenci i pacjentki LGBT czyli lesbijki, geje, osoby biseksualne i transpłciowe mają swoje określone potrzeby zdrowotne, które, jak wynika m.in. z raportu Rzecznika Praw Obywatelskich (2103) – Równe traktowanie w percepcji osób nieheteroseksualnych w obszarze opieki zdrowotnej, nie są w pełni zaspokajane przez pracowników służby zdrowia. Czynnikami, które wpływają na ten fakt jest również niski stan świadomości na temat populacji LGBT w grupie studentów medycyny i pracowników służby zdrowia. Stan taki może być powodem zachowań dyskryminacyjnych czy nieporozumień, a także stwarzać osobom z populacji LGBT trudności, w uzyskaniu właściwego zrozumienia ich problemów medycznych oraz uzyskania adekwatnej pomocy lekarskiej. Stoi to z kolei w wyraźnej sprzeczności z gwarantowanymi prawami podstawowymi pacjentów oraz misją świadczenia pomocy medycznej przez instytucje opieki zdrowotnej. Z tych powodów grono ekspertów, zrzeszonych wokół Kampanii Przeciwko Homofobii, postanowiło stworzyć pierwszy taki poradnik, skierowany przede wszystkim do praktykujących lekarzy i lekarek oraz studentów i studentek medycyny, który porządkuje zarówno współczesny stan wiedzy na temat populacji LGBT, a także zawierający konkretne zalecenia oraz wskazówki, co do postępowania diagnostycznego i terapeutycznego u osób należących do mniejszości seksualnych.

Autorzy przedstawią strukturę podręcznika, a następnie omówią jego zawartość. Przygotowany materiał może odegrać kluczową rolę w kształtowaniu postaw pracowników służby zdrowia w stosunku do populacji osób LGBT oraz poprawy jakości świadczonych im usług medycznych.

Elektroniczną wersje podręcznika można znaleźć na stronie internetowej: http://kph.org.pl/wp-content/uploads/2016/04/Zdrowie-LGBT-_-Przewodnik-dla-kadry-medycznej.pdf

Nasilenie stresu i kontrola emocji u personelu latającego

Małgorzata Kowalczyk
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Łódź

Cechy osobowości oraz umiejętności pozwalające na radzenie sobie w trudnych sytuacjach są niezwykle istotnym aspektem funkcjonowania jednostek będących pod wpływem znacznego stresu.

Celem wystąpienia jest przedstawienie cech osobowości w powiązaniu z poziomem odczuwanego stresu i strategiami radzenia sobie z sytuacjami stresującymi u personelu latającego, biorącego udział w misjach zagranicznych.

Podejmowane są poszukiwania czynników mających wpływ na kształtowanie się osobowości prężnej oraz skutecznego korzystania z niej wśród wybranych grup zawodowych. Każda sytuacja stresowa zmusza człowieka do określonego zachowania. Najczęściej podejmujemy różnorodne wysiłki pozwalające nam na zdobycie kontroli nad wydarzeniami oraz nad naszymi uczuciami. Wśród umiejętności niezbędnych dla procesu adaptacji do zagrażających i trudnych sytuacji poza czynnikami sfery poznawczej wydaje się, iż znaczącą rolę odgrywają kompetencje

natury emocjonalnej, dzięki którym jednostka jest zdolna do radzenia sobie z każdego rodzaju emocjami. Ponadto, lepsze poznanie mechanizmów leżących u podłoża stresu oraz psychologicznych komponentów warunkujących skuteczniejsze radzenie sobie w sytuacjach stresu i szybsze wygaszanie odpowiedzi stresowej umożliwia opracowanie bardziej efektywnych metod wsparcia psychologicznego. Ma to bezpośrednie przełożenie na ich bezpieczeństwo w trakcie wykonywanych zadań oraz efektywność realizacji tych zadań. Zagadnienie to może mieć istotny wpływ na preselekcję pilotów odbywających tego typu misje i monitorowanie poziomu stresu w trakcie ich wykonywania, a także na lepsze poznanie mechanizmów leżących u podłoża stresu oraz psychologicznych komponentów warunkujących skuteczniejsze radzenie sobie w sytuacjach stresu.

Ocena stosowania leków neuroleptycznych u osób z niepełnosprawnością intelektualną w ośrodkach Carmona i Kildare w Irlandii

Beata Kowalewska[1], Łukasz Kowalewski[1], John Hillery[2], Noel Hannan[2], Wiktor Dróżdż[3]
[1]Saint John of God Kildare Services: St Raphael's Centre, Celbridge, Co. Kildare and Carmona Services Irlandia, Dublin
[2]Saint John of God Kildare Services: St Raphael's Centre, Celbridge, Co. Kildare and Carmona Services, Dublin
[3]II Klinika Psychiatrii, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Toruń

Leki przeciwpsychotyczne są często stosowane do opanowywania zaburzeń zachowania u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Ocenia się, że u 5-15% osób z niepełnosprawnością intelektualną występują zachowania stanowiące poważne wyzwania dla opiekunów. Wśród osób niepełnosprawnością intelektualną, przebywających w szpitalach psychiatrycznych, odsetek tych, u których występują wysoce problematyczne zachowania sięga 30-40%, zatem jest znacząco wyższy w porównaniu do osób przebywających w swoich środowiskach rodzinnych. Celem badania była ocena stosowania leków neuroleptycznych w ośrodku Carmona, który ma charakter placówki środowiskowej, a także w ośrodku St Raphael's, który z kolei jest placówką stacjonarną dla 150 osób z niepełnosprawnością intelektualną. Wykonanie badania zostało zaaprobowane przez Research Ethics Committee (nr decyzji 603/14). Metodyka. Retrospektywna analiza dokumentacji medycznej pacjentów z obu ośrodków, którym przepisywano neuroleptyki w okresie wykonywania badania. Stosowane dawki leków przeciwpsychotycznych konfrontowano z wytycznymi zawartymi w National Institute for Health and Care Excellence Guidelines (NICE) oraz British National Formulary (BNF). Wyniki. Oceniono w sumie 413 dokumentacji medycznych. W 95 przypadkach (23%) podawano pacjentom co najmniej jeden lek psychotropowy, co przekonująco uzasadniono w 92 (96.8%) historiach chorób, w których znajdowały się dane wskazujące na monitorowanie stanu psychicznego pacjentów i dokonywanie w ślad za tym korekt dawkowania leków. U 42 pacjentów (44%) stosowano neuroleptyki z powodu towarzyszących zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nastroju (40.6%), zaburzeń nerwicowych (31.3%) i zaburzeń psychotycznych (28.1%). U 20 chorych (21.1%) neuroleptyki przepisywano z powodu poważnych zaburzeń zachowania bez objawów choroby psychicznej. Spośród leków przeciwpsychotycznych najczęściej podawano chorym olanzapinę (37.1%) i risperidon (33.3%) w średnich dawkach odpowiednio 7,5 mg i 1 mg. Wnioski. Wciąż brakuje wiarygodnych danych na temat skuteczności leków psychotropowych w terapii zaburzeń zachowania u osób niepełnosprawnością intelektualną. Klinicyści borykają się z wieloma dylematami dotyczącymi rozpoczynania, sposobu wdrażania i monitorowania leczenia neuroleptycznego w terapii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania u pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną. Lekarze prowadzący leczenie terapię powinni dbać o prawidłowe i dokładne prowadzenie dokumentacji medycznej procesu terapii.

Czynniki ryzyka ponownego popełnienia przestępstwa przeciwko wolności seksualnej

Aleksandra Krasowska
Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Wstęp: Dane dotyczące predyktorów nawrotu zachowań przestępczych o charakterze seksualnym pozostają niejednoznaczne. Celem pracy była ocena czynników związanych z ryzykiem ponownego popełnienia czynu zabronionego w grupie preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych.

Materiał i metoda: Badaniem objęto 89 sprawców przestępstw seksualnych (sprawców zgwałceń oraz czynów pedofilnych). U uczestników projektu dokonano kompleksowej oceny demograficznej i psychopatologicznej. Zastosowano narzędzia oceny sposobu podejmowania decyzji, w tym samoopisową Skalę Impulsywności Barratta, a także testy komputerowe Stop Signal Task do oceny impulsywności behawioralnej oraz Iowa Gambling Task jako narzędzie pomiaru nasilenia impulsywności poznawczej. Sposób przetwarzania emocji analizowano na podstawie skal samooceny: Kwestionariusza Inteligencji Emocjonalnej oraz Skali Aleksytymii. Do obiektywnej oceny zdolności identyfikacji stanów psychicznych wykorzystano polską wersję Reading the Mind in the Eyes Test. Uzyskane wyniki analizowano porównując podgrupę sprawców przestępstw seksualnych karanych po raz pierwszy, ze sprawcami przestępstw seksualnych karanymi więcej niż jeden raz.

Wyniki: Sprawcy przestępstw seksualnych karani po raz kolejny za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej charakteryzowali się istotnie niższym poziomem edukacji, wyższym poziomem impulsywności oraz częściej doświadczali przemocy seksualnej w okresie dzieciństwa niż sprawcy karani po raz pierwszy. Dodatkowo w grupie recydywistów istotnie częściej stwierdzano uzależnienie od alkoholu oraz niższy poziom inteligencji emocjonalnej.

Wnioski: Wyższy poziom impulsywności, uzależnienie od alkoholu, niski poziom wykształcenia oraz doświadczenie przemocy seksualnej w dzieciństwie powinny być brane pod uwagę w ocenie ryzyka nawrotu zachowań przestępczych o charakterze seksualnym.

Czas wyfrunąć z gniazda: oferta Sekcji Kształcenia Specjalizacyjnego dla psychiatrów dzieci i młodzieży

Maja Krefft[1], Tomasz Gondek[2], Irena Wojciechowska[3]
[1]Katedra i klinika psychiatrii, Uniwersytet Medyczny, Wrocław
[2]Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Klinika i Katedra Psychiatrii, Wrocław
[3]Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Klinika i Katedra Psychiatrii

Dzięki zaangażowaniu w działalność Stowarzyszeń Specjalizantów Psychiatrii, młodzi lekarze mają możliwość uczestnictwa w procesie kształtowania przyszłości Psychiatrii w Polsce a także w Europie: wpływania na program specjalizacji, prowadzenia badań naukowych oraz przedstawiania swoich osiągnięć na konferencjach i publikowania w czasopismach o zasięgu międzynarodowym.

Sekcja Kształcenia Specjalizacyjnego stawia sobie za cel pomoc w osiągnięciu tych celów poprzez reprezentowanie interesów osób szkolących się w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, doradzanie w zakresie nabywania umiejętności potrzebnych do rozwijania swojej kariery klinicznej i naukowej oraz pomoc w nawiązywaniu współpracy z innymi ośrodkami. Ponadto zaangażowanie w działalność sekcji umożliwi przeciwdziałanie stygmatyzacji małych pacjentów poprzez organizowanie akcji podnoszących świadomość społeczną oraz wiedzę na temat zaburzeń psychicznych występujących u dzieci i młodzieży.

Program specjalizacji z Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, oprócz obligatoryjnych kursów i staży, kładzie nacisk na samorozwój specjalizanta. Doskonałą możliwością podnoszenia swoich kompetencji oraz nawiązywania współpracy międzynarodowej jest zaangażowanie się w działalność stowarzyszeń zrzeszających młodych psychiatrów.

Teoria wyczerpywania zasobów w schizofrenii na podstawie analizy testów szybkości przetwarzania informacji

Paweł Krukow
Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny, Lublin

Wstęp. Spowolnienie przetwarzania informacji jest jednym z najszerzej opisanych deficytów poznawczych w schizofrenii, co więcej, przeprowadzone badania (Ojeda i in., 2012) wykazały, że spowolnienie jest ściśle powiązane z całym spektrum tych procesów poznawczych, które odróżniają in minus pacjentów ze schizofrenią od osób zdrowych. Pomimo tych ustaleń, relatywnie niewiele badań dotyczy uwarunkowań i mechanizmów omawianego zaburzenia w schizofrenii. W próbie wyjaśnienia tego deficytu zadania mierzące szybkości przetwarzania informacji potraktowano, jako te, których wykonanie wymaga odpowiedniego wysiłku oraz efektywnego uruchomienia i podtrzymywania zasobów poznawczych, które są w różny sposób rozłożone w czasie realizacji badań. Celem pracy było ustalenie, czy temporalny rozkład dysponowania zasobami jest istotnie różny w grupie chorych i porównywalnych demograficznie osób zdrowych i czy potencjalne różnice mogą wyjaśnić oczekiwane różnice w zakresie wykonania całości zadań.

Metoda. W badaniach wzięło udział 44 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej i 40 dopasowanych w zakresie podstawowych zmiennych demograficznych osób zdrowych. Zastosowano szereg różnych testów najczęściej używanych do oceny szybkości przetwarzania informacji, tj. test Kodowanie Cyfr, testy werbalnej i niewerbalnej fluencji, test Schulte, Test Łączenia Punktów (TMT) oraz test szybkości językowej AQT. Część notacji wykonania testów przekształcono tak, że podzielono cały czas przydzielony osobom badanym do wykonania (np. 1 minutę) na mniejsze odcinki, aby zaobserwować rozkład efektywności poznawczej w różnych częściach testu, analizowano także rozkład błędów. W zakresie testów TMT i AQT, w których występują części o tożsamej liczbie bodźców do przetworzenia, ale o różnym poziomie obciążenia poznawczego, wyodrębniono wskaźniki pozwalające na ocenę zdolności do wygenerowania wysiłku poznawczego niezbędnego do podjęcia zadania.

Wyniki. Pacjenci ze schizofrenią, zgodnie z oczekiwaniem różnili się istotnie w zakresie wszystkich ogólnych parametrów szybkości poznawczej. Ich dynamiczne profile przetwarzania informacji także różniły się istotnie poza jednym z testów. Różnice dotyczyły w szczególności zdolności do inicjowania aktywności poznawczej oraz do podtrzymywania efektywności do końca zadania. W przypadku testów fluencji niezdolności do inicjacji, po uwzględnieniu jako współzmienna, okazały się istotnie zmieniać różnice w zakresie całościowych ocen wykonania testów, co wskazuje dodatkowo, że różnice w tych testach wynikają właśnie ze specyfiki dynamicznego profilu przetwarzania informacji.

Podsumowanie. Uzyskane wyniki wskazują, że zaburzenie uruchamiania i podtrzymywania zasobów w postaci wysokiego poziomu generowania / przetwarzania informacji może być istotnie związane przynajmniej z niektórymi wskaźnikami szybkości przetwarzania informacji i za pośrednictwem tej zmiennej istotnie wpływać na inne aspekty procesów poznawczych w schizofrenii.

Dynamika przetwarzania informacji przez pacjentów z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej – podobieństwa i różnice w porównaniu do osób zdrowych

Paweł Krukow[1], Małgorzata Plechawska-Wójcik[2]
[1]Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin
[2]Politechnika Lubelska, Lublin

Wstęp. Szybkość przetwarzania informacji mierzona testami neuropsychologicznymi, w których osoba badana ma w ciągu określonego czasu przepracować jak największą liczbę bodźców okazała się istotnie różnić pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii od osób zdrowych, co więcej wpływać na różnice w zakresie innych wymiarów poznawczych. Aspekt szybkości poznawczej nie był do tej pory tak szeroko badany w grupie pacjentów z rozpoznaniem choroby dwubiegunowej, choć wydaje się, że znaczne zróżnicowanie doświadczanych zaburzeń nastroju powinno odzwierciedlić się w dynamice przetwarzania informacji. Celem pracy jest porównanie wyników pacjentów i osób zdrowych odnośnie szeregu zadań mierzących różne aspekty szybkości przetwarzania informacji, ale przede wszystkim eksploracja w zakresie potencjalnej zmienności efektywności poznawczej, która zachodzi w trakcie realizacji tych zadań.

Metoda. W badaniach wzięło udział 30 pacjentów z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej, badanych w stanie remisji oraz 35 porównywalnych demograficznie osób zdrowych. Zastosowano elektroniczną wersję pięciu testów, z ograniczeniem czasowym, w których osoba badana musi możliwie szybko generować / przepracowywać różne typy bodźców. Porównano ogólne wskaźniki szybkości a także dynamiczne profile obrazujące zróżnicowanie wydajności poznawczej w czasie. Uwzględniono także szereg zmiennych klinicznych, przede wszystkim ocenę nastroju z zastosowaniem Skali depresji Becka (BDI) oraz skali oceny objawów maniakalnych HCL-32.

Wyniki. Obie grupy istotnie różniły się w zakresie ogólnych wskaźników szybkości informacji, pacjenci uzyskali wyniki świadczące o istotnym spowolnieniu przetwarzania informacji, miary wielkości efektu osiągnęły poziom d = 1.84. W zakresie czterech z pięciu testów wystąpiła także istotna statystycznie różnica odnośnie dynamicznych profili przetwarzania informacji, które wykazały trudności z: inicjacją aktywności poznawczej, nabywaniem wprawy, wolniejszym osiąganiem relatywnie optymalnego poziomu efektywności przetwarzania oraz generalnie większe zróżnicowanie wewnątrz profili poznawczych będące wskaźnikiem niższego poziomu stabilności przetwarzania.

Wnioski. Według naszej wiedzy jest to pierwsze badanie dynamicznego aspektu przetwarzania informacji w grupie pacjentów z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej. Wyniki wskazują, że również ta populacja kliniczna, obok m.in. schizofrenii cechuje się nieprawidłowym tempem przetwarzania informacji, ocena dynamiczna wykazała, że spowolnienie może być uwarunkowane określonymi wcześniej cechami dynamicznej organizacji opracowywania / generowania bodźców w sytuacjach wymagających wygenerowania wysiłku poznawczego.

Czynniki prognostyczne w chirurgii bariatrycznej

Irena Krupka-Matuszczyk
Śląska Wyższa Szkoła Medyczna, Katowice

Specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym podczas pracy z pacjentem poddającym się operacyjnym leczeniu otyłości mają różne zadania. Członkami zespołu winni być: chirurdzy, pielęgniarki, dietetyk, psycholog i psychiatra. Definicja sukcesu powinna wykraczać poza zmniejszenie masy ciała i uwzględniać poprawę jakości życia. To głównie pomoc behawioralna i emocjonalna dla przystosowania się do zmian w życiu osobistym i społecznym poprzez większą aktywność społeczną, walkę z alkoholem i uczenie osób innego sposobu życia, zwłaszcza tych, które jedzeniem rozładowywały emocje poprzez epizody objadania się.

Bariatria w leczeniu chorego z otyłością olbrzymią

Irena Krupka-Matuszczyk
Śląska Wyższa Szkoła Medyczna, Katowice

Otyłość jest choroba przewlekłą, która stanowi rosnący problem zdrowia publicznego. Wpływa na jakość życia i jego skrócenie poprzez współistniejące schorzenia internistyczne. Stanowi znaczne obciążenie dla budżetu rodziny i opieki zdrowotnej. Liczne badania psychologiczne wykazały, że istotnymi czynnikami są: cechy osobowości, stan emocjonalny i percepcja rozmiarów własnego ciała. Badania randomizowane wykazały skuteczność chirurgii bariatrycznej--spadek wagi, remisję cukrzycy typu 2, poprawę profilu lipidowego, poprawę jakości życia.

Wzrosła częstość wykonywania zabiegów chirurgicznych w leczeniu otyłości. Idea leczenia otyłości sposobami chirurgicznymi zrodziła się w latach 50. XX w. w następstwie obserwacji chorych po rozległych resekcjach jelita i żołądka, u których występował znaczny spadek masy ciała.

Pionierem tych zabiegów, zwanych wyłączającymi, był Linnear, który wykonywał odpowiednie zespolenie jelita czczego i krętego, uzyskując w ten sposób skrócenie pasażu i sztuczny zespół krótkiego jelita.

Farmakoterapia w uzależnieniach

Irena Krupka-Matuszczyk
Śląska Wyższa Szkoła Medyczna, Katowice

Prowadzone są badania nad optymalizacją sposobów leczenia uzależnień od środków psychoaktywnych. Istnieje wiele kontrowersji, co do celu terapii. Jednak najważniejszym celem leczenia jest nabycie przez pacjenta umiejętności psychicznego i społecznego radzenia sobie z sytuacjami prowadzącymi do używania substancji psychoaktywnych, a wówczas utrzymywanie lub nie utrzymywanie abstynencji jest jednym z mierników sukcesu terapii. Dla osób nadużywających alkoholu, które nie chcą lub nie są w stanie utrzymać całkowitą abstynencję każde zmniejszenie spożycia stanowi spadek ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych. Farmakoterapia nadal spełnia ważną rolę w leczeniu zaburzeń spowodowanych używaniem środka psychoaktywnego w przypadkach zaburzeń abstynencyjnych, psychoz alkoholowych czy leczeniu psychiatrycznych powikłań uzaleznień.

Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych intelektualnie

Krzysztof Krysta[1], Janina Krysta[2]
[1]Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej SUM, Katowice
[2]Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Bytom

Zatrudnianie osób z niepełnosprawnością intelektualną jest bardzo ważnym elementem ich rehabilitacji społecznej. Literatura poruszająca ten temat zwraca uwagę na fakt, że poprawa sytuacji w tym obszarze jest uwarunkowana zmianami w polityce rządu, praktyce pracodawców i odpowiednim przygotowaniu do podjęcia obowiązków zawodowych przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Jednym ze sposobów rozwiązania tego problemu było tworzenie w Polsce od roku 1991 roku Warsztatów Terapii Zajęciowej. Zgodnie z obowiązującymi przepisami Warsztaty przeznaczone były dla osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną, będących w wieku powyżej 16 z orzeczoną całkowitą niezdolnością do pracy, dla których dla których terapia zajęciowa była też formą rehabilitacji społecznej. Kolejnym krokiem w tym procesie było utworzenie Centrów Aktywizacji Zawodowej, z którymi wiązano duże nadzieje. Oczekiwano, że będą one pośrednim ogniwem w tworzeniu ścieżek kariery prowadzących od form rehabilitacji - ostatecznie do otwartego rynku pracy. W praktyce okazało się jednak, że tworzenie tych centrów w Polsce było zbyt wolne. Sytuacja ta spowodowała konieczność przejścia od koncepcji dopasowania uczestnika do pracy i do nowego środowiska, co często kończy się jako traumą do koncepcji dopasowania miejsca pracy dla ludzi. Na tej podstawie opracowywane są nowe inicjatywy i nowe programy rehabilitacji.

Uzależnienia u osób z ADHD

Krzysztof Krysta
Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej SUM, Katowice

Dane z literatury wskazują, żę diagnoza ADHD jest od 5 do 10 razy częstsza u osób dorosłych uzależnionych od alkoholu niż w populacji ogólnej. Według innych doniesień ocenia się, że wśród osób dorosłych leczonych z powodu nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, częstość występowania ADHD wynosi około 25%. W przypadku osób uzależnionych od alkoholu, u których podejrzewamy współistnienie ADHD, postawienie diagnozy różnicowej często jest bardzo trudne. Nadużywanie alkoholu może powodować, że objawy ADHD mogą być zamaskowane przez objawy np. abstynencyjne, lub inne objawy stanowiące powikłanie uzależnienia. Osoby cierpiące na ADHD mogą doświadczać niepokoju, słowotoki, lub zaburzeń koncentracji. Ponadto obecność objawów związanych z ADHD, takich jak drażliwość, wybuchy emocji, chwiejność nastroju, nadmierna reakcją na stres mogą skomplikować określenie, czy dana osoba ma tylko diagnozę ADHD, uzależnienie od alkoholu, czy jeszcze inne współistniejące zaburzenie psychiczne.

Możliwości zastosowania telemedycznych treningów kognitywnych

Marek Krzystanek
Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Katowice

Prowadzenie treningów kognitywnych wśród chorych na schizofrenię paranoidalną jest wciąż eksperymentalną metodą leczenia. Jednak rezultaty wielu badań, w tym badania telepsychiatrycznego, przeprowadzonego w Polsce są bardzo zachęcające. Być może zdigitalizowane treningi kognitywne, wykonywane

przez pacjentów na smartfonach, tabletach czy komputerach stacjonarnych staną się w przyszłości uznaną metodą leczenia zaburzeń poznawczych, występujących u większości pacjentów schizofrenicznych.

Celem badania była odpowiedź na pytanie czy treningi kognitywne mogą być używane wśród ludzi zdrowych oraz czy ich stosowanie może spowodować u nich poprawę funkcjonowania poznawczego. Badanie przeprowadzono na grupie studentów psychologii przy użyciu oryginalnych treningów kognitywnych na smartfonach, używanych w leczeniu zaburzeń poznawczych pacjentów schizofrenicznych.

Wyniki są ciekawe w kontekście zarówno możliwości stymulacji neuroplastyczności u zdrowego człowieka jak i niespodziewanych podobieństw, co do profilu zmian uzyskiwanych u osób zdrowych i chorych na schizofrenię. Wyniki te są ważnym głosem w dyskusji nad psychiatrią kosmetologiczną, czyli możliwością zastosowania psychiatrycznych form terapii u osób zdrowych celem poprawy funkcji psychicznych u osób zdrowych.

Wyniki polskiego rocznego wieloośrodkowego badania klinicznego

Marek Krzystanek
Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Katowice

Telepsychiatria debiutowała w Polsce w 2003 roku na łamach Psychiatrii Polskiej. Autor przedstawiał wówczas wyniki rocznego poradnictwa telemedycznego przy pomocy poczty elektronicznej wśród pacjentów psychiatrycznych. W międzyczasie na świecie dokonał się ogromny postęp w tej dziedzinie i telepsychiatria w wielu krajach stałą się nową i równocenną metodą terapii do wizyt w gabinecie czy przychodni. W 2012 roku rozpoczęto największy dotąd polski projekt telemedyczny, zmierzający do ustalenia skuteczności i bezpieczeństwa stosowania leczenia telemedycznego w psychiatrii. Badanie to jest jednym z największych badań klinicznych w telepsychiatrii na świecie.

Badanie miało charakter wieloośrodkowy i ogólnopolski. Randomizacją objęto grupę 300 chorych na schizofrenię paranoidalną w stabilnym stanie psychicznym, którzy spełniali kryteria remisji symptomatycznej. Pacjenci byli randomizowani do dwóch grup terapeutycznych: grupa badana (n=200) otrzymała na czas badania smartfony z zainstalowaną platformą telemedyczną, a grupa odniesienia (n=100) otrzymała telefony, które wykorzystane były jedynie do zdalnej oceny stanu psychicznego i poziomu funkcji poznawczych.

Po raz pierwszy w Polsce zaprezentowane zostaną wyniki rocznej obserwacji, prowadzonej w tych grupach pacjentów. Uzyskano niezwykle interesujące wyniki, dotyczące zarówno poprawy wielowymiarowych objawów klinicznych schizofrenii jak również szokujące rezultaty oceny współpracy w braniu leków wśród pacjentów stabilnych klinicznie. Wyniki przeprowadzonego badania klinicznego otworzyły w naszym kraju możliwość starania się o pilota refundacyjnego dla telepsychiatrii w NFZ.

Środowisko lekarzy wobec możliwości zastosowania telemedycyny

Marek Krzystanek, Krzysztof Krysta
Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Katowice

Telemedycyna wkracza do Polski, w tym do psychiatrii. Autorzy postawili sobie pytania, dotyczące recepcji telemedycyny przez środowisko lekarskie. Jakie są postawy i nastawienia lekarzy różnych dziedzin do tej nowej formy prowadzenia kontaktu pacjent lekarz? Jak oceniają oni poszczególne funkcjonalności, które mogą być realizowane z wykorzystaniem platformy telemedycznej? Czy lekarze albo menadżerowie służby zdrowia w Polsce są gotowi na pojawienie się telemedycyny?

Celem odpowiedzi na powyższe pytania przeprowadzono w Polsce 3 badania, dotyczące percepcji telemedycyny przez lekarzy różnych specjalności oraz przez menadżerów zakładów opieki zdrowotnej. Badania w grupach lekarzy prowadzone były wśród kardiologów, urologów, pulmonologów i osobno – wśród psychiatrów. Wyniki zbiorcze tych badań nie były dotąd publikowane.

Wyniki badań są zaskakujące wyniki, dotyczące zwłaszcza lekarzy. Czyżbyśmy byli tradycjonalistami, zamkniętymi na nowoczesną postać medycyny? Autorzy przedstawią porównanie recepcji telemedycyny pomiędzy lekarzami różnych specjalności, porównując je z nastawieniem menadżerów służby zdrowia.

Komórki macierzyste i czynniki humoralne w pierwszym epizodzie psychotycznym

Jolanta Kucharska-Mazur[1], Marcin Jabłoński[2], Barbara Dołęgowska[3], Artur Reginia[2], Maciej Tarnowski[4], Mariusz Ratajczak[5], Jerzy Samochowiec[6]
[1]Pomorski Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Psychiatrii, Szczecin
[2]Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin
[3]Zakład Mikrobiologii i Diagnostyki Immunologicznej PUM, Szczecin
[4]Katedra i Zakład Fizjologii PUM, Szczecin
[5]Stem Cell Biology Program at the James Graham Brown Cancer Center, University of Louisville, Louisville
[6]Katedra i Klinika PUM, Szczecin

Potencjalnych markerów biologicznych schizofrenii poszukuje się m.in. wśród czynników genetycznych, w neuroobrazowaniu, w zaburzeniach elektrofizjologicznych, biochemicznych czy też neuropsychologicznych. Ośrodek szczeciński zaproponował jako potencjalne markery pierwszego epizodu schizofrenicznego komórki macierzyste VSEL, sfingozyno-1-fosforan (S1P) oraz białko systemu dopełniacza (C3a). Badano w związku z tym inne komórki macierzyste oraz czynniki odpowiedzialne za ich przemieszczanie się. Stwierdzono, że liczba HSCs, ale nie VSEL, jest niższa u osób z pierwszym epizodem psychotycznym starszych niż 25 lat w porównaniu z młodszymi. Na liczbę komórek macierzystych nie wpływała płeć, wiek matki w chwili urodzenia danej osoby ani rodzinne obciążenie zaburzeniami psychotycznymi. Z wiekiem rósł osoczowy poziom C3a w grupie psychotycznej przed leczeniem, a w tej samej grupie po leczeniu rósł z wiekiem poziom SDF-1, malał natomiast S1P. Poziom tych czynników nie zależał od płci ani od rodzinnego obciążenia psychozą. Poziom S1P wykazywał słabą korelację z wiekiem matki w chwili narodzin osoby badanej, w całej populacji (w grupie badanej i kontrolnej łącznie). Na poziom VSEL i S1P najsilniej wpływała diagnoza (zaburzenia psychotyczne schizofreniczne vs. nieschizofreniczne).

Uzyskane wyniki świadczą o związku procesów regeneracyjnych ze starzeniem się organizmu, ale i z pojawieniem się objawów psychotycznych.

Predyktory nawrotu w schizofrenii

Jolanta Kucharska-Mazur, Jerzy Samochowiec
Pomorski Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Psychiatrii, Szczecin

Schizofrenia jest chorobą związaną z dużym ryzykiem kolejnych nawrotów, prowadzących do gorszego przebiegu schorzenia, co tłumaczy teoria neurotoksyczności. Optymalizacja leczenia farmakologicznego, stosowanie terapii niefarmakologicznych, oddziaływania psychospołeczne oraz poprawa współpracy mogą zmniejszyć ryzyko nawrotu. Równie istotne jest poszukiwanie neurobiologicznych (biochemicznych, hormonalnych, elektrofizjologicznych, immunologicznych) markerów zbliżającego się nawrotu schizofrenii, co potencjalnie pozwoliłoby zmieniać naturalny przebieg psychozy.

Badania genów białek szoku cieplnego w schizofrenii

Krzysztof Kucia[1], Małgorzata Kowalczyk[2], Aleksander Owczarek[3], Ewa Jędrusik[3], Jan Kowalski[2]
[1]Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Wydział Lekarski w Katowicach Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice
[2]Katedra i Zakład Genetyki Medycznej Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Sosnowiec
[3]Zakład Statystyki, Katedra Analizy Instrumentalnej, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Sosnowiec

Schizofrenia jest poważną chorobą psychiczną, a jej etiologia, pomimo wielu lat intensywnych badań, wciąż pozostaje stosunkowo niejasna. W efekcie licznych prac badawczych zaproponowano hipotezy patogenezy choroby (neurorozwojowa, neurodegeneracyjna, immunologiczna, zaburzenia układu neuroprzekaźników i inne) Z uwagi na duży udział czynników genetycznych w etiologii schizofrenii (szacowany na ok. 80%) przeprowadzono liczne badania asocjacyjne oceniające związek polimorfizmów w ponad 1000 genach kandydujących z podatnością na wystąpienia choroby.

Białka szoku cieplnego (HSP) należą do rodziny wysoce konserwatywnych białek, a ekspresja kodujących je genów jest indukowana przez liczne szkodliwe czynniki egzo- i endogenne. Funkcja ochronna HSP w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) wynika zarówno z ich właściwości opiekuńczych (naprawa nieprawidłowo sfałdowanych lub zdenaturowanych białek, zapobieganie powstawaniu i usuwanie agregatów białkowych, pośrednictwo w degradacji uszkodzonych białek), jak i antyapoptotycznych (blokowanie funkcji kilku kluczowych czynników proapoptotycznych skutkujące zahamowaniem szlaku apoptozy wewnątrz komórki). Oddziaływanie ochronne HSP względem neuronów zostało poparte licznymi badaniami prowadzonymi na zwierzętach, jak również hodowlach komórkowych. Wiadomo, że ekspresja HSP podczas rozwoju OUN podlega ścisłej czasowej i przestrzennej kontroli wspierając różnicowanie i przeżycie neuronów.

Spośród wielu podrodzin HSP, białka o masie cząsteczkowej 70 kDa (HSP70) wydają się odgrywać główną rolę w ochronie OUN przed uszkodzeniem podczas wrażliwych etapów rozwoju embrionalnego. Sformułowano hipotezę, iż nieprawidłowa wówczas synteza lub funkcjonowanie HSP może prowadzić do zaburzeń neurorozwojowych, obserwowanych u chorych na schizofrenię.

Szeroki zakres funkcji HSP70 w OUN stanowi argument do badania wpływu polimorfizmów genów HSP70 nie tylko na ryzyko zachorowania na schizofrenię, ale także na przebieg i obraz kliniczny choroby.

Badaniem objęto trzy geny: wysoce induktywne HSPA1A (HSP70-1) i HSPA1B (HSP70-2) i podlegający konstytutywnej ekspresji HSPA1L (HSP70-hom). Są one zlokalizowane w obrębie głównego układu zgodności tkankowej (MHC) klasy III w chromosomie 6p21.3. Badania asocjacyjne całego genomu wykazały związek regionu MHC z ryzykiem zachorowania na schizofrenię.

Metodyka: Przeanalizowano potencjalny wpływ funkcjonalnych polimorfizmów HSPA1A +190G/C, HSPA1B +1267A/G oraz HSPA1L +2437T/C na ryzyko wystąpienia i przebieg kliniczny schizofrenii w homogennej populacji polskiej (kaukaskiej). W badaniu uczestniczyło 203 pacjentów ze schizofrenią paranoidalną zgodnie z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji DSM-IV-TR i 243 zdrowych ochotników stanowiących kontrolę. Ocenę nasilenia objawów choroby przeprowadzono z wykorzystaniem skali zespołu pozytywnego i negatywnego (PANSS), w analizie uwzględniając zarówno jej tradycyjny trójpodział, jak i model pięciowymiarowy. Materiałem do ekstrakcji genomowego DNA były leukocyty krwi obwodowej. Polimorfizmy genotypowano za pomocą techniki PCR-RFLP. Analizy przeprowadzano z uwzględnieniem płci.

Wyniki: Stwierdzono istotne statystycznie różnice w częstości występowania genotypów i alleli dla polimorfizmu +190G/C w genie HSPA1A pomiędzy pacjentami a grupą kontrolną. Genotyp +190CC i allel +190C były nadreprezentowane wśród pacjentów i znacznie zwiększały ryzyko zachorowania na schizofrenię (OR=3,45 i OR=1,61, odpowiednio). Co ciekawe, takie ryzyko było wyższe u kobiet z genotypem +190CC niż u mężczyzn z genotypem +190CC (OR=5,78 vs. OR=2,76). Zidentyfikowano również haplotyp CGT jako haplotyp istotnie zwiększający ryzyko rozwoju schizofrenii (OR=1,55). Wykazano również wpływ genotypów dla badanych polimorfizmów w genach HSPA1A i HSPA1B na psychopatologię schizofrenii paranoidalnej i wiek zachorowania.

Wnioski: Badanie dostarczyło pierwszego dowodu, że polimorfizm +190G/C w genie HSPA1A może potencjalnie zwiększać ryzyko zachorowania na schizofrenię paranoidalną w populacji polskiej. Wykazano także, iż polimorfizmy HSPA1A +190G/C i HSPA1B +1267A/G mogą mieć wpływ na kształtowanie obrazu klinicznego i przebiegu choroby. Dalsze niezależne analizy prowadzone w różnych populacjach z uwzględnieniem roli płci są niezbędne do potwierdzenia uzyskanych rezultatów.

Zastosowanie Treningu Społecznego Poznania w poprawie funkcjonowania emocjonalnego i społecznego adolescentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego

Dorota Kułakowska[1], Ewelina Wilkos[1], Małgorzata Starzomska[2], Katarzyna Kucharska[1]
[1]Instytut Psychiatrii i Neurologii, Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania, Warszawa
[2]Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Instytut Psychologii, Warszawa

Metodologia: Pacjentki hospitalizowane w Klinice Dzieci i Młodzieży oraz w Klinice Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania, Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, zdiagnozowane jako osoby chorujące na jadłowstręt psychiczny

(JP), zostały poddane ocenie społecznego poznania (percepcja mimiczna–rozpoznawanie emocji, rozróżnianie emocji, ocena nasilenia emocji, rozpoznawanie zapamiętanych twarzy, teoria umysłu, aleksytymia) przed oraz po Treningu Społecznego Poznania (TSP). Identycznej ocenie baterią testów psychologicznych zostały poddane osoby w grupie kontrolnej (osoby zdrowe). Nasilenie objawów psychopatologicznych zostało ocenione przy użyciu wystandaryzowanych skal klinicznych.

Po wstępnej diagnostyce i przeprowadzeniu pierwszego badania pacjenci wzięli udział w trzymiesięcznym programie rehabilitacyjnym obejmującym TSP. Po zakończeniu treningu, przed wypisem ze szpitala, przeprowadzono u nich ponowną ocenę funkcji społecznego poznania oraz objawów klinicznych. Podobnej oceny dokonano również jednorazowo w grupie kontrolnej osób zdrowych.

Opis badanej grupy: Badaniem zostały objęte osoby z rozpoznaniem JP (wg kryteriów ICD-10) w przedziale wiekowym 14 – 40 lat, hospitalizowane na oddziale całodobowym Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży oraz w Klinice Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Zaburzeń Odżywiania Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Były to osoby polskiego pochodzenia, praworęczne, niespokrewnione ze sobą, z wykształceniem co najmniej podstawowym oraz mieszczące się w normie intelektualnej. Kryteriami wykluczającymi z badania było potwierdzenie organicznego uszkodzenia OUN, upośledzenie słuchu bądź wzroku (przy braku korekcji), zaburzenia w nadawaniu bądź rozumieniu mowy, a także te, u których stwierdzono współistnienie poważnych chorób somatycznych oraz występowanie zespołu uzależnienia od alkoholu i innych substancji uzależniających. Grupa kontrolna osób zdrowych (n=40) została rekrutowana spośród uczniów szkół publicznych.

Opis projektu badawczego: Celem projektu była ocena funkcji społecznego poznania w grupie osób chorych na JP (n=40) oraz ocena stopnia poprawy tych funkcji po terapii obejmującej nowatorski Trening Społecznego Poznania. Obejmował on 10 sesji, trwających ok. 60 min., przeprowadzonych w okresie 10 tygodni (1x tyg.) przez psychologa/terapeutę. TSP ma na celu poprawę funkcjonowania społecznego uczestników w zakresie 3 głównych domen:percepcji emocji i innych sygnałów społecznych; stylu atrybucji oraz teorii umysłu. Powstał w oparciu o Trening Poznania Społecznego i Interakcji (Social Cognition and Interaction Training, SCIT) (Roberts i Penn 2009).

Wnioski: W badaniu oceniono skuteczność Treningu Społecznego Poznania u osób chorujących na JP w zakresie poznania społecznego.

Między pobudzeniem a hamowaniem – czy Model Podwójnej Kontroli wciąż jest aktualny?

Jacek Kurpisz, Monika Mak
Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej Katedry Psychiatrii PUM, Szczecin

Model Podwójnej Kontroli odpowiedzi seksualnej, zakładający istnienie dwóch względnie niezależnych lecz wzajemnie na siebie wpływających neurofizjologicznych systemów zaproponowany przez J. Bancrofta i E. Janssena zdobywa na świecie coraz większą popularność. Stworzone na jego podstawie narzędzia psychometryczne są walidowane i wykorzystywane w badaniach prowadzonych w kolejnych krajach. Celem wystąpienia jest syntetyczne przedstawienie założeń Modelu Podwójnej Kontroli w odniesieniu do innych teoretycznych modeli sfery realizacji seksualnej, zaprezentowanie najważniejszych doniesień z badań z jego wykorzystaniem oraz ich krytyczna analiza. Ponadto wyjaśnione zostaną możliwości oraz ograniczenia praktycznego wykorzystania założeń Modelu, szczególnie w diagnozie i leczeniu zaburzeń seksualnych w świetle najnowszych doniesień badawczych z wykorzystaniem metod psychometrycznych oraz badań neurofizjologicznych. Na zakończenie wskazane zostaną mocne i słabe strony Modelu, jak również kierunki dla dalszych badań i rozwoju tej koncepcji.

Cienie i blaski pracy terapeuty środowiskowego

Elżbieta Kuśmierczyk
Zespół Leczenia Środowiskowego przy PZP "SYNAPSIS", Łódź

Głównym celem wystąpienia jest prezentacja trudności, które napotyka terapeuta podczas pracy z pacjentem psychiatrycznym w jego środowisku. Aby bardziej zobrazować ich charakter zilustrowane są one krótkimi opisami przypadków. Trudności zostały podzielone na dwie grupy: Pierwsza z nich, bardziej liczna, ma charakter, który można by nazwać „technicznym". Druga – mająca swoje źródło raczej w terapeucie niż w pacjencie, to trudności o charakterze etyczno-moralnym. W przypadku trudności technicznych często wystarczy zmiana podejścia, zmiana sposobu motywowania, danie większej ilości czasu czy wreszcie odstąpienie od działań. W przypadku trudności drugiej grupy, pojawia się postawa ochronna terapeuty w stosunku do pacjenta, która z jednej strony uniemożliwia mu zrobienie sobie krzywdy przez podejmowanie ryzykownych i nieodpowiedzialnych decyzji, a z drugiej szkodzi – utrudnia naukę na własnych błędach i w efekcie stoi w sprzeczności z podstawowym celem, jakim jest usamodzielnienie pacjenta. Tu pomocna jest ścisła współpraca Zespołu, częste spotkania i superwizja. W wielu przypadkach wątpliwości jednak pozostają.

Stąd postawione są pytania: 1) jak dalece można ingerować w sytuację życiową pacjenta; 2) czy właściwie wyczuwane są granice intymności pacjenta; 3) na ile terapeuta reprezentuje interes społeczny, gdy zachowanie pacjenta utrudnia jego adaptację do społeczeństwa, a pacjent nie współpracuje; 4) kiedy należy zaniechać pracy z pacjentem, który mimo wysiłków Zespołu nie zmienia swojego postępowania.

Mimo wspomnianych problemów, praca w środowisku jest jednak prowadzona i to często z powodzeniem. I właśnie źródłom satysfakcji poświęcona jest część końcowa pracy.

Logopeda na oddziale noworodkowym I stopnia referencyjności – możliwości, plany, nadzieje

Karolina Lazarowska-Mielnik, Maria Runowska
Centrum Diagnostyki i Terapii "In Corpore", Katowice

Podczas wystąpienia zostaną przedstawione główne założenia pilotażowego programu realizowanego, nieprzerwanie od czerwca 2014, przez logopedów z Centrum Diagnostyki i Terapii In Corpore we współpracy z Odziałem Położniczym Prywatnej Kliniki Łubinowa 3 w Katowicach.

Poruszony zostanie problem dotyczący możliwości i uprawnień logopedów zatrudnionych w placówkach służby zdrowia. Omówiona zostanie rola jaką mają do spełnienia logopedzi na oddziale noworodkowym pierwszego stopnia referencyjności, przebieg konsultacji logopedycznej oraz warunki, w jakich badanie noworodka jest przeprowadzane. W sposób szczegółowy przedstawione zostanie samo badanie funkcji prymarnych kompleksu ustno-twarzowego tj. badanie odruchów wg schematu noworodkowego Stecko oraz ocena budowy jamy ustnej czy funkcji ssania, jak również omówione zostaną najbardziej powszechne problemy z jakimi do tej pory logopedzi mieli do czynienia. Dodatkowo pod rozwagę zostanie poddany temat poradnictwa laktacyjnego i to czy logopeda może/powinien spełniać również taką funkcję.

Propozycja kompleksowego leczenia osób chronicznie bezdomnych chorujących psychicznie i/lub uzależnionych – projekt „Najpierw mieszkanie”

Katarzyna Lech
Zespół Leczenia Środowiskowego, Piaseczno

Choroba psychiczna, bezdomność, uzależnienie - pod każdym z tych haseł kryje się ludzki dramat. Osoby doświadczające go są dodatkowo zagrożenie wykluczeniem społecznym. Suma brzemienia bezdomności w połączeniu z chorobą psychiczną lub/i uzależnieniem wydaje się trudna do udźwignięcia bez pomocy z zewnątrz.

Powszechnie prowadzone projekty wspierające wychodzenie z bezdomności opierają się na tzw. modelu schodkowym. Założeniem modelu jest stawianie różnych wymagań osobom bezdomnym i stopniowe „nagradzanie”, za zrealizowane zadania zwiększaniem szansy na uzyskanie własnego azylu. Aby dostać mieszkanie, w ramach podejścia schodkowego podopieczny musi zgodzić się na leczenie min. uzależnienia. Nakłady ponoszone przez państwa na takie systemy rosną. Nie powoduje to proporcjonalnego spadku bezdomności.

Program „Najpierw mieszkanie” organizacji Pathways to Housing Inc. (NMP) diametralnie różni się od modelu schodkowego. Tu założeniem jest zapewnienie, dla osoby bezdomnej chorującej psychicznie i/lub uzależnionej, w pierwszej kolejności mieszkania. Wszelkie oddziaływania prozdrowotne oferowane są jako uzupełnienie wsparcia. Jest to umacnianie polegające na szanowaniu woli klienta, wspieranie zdrowienia, pomoc w redukcji szkód w leczeniu uzależnień. Wyjątkowość tego projektu polega na oddzieleniu uzyskania mieszkania od zgody beneficjenta na inne formy wsparcia. Dzięki temu np. brak postępów w terapii nie może być powodem do usunięcia z mieszkania. W programie „Najpierw mieszkanie” beneficjent staje się partnerem w projektowaniu indywidualnego planu zdrowienia. Udzielający wsparcia proponują jego różne formy, ale to osoba wychodząca z bezdomności chorująca psychicznie i/lub uzależniona decyduje z jakiej formy pomocy korzysta i kiedy. Zgodnie z powszechnie znaną piramidą potrzeb Abrahama Maslowa, żeby zacząć myśleć o potrzebach wyższego rzędu (tu o wychodzeniu z uzależnienia, leczeniu psychiatrycznym, poszukiwaniu pracy, naprawie relacji rodzinnych itd.), muszą być zaspokojone potrzeby podstawowe: fizjologiczne oraz bezpieczeństwa (stabilizacji). Do ich zaspokojenia konieczne jest własne, stałe, bezpieczne miejsce do życia – mieszkanie.

Celem wystąpienia jest wskazanie możliwości zapewnienia wsparcia według zasad „Najpierw mieszkanie”, w ramach polskiego systemu opieki psychiatrycznej, w szczególności psychiatrii środowiskowej. Istotne dla powodzenia wdrażania w Polsce NMP jest to, że program wpisuje się w promowane przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego działania w zakresie upowszechnienia zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego; przede wszystkim pomocy bytowej oraz mieszkaniowej. Biorąc pod uwagę aktualny stopień wdrażania NPOZP i obecny poziom (niedo)finansowania psychiatrii środowiskowej, a także sposób funkcjonowania systemu świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych oraz działania organizacji pozarządowych w zakresie psychiatrii, przedstawię model hybrydowy do pracy z osobami bezdomnymi chorującymi psychicznie i/lub uzależnionymi.

Czy nowe leki odmienią naszą seksualność?

Michał Lew-Starowicz
III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Pod koniec XX wieku w seksuologii medycznej dokonał się znaczący przełom pod względem skuteczności leczenia zaburzeń erekcji u mężczyzn z wykorzystaniem leków działających obwodowo, w głównej mierze za pośrednictwem układu naczyniowego. Na tym tle zaczęto także lepiej rozumieć specyfikę kobiecej seksualności, w istotnym zakresie odmienną od męskiej. XXI wiek przyniósł dynamiczny rozwój badań w dziedzinie neuroscience, w tym także neuronalnych podstaw reaktywności i zachowań seksualnych. Zaczęto zwracać także większą uwagę na to, w jaki sposób leki psychotropowe wpływają na ludzką seksualność. Kolejnym etapem jest rozwój badań nad leczeniem zaburzeń seksualnych przy pomocy leków działających w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Jednym z przełomowych momentów było dopuszczenie przez FDA w sierpniu 2015 roku do obrotu flibanseryny – leku przeznaczonego do leczenia zaburzeń pożądania u kobiet. Kolejne leki poddawane są badaniom klinicznym. Równolegle dyskutuje się nad granicami między leczeniem zaburzeń a próbą zmiany reaktywności seksualnej zależnej od czynników osobniczych, relacyjnych i kontekstualnych, jak również nad granicami skuteczności i konsekwencjami takiego oddziaływania. W wystąpieniu omówiono aktualny postęp wiedzy nad ośrodkowymi mechanizmami regulacji odpowiedzi seksualnej, modulujący wpływ leków działających na receptory mózgowe i możliwość wykorzystania ich w terapii zaburzeń seksualnych, a także dalsze kierunki rozwoju badań w tym zakresie.

Seksualne perypetie zakochanych

Michał Lew-Starowicz
III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Stan zakochania kojarzony z początkowym okresem bycia w związku uczuciowym wiąże się ze znacznymi zmianami w zakresie tzw. chemii mózgu (aktywność neuroprzekaźników i neurohormonów), funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego, a zmiany te, z ewolucyjnego punktu widzenia, ukierunkowane są przede wszystkim na zwiększenie szans na dalszy rozwój relacji i posiadanie potomstwa. Okres ten wiąże się również z intensywnym odczuwaniem spontanicznego pożądania seksualnego oraz, w razie braku ograniczeń (czynniki religijne, kulturowe, warunki życia), ze zwiększoną aktywnością i satysfakcją seksualną. Z drugiej strony, u części osób stwierdza się zwiększone ryzyko występowania dysfunkcji seksualnych, co skłania do poszukiwania specjalistycznej pomocy w tym zakresie. Czynnikami predysponującymi są m.in. deficyt edukacji seksualnej i nierealne oczekiwania względem seksu, lęk zadaniowy i lęk przed ciążą, konflikty wewnętrzne związane z normami obyczajowymi i tzw. „podwójnym standardem” płci, słaba identyfikacja z płcią, doświadczenia przemocy seksualnej, długotrwała abstynencja seksualna. Z drugiej strony, silne, pozytywne emocje i seksualna nagroda przeżywana w początkowej fazie relacji, może skłaniać do permanentnego poszukiwania nowych partnerów, przy czym czynnikami pośredniczącymi mogą być problemy dotyczące przywiązania i dysregulacja afektywna. Zadaniem terapeuty jest ocena potrzeby i rodzaju interwencji (poradnictwo, psychoterapia, farmakoterapia) w obliczu problemów zakłócających aktywność i satysfakcję seksualną pacjenta, mogących ulegać utrwaleniu, wpływających na nastrój lub dalszy rozwój relacji.

Jak psychologia wykorzystuje wiedzę neurobiologiczną w terapii osób chorych na schizofrenię?

Magdalena Linke
III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Psychologia jest dziedziną nauki badającą i wyjaśniającą mechanizmy i prawa rządzące psychiką oraz zachowaniem człowieka w zdrowiu i patologii. Ponieważ nie sposób oddzielić umysłu od ciała, psychologia nieodmienne zainteresowana jest fizjologią i anatomią funkcjonalną OUN, neurofizjologicznymi podstawami procesów emocjonalnych i poznawczych oraz układami funkcjonalnymi w mózgu z nimi powiązanymi. Choć zagadnienie związku pomiędzy emocjami i funkcjami poznawczymi jest obecne w psychologii od wielu dekad, to rozwój nowoczesnych narzędzi badania mózgu w ostatnich latach, doprowadził do ogromnego wzrostu liczby badań nad wyjaśnieniem wzajemnych powiązań emocji i poznania oraz ich wpływu na występowanie zaburzeń psychicznych. Zarówno procesy emocjonalne jak i funkcje poznawcze są zaburzone u osób ze schizofrenią i stanowią wyzwanie w terapii tych osób. W wystąpieniu zaprezentowane zostaną wybrane zagadnienia prezentujące w jaki sposób psychologia wykorzystuje wiedzę neurobiologiczną w rozumieniu i leczeniu osób chorujących na schizofrenię. Między innymi jakie wnioski płyną z badań przy użyciu EEG nad modelem asymetrii procesów hamowania emocji, w jaki sposób mechanizmy kontroli poznawczej regulują procesy przetwarzania emocji i czy wiedza ta daje możliwość wypracowania sposobów wzmacniania kontroli poznawczej dla prawidłowego funkcjonowania osoby chorej? Wiedza wynikająca z badań rezonansem magnetycznym oraz funkcjonalnym rezonansem magnetycznym również stanowi istotne źródło informacji dla psychologa. Przedstawione zostanie jak psycholog rozumie i wykorzystuje wiedzę płynącą z doniesień badawczych o zmniejszeniu objętości istoty szarej w korze przedczołowej u osób chorych na schizofrenię oraz czy wiedza płynącej z badań strukturalnych i funkcjonalnych kory przedczołowej w okresie adolescencji ma implikacje dla postępowania terapeutycznego wobec osób chorujących na schizofrenię?

Konotacja w schizofrenii

Wojciech Lipski
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin

Zaburzenia językowe w schizofrenii stanowią ważny element w procesie diagnozy tej choroby. Pionierzy badań nad zaburzeniami językowymi w schizofrenii w Polsce, A. Czernikiewicz oraz T. Woźniak, zwrócili uwagę na pewien swoisty fenomen językowy w tym zaburzeniu. Badacze przygotowali skalę do oceny poziomu schizofazji (tj. zaburzeń językowych w schizofrenii) – KSOS (Krótka Skala Oceny Schizofazji), która składa się z trzech części, oceniających spójność: gramatyczną, semantyczną i pragmatyczną. Fenomen, o który chodzi – zaburzenia konotacji linearnej, badany jest w części poświęconej spójności gramatycznej obok oceny zubożenia składni. W wystąpieniu chciałbym zaprezentować bliżej problem konotacji linearnej z uwzględnieniem najnowszych na ten temat badań. Zjawisko zaburzeń konotacji nie jest zarezerwowane wyłącznie dla schizofazji, ale to właśnie w schizofrenii występuje ono w najpełniejszej formie. Głębokość tego zaburzenia koreluje bezpośrednio z głębokością choroby i może stanowić marker dla oceny aktualnego stanu pacjenta jak również skuteczności działania leków. Zaburzenia spójności, w tym także konotacji linearnej, wpisują się w zespół dozorganizacji w klasyfikacji Liddle'a, przez co wskazuje, że najsilniej zaburzoną lokalizacją w przypadku pacjentów z zaburzeniami konotacji linearnej jest przednia kora czołowa z okolicami obręczy.

Zaburzenia psychiczne u chorego na stwardnienie rozsiane

Beata Łabuz-Roszak[1], Piotr Gorczyca[2]
[1]Katedra i Klinika Neurologii w Zabrzu Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze
[2]Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii, Tarnowskie-Góry

Stwardnienie rozsiane (SR) jest złożoną chorobą neurodegeneracyjną mózgu i rdzenia kręgowego, która jest związana z autoimmunologicznymi mechanizmami dotyczącymi istoty białej i szarej. Charakteryzuje się postępującą demielinizacją, gliozą, dysfunkcją aksonów i w końcu utratą neuronów. Schorzenie to dotyczy ludzi głównie młodych – rozpoczyna się między 20-40 rokiem życia. Objawy neurologiczne mają charakter rozsiany przestrzennie (w zależności od lokalizacji zmian patologicznych) i czasowo (rzuty choroby) oraz przybierają różną dynamikę przebiegu i stopień nasilenia. Objawom neurologicznym towarzyszą często zaburzenia psychiczne (około 75% chorych). Są to głownie zaburzenia emocjonalne, afektywne i zaburzenia funkcji poznawczych, a także zaburzenia lękowe, zmęczenie i zaburzenia snu. Objawy psychiczne mogą być wynikiem samego procesu chorobowego jak również efektem stosowanego leczenia.

Zaburzenia depresyjne, w tym epizody depresji ciężkiej i umiarkowanej, występują u chorych na SR dwa razy częściej niż w populacji ogólnej. Związek ze stopniem niesprawności jest niejednoznaczny. Ryzyko samobójstwa jest natomiast 2-7 razy większy niż w populacji ogólnej.

Dysfunkcje poznawcze występują u 43-70% chorych. Z przeglądu dotychczasowych badań wielu autorów wynika, że główne zaburzenia poznawcze stwierdzane u pacjentów z SR to zaburzenia uwagi, zaburzenia zapamiętywania i uczenia się, zaburzenia pamięci długotrwałej, słabsza zdolność do uogólniania i abstrahowania, trudności w rozwiązywaniu złożonych problemów, osłabienie fluencji słownej, zaburzenie pamięci operacyjnej oraz uogólnione spowolnienie wszystkich procesów poznawczych. Stopień zaburzeń poznawczych i ich nasilenie zależą od umiejscowienia ognisk demielinizacyjnych oraz neuronalnych zmian atroficznych.

Zaburzenia psychiczne pogarszają jakość życia chorych na SR, sprzyjają postępowi niesprawności i gorszej reakcji na leczenie.

Choroba Alzheimera o wczesnym początku - opis przypadku

Beata Łabuz-Roszak, Magdalena Torbus
Katedra i Klinika Neurologii. Śląski Uniwersytet Medyczny, Zabrze

Zespoły otępienne są problemem nie tylko osób starszych. Otępienie o wczesnym początku (Early - Onset Dementia, EOD) rozpoczyna się poniżej 65 roku życia. Stanowi 4-10% wszystkich przypadków otępień. EOD wywiera istotne konsekwencje psychospołeczne, dotyka bowiem ludzi w ich najbardziej produktywnych latach życia, mających liczne obowiązki rodzinne, zawodowe i społeczne. Istnieje wiele chorób, które zidentyfikowano jako przyczynę EOD. Wśród nich najczęściej wymienia się chorobę Alzheimera, otępienie naczyniowe, otępienie czołowo-skroniowe, otępienie z ciałkami Lewy'ego, urazowe uszkodzenie mózgu, otępienie alkoholowe, chorobę Huntingtona, chorobę Parkinsona, otępienie mieszane, chorobę Creutzfeldta –

Jakoba i zespół Downa. Większość badań wykazała chorobę Alzheimera jako najczęstszą etiologię EOD (wskaźniki w zakresie 1-66,7%). W doniesieniu przedstawiono przypadek 33-letniego chorego hospitalizowanego w Klinice Neurologii w Zabrzu, z postępującymi od około 6 miesięcy zaburzeniami funkcji poznawczych, zaburzeniami mowy i cechami zespołu pozapiramidowego parkinsonowskiego. MR głowy uwidocznił wyraźnie zaznaczone zaniki korowe i w mniejszym stopniu podkorowe, zwłaszcza płatów ciemieniowych i ciemieniowo-skroniowych. Wykonany MMSE wynosił 18 pkt. Pogłębiona diagnostyka chorego w Klinice Neurologii w Warszawie wykazała w płynie mózgowo-rdzeniowym obniżony poziom β-amyloidu oraz znacznie podwyższony poziom H-TAU. U chorego rozpoznano chorobę Alzheimera o wczesnym początku, co potwierdziło badanie genetyczne - zidentyfikowano zmianę sekwencji w genie preseniliny 1 w układzie heterozygotycznym.

Chory z otępieniem – charakterystyka kliniczna

Beata Łabuz-Roszak[1], Piotr Gorczyca[2]
[1]Katedra i Klinika Neurologii w Zabrzu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze
[2]Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Tarnowskie-Góry

W związku z intensywnym rozwojem medycyny i poprawą warunków ekonomicznych, jak również szybko rosnącej świadomości zdrowotnej wydłuża się długość życia, szybko rośnie więc liczba chorych z otępieniem. Szacuje się, iż w Polsce mieszka około 0,5 miliona osób z otępieniem (brak ogólnokrajowych badań epidemiologicznych).

Otępienie to zespół objawów charakteryzujący się występowaniem zaburzeń pamięci i innych funkcji poznawczych, jak również zaburzeń zachowania. Ponadto często występują również zaburzenia emocjonalne, zaburzenia osobowości i objawy psychotyczne. Wszystkie symptomy wyraźnie pogarszają dotychczasowe funkcjonowanie chorego w życiu społecznym, zawodowym i rodzinnym.

Najczęstszą przyczyną otępienia jest choroba Alzheimera, następnie zmiany naczyniopochodne mózgu (otępienie naczyniowe). W niektórych przypadkach rozpoznaje się otępienie mieszane. Rzadziej rozpoznaje się otępienie czołowo-skroniowe, otępienie z ciałkami Lewy'ego, otępienie alkoholowe, otępienie w przebiegu choroby Huntingtona, choroby Parkinsona i zespołu Downa, chorobę Creutzfeldta –Jakoba i inne.

Osoby z otępieniem wymagają szczególnej opieki ze strony personelu medycznego oraz rodziny. W celu zapewnienia bezpiecznego i przyjaznego otoczenia konieczne jest właściwe dostosowanie pomieszczeń, w których przebywa chory, zarówno w środowisku domowym jak i szpitalnym.

Postępowanie terapeutyczne u osób z zaburzeniami psychotycznymi

Beata Łangowska-Grodzka[1], Anita Markowska[2]
[1]UMK w Toruniu, Collegium Medicum, Bydgoszcz
[2]Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego CM UMK, Bydgoszcz

Zaburzenia psychotyczne cechują się ograniczeniem lub brakiem krytycyzmu chorego wobec objawów i zaburzają zdolność do realistycznej oceny rzeczywistości. Większość chorych z tymi zaburzeniami, szczególnie w okresie zaostrzenia choroby, wymaga hospitalizacji. W prezentacji przedstawiono najczęściej występujące zaburzenia psychotyczne, ich podział, przyczyny i objawy. Zwrócono szczególną uwagę na rolę pielęgniarki w postępowaniu terapeutycznym. Omówiono zasady kontaktu z chorym, celowość obserwacji pacjenta, udział pielęgniarki w farmakoterapii, postępowanie w przypadku konieczności unieruchomienia pacjenta. Ponad to przedstawiono wybrane formy psychoterapii, które stwarzają szansę na poprawę umiejętności społecznych, jednocześnie prowadzą do poprawy jakości życia pacjentów. Zaznaczono istotną rolę edukacji w przygotowaniu pacjenta i jego rodziny do kontynuowania zaleceń terapeutycznych.

Zaburzenia nastroju a otyłość - co rozpoznawać? Jak leczyć?

Dorota Łojko
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Poznań

Zaburzenia depresyjne i otyłość stanowią obecnie jedne z największych problemów zdrowotnych i uważa się, że w znaczący sposób różnorodnie współuczestniczą we wzroście śmiertelności. Badania wykazały, że depresja i otyłość są związane z występowaniem chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, nadciśnienie, rak, choroby układy krążenia i oddechowego. Otyłość prawie podwaja ryzyko chorób układu krążenia, jeśli współwystępuje z depresją. Niewątpliwie istnieje dwukierunkowy wpływ/powiązanie między depresją a otyłością. Badania wykazały, że otyli mają o 55% większe ryzyko depresji a osoby z depresją – o 58% ryzyko otyłości, zaś w obu grupach upływ czasu zwiększa ryzyko wystąpienia drugiej choroby. W otyłości różnorodne zjawiska mogą prowadzić do depresji: zaburzeniu ulega obraz siebie, chory jest niezadowolony ze swojego wyglądu (niezależne od rzeczywistej masy ciała, a od percepowanej), dochodzi do zaburzeń w relacjach społecznych: dokuczanie, krytyka związana z masa ciała, napięcie i krytyka w relacjach interpersonalnych, społecznych i intymnych; wiktymizacja wśród nastolatków, towarzyszące otyłości problemy zdrowotne, czy upośledzenie mobilności wynikające z otyłości. W przebiegu depresji wiele zjawisk prowadzić może do otyłości: dochodzi do zakłócenia „bilansu energetycznego" w zakresie wydatkowanie/przyjmowanie, do zmniejszenia aktywności fizycznej, do różnorodnych nieprawidłowości biochemicznych, genetycznych. Czynniki socjologiczne, psychologiczne, ekonomiczne mogą wpływać również na masę ciała. Otyłość może być też wynikiem skutków ubocznych działania leków przeciwdepresyjnych.

Osoby otyłe powinny być diagnozowane w kierunku depresji, istotne jest stosowanie kryteriów diagnostycznych, różnicowanie depresji z innymi stanami klinicznymi, unikanie „nadrozpoznawania" depresji wśród otyłych (to może być reakcja psychologiczna). Istotny jest dokładny wywiad, w tym od bliskich osób chorych, wykluczenie wpływu substancji psychoaktywnych, dokładna analiza stosowanych przez chorego leków i paraleków. U osób z depresją istotne jest potwierdzone zwiększenie ryzyka rozwoju otyłości (nawet kilkanaście lat po przebytym epizodzie depresji), ocena wpływu leków przeciwdepresyjnych na masę ciała, występowanie depresji atypowej (depresja ze wzrostem apetytu/masy ciała, wzrostem ilości godzin snu, reaktywnością nastroju) oraz depresja dwubiegunowa. Leczenie chorych otyłych z depresją powinno być wielokierunkowe, wskazana jest współpraca między lekarzami różnych specjalności (psychiatra, diabetolog, endokrynolog itd.) oraz zwłaszcza z psychoterapeutą. Przedstawione zostaną propozycje postępowania diagnostycznego i leczniczego według ostatnich zaleceń.

Urazy psychiczne i fizyczne w procesie katapultowania

Marian Macander, Olaf Truszczyński
Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej, Warszawa

Pilotowanie samolotu od samego początku jego istnienia było wyzwaniem dla człowieka. Wraz z rozwojem techniki lotniczej pilotowanie statków powietrznych stawało się coraz trudniejszym procesem. Pilot jako operator pracuje w określonym i specyficznym środowisku. Wiele czynników tego fizycznego środowiska pracy pilota ma charakter stresowy (przeciążenia, wibracje, typ samolotu, jego stan techniczny).

Proces katapultowania i sam w sobie fotel katapultowy był i jest wielkim wyzwaniem dla pilotów, a jeszcze większym dla całego sztabu ludzi, którzy w sposób prosty, a zarazem wiarygodny przekonaliby pilotów do zdecydowanego korzystania z niego w sytuacjach ekstremalnych. Każda innowacja, a przede wszystkim katapulta i jej modyfikacje wprowadzane w samolocie, budziła wśród pilotów obawy. Brak wiary, nieumiejętna obsługa fotela katapultowego oraz nieprzestrzeganie reżimów z tym związanych często doprowadzały do śmierci lub ciężkiego kalectwa pilota, a to w jeszcze większym stopniu potęgowało strach i obawy u pozostałych pilotów. Opuszczenie samolotu przy użyciu katapulty zawsze kryje w sobie niebezpieczeństwo doznania obrażeń ciała.

Złożona sytuacja awaryjna, zmuszająca pilota do katapultowania się, której towarzyszy stres i pośpiech, często zmusza pilota do katapultowania się bez przygotowania i przyjęcia optymalnej pozycji. Jest to najczęstszą przyczyną powstawania różnorodnych obrażeń ciała. Pilot doświadcza nie tylko urazów fizycznych ale o wiele trudniejsze są do uchwycenia doznane urazy psychiczne.

Wydarzenia traumatyczne towarzyszą pilotom w każdym miejscu i każdej chwili wykonywanej przez nich misji lotniczej. Wskazane wydaje się zatem dokładne i pełne prześledzenie dynamiki zaburzeń i zmian będących wynikiem traumatycznego stresu, szczególnie w działalności człowieka, który obciążony jest „ryzykiem" wystawienia się na traumatyczne zdarzenia. Sytuacje awaryjne w powietrzu, z jakimi może się spotkać pilot, występują w zasadzie nieoczekiwanie. Do nich należy między innymi: pożar samolotu, zderzenie samolotów w powietrzu, nagła przerwa w pracy silnika itp. Dynamika przebiegu sytuacji awaryjnych jest w zasadzie bardzo duża. Pilot nie ma czasu na dokładną analizę zaistniałej sytuacji. W większości wypadków musi on - w oparciu o szczątkowe informacje - przeanalizować zaistniałe zdarzenie, ocenić stopień zagrożenia, podjąć decyzję oraz wykonać określone zadanie, np. natychmiastowe opuszczenie statku powietrznego.

Szybkie narastanie stopnia zagrożenia dla życia pilota związane jest z prędkością i wysokością lotu współczesnych samolotów, skomplikowanymi procedurami postępowania w „szczególnych przypadkach" oraz działaniem na pilota innych zjawisk o charakterze traumatycznym (przeciążenia, hipoksja, dym w kabinie itp.). Należy przy tym nadmienić, że pilot, poza ana

Otępienie czołowo-skroniowe – opis przypadku

Agnieszka Machowska-Majchrzak, Beata Łabuz-Roszak
Katedra i Klinika Neurologii SUM, Zabrze

Otępienie czołowo-skroniowe (fronto-temporal dementia, FTD) obejmuje około 10-20% chorych z otępieniem w wieku przedstarczym. W doniesieniu przedstawiono przypadek 55-letniej chorej, pracującej jako prokurator, z postępującymi od około 2 lat zaburzeniami zachowania, zaburzeniami emocjonalnymi oraz zaburzeniami mowy, co uniemożliwiło prawidłowe funkcjonowanie zawodowe i społeczne. Na podstawie przeprowadzonej diagnostyki (badania neuroobrazowe i elektrofizjologiczne, ocena psychologiczna) u chorej rozpoznano otępienie czołowo-skroniowe. W diagnostyce różnicowej uwzględniono przede wszystkim otępienie z ciałkami Lewy'ego. Chora pozostaje pod opieką Przyklinicznej Poradni Neurologicznej w Zabrzu.

Relacja móżdżek – płaty czołowe w świetle badań własnych. Deficyty funkcji wykonawczych u pacjentów po interwencjach neurochirurgicznych w obrębie móżdżku

Monika Mak[1], Ernest Tyburski[2], Agnieszka Samochowiec[2], Andrzej Sokołowski[3], Łukasz Madany[4]
[1]Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin
[2]Uniwersytet Szczeciński, Szczecin
[3]PAN, Warszawa
[4]SPS ZOZ "Zdroje", Szczecin

Wstęp: Móżdżek spostrzegany był głównie jako struktura modyfikująca działanie systemu motorycznego organizmu. Współcześnie uznano jednak, że odgrywa on istotną rolę w złożonych procesach regulacji zachowania człowieka.

Cel: Celem podjętych badań była charakterystyka funkcji wykonawczych u pacjentów po zabiegach neurochirurgicznych w obrębie móżdżku.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 30 pacjentów z patologią móżdżku. Grupę kontrolną stanowiło 30 osób zdrowych neurologicznie i psychicznie, dobranych pod względem płci, wieku i liczby lat nauki. Do oceny funkcji wykonawczych wykorzystano: Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Stroop Color Word Test (SCWT), Trail Making Test (TMT), natomiast pamięci operacyjnej: Powtarzanie cyfr „wprost" i „wspak" (DS) ze skali WAIS-R.

Wyniki: Pacjenci z patologią móżdżku w porównaniu z grupą kontrolną w WCST popełnili ogólnie więcej błędów, a zwłaszcza perseweracyjnych, udzielili więcej perseweracyjnych odpowiedzi, a także uzyskali niższe wyniki w liczbie ułożonych kategorii. Pacjenci prezentowali także dłuższe czasy reakcji w trzech próbach SCWT oraz TMT A i B. Pacjenci powtórzyli istotnie mniej ciągów cyfr „wspak". Nie wykazano za to różnic pomiędzy grupami w wykonaniu SCWT we wskaźnikach względnych i bezwzględnych interferencji, a także w TMT we wskaźniku względnym i bezwzględnym zakłóceń.

Wnioski: Wykazano, że pacjenci z patologią móżdżku przejawiają zaburzenia pamięci operacyjnej oraz elastyczności poznawczej. Nieprawidłowe wykonanie SCWT oraz TMT mogło świadczyć o występowaniu u chorych obniżonego tempa przetwarzania informacji. Wyniki badania wspierają hipotezę o udziale móżdżku w regulacji aktywności ogólnomózgowej sieci wykonawczej.

Psychosomatyka – współczesne kierunki rozwoju

Marta Makara
Zakład Psychologii Stosowanej Uniwersytet Medyczny Lublin, Lublin

Podejście psychosomatyczne w rzeczywistości oznacza dążenie do powrotu do tradycyjnego stosunku lekarza do pacjenta, do

czasów kiedy wysoce skomplikowana technologia i wąska specjalizacja nie utrudniały tej relacji. Wprowadzenie takiego podejścia jest wyzwaniem dla lekarza, który potrafi najlepiej ocenić sytuację psychospołeczną swojego pacjenta. Schorzenia psychosomatyczne uważa się za dolegliwości cielesne, częściowo lub całkowicie wywołane przez czynniki emocjonalne, chociaż same zaburzenia rozwoju emocjonalnego nie są jedynym warunkiem ich powstania. Zaburzenia psychosomatyczne mogą dotyczyć układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, moczowo - płciowego, narządu ruchu lub przewodu pokarmowego, a mogą występować też jako wtórne reakcje somatyczne w następstwie zaburzeń nerwicowych

Kiedy w latach 40. XX w. węgierski lekarz Franz Alexander ogłosił swoją, klasyczną już dziś, listę siedmiu chorób psychosomatycznych, było to niewątpliwe wydarzenie. Oto wśród wymienianych dotąd typowych biologicznych przyczyn chorób, jak drobnoustroje, urazy i niewłaściwe geny, znalazły się cechy osobowości, utrwalone sposoby zachowań oraz zepchnięte do podświadomości wspomnienia przebytych urazów. I choć od dawien dawna dostrzegano związki między stresem i przeżyciami człowieka (psyche), a stanem jego zdrowia (soma), to oficjalna nowożytna medycyna nie przywiązywała do nich znaczenia. Ówczesne nauki lekarskie były zainteresowane organizmem pojętym w sposób biologiczno-mechanistyczny, postępowała technicyzacja procesu leczenia, tworzyły się coraz węższe specjalności medyczne.

W medycynie dostrzega się ostatnio ciekawe i coraz bardziej powszechne zjawisko. Istnieją choroby znajdujące się w szczególny sposób na granicy zainteresowania różnych specjalności, które niezależnie od siebie wypracowały dla nich kryteria rozpoznawania, sposoby leczenia i nadały swoje własne nazwy. Jest zrozumiałe, że w tych zaburzeniach także znaczenie diagnozy psychologicznej i ewentualnej psychoterapii może być ogromne.

Dzisiaj lepiej rozumiemy, jak długa jest droga do zrozumienia przyczyn większości chorób i zaburzeń. Jednocześnie wiemy wystarczająco wiele, żeby leczyć i pomagać. Niewątpliwie zestarzało się samo pojęcie chorób psychosomatycznych. W wypadku bowiem każdej choroby powinno być badane znaczenie rozmaitych czynników chorobowych. Dziś szuka się prawdy o każdym schorzeniu osobno, używając różnych metod badawczych i odwołując się do wielu teorii, starając się w jak największym stopniu opierać na faktach. Poszukując tych syntez wydaje się, że postąpiliśmy do przodu. Coraz częściej można spotkać zrozumienie, że w diagnozowaniu i leczeniu wielu schorzeń potrzebna jest współpraca lekarza i psychologa, choć na tym terenie jest jeszcze wiele do zrobienia.

E-psychoterapia – próba analizy

Marta Makara-Studzińska
Zakład Psychologii Stosowanej Uniwersytet Medyczny Lublin, Lublin

Wstęp. We współczesnym świecie, Internet stanowi naturalne środowisko dla wielu ludzi. Wszelkiego rodzaju problemy są wpisywane w pierwszej kolejności w wyszukiwarkę. Gdy doświadczane trudności mają charakter m.in. niepowodzeń w życiu codziennym, kryzysów osobistych lub dyskomfortu emocjonalnego – poszukiwanie wyjaśnienia często doprowadza do stron oferujących internetową pomoc psychoterapeutyczną. E-psychoterapia, zwana inaczej cyberterapią lub e-terapią okazuje się być szybkim, mało pracochłonnym (dla potencjalnego pacjenta) sposobem na uzyskanie pomocy terapeutycznej.

Cel. Celem jest próba analizy zjawiska e-psychoterapii na podstawie dostępnej międzynarodowej literatury

Metoda. Przy pomocy bazy PubMed/MEDLINE, Wiley Online Library, Scopus, Web of Science oraz Google Scholar, przeszukano literaturę polską oraz zagraniczną z lat 2010-2016 pod kątem artykułów opisujących problematykę psychoterapii prowadzonej drogą internetową.

Wyniki. Psychoterapia on-line przyjmuje wiele form. Może odbywać się za pomocą poczty elektronicznej (e-mail), sesji video na żywo (Skype), korespondencji w formie czatowania lub sms. Wśród zalet e-terapii wymienia się szybkość wraz z nastawieniem na kontakt krótkoterminowy. Często też cena jest niższa niż w przypadku terapii tradycyjnej. Do wad można zaliczyć brak emocjonalnego kontaktu na linii pacjent-psychoterapeuta, bezosobowość relacji oraz możliwość pojawienia się nieporozumień.

Wnioski. Istotnym wydaje się być przeprowadzanie obowiązkowych szkoleń dla przyszłych e-terapeutów, wprowadzenie certyfikatu jako dokumentu potwierdzającego zdobyte kwalifikacje, jak również stworzenie ogólnodostępnej bazy z ich danymi. Z uwagi na brak ustaleń międzynarodowych, istnieje również konieczność określenia zasięgu takich praktyk, objęcia normami prawnymi oraz nadzorem ze strony profesjonalnych instytucji.

Stany depresyjno - lękowe w chorobach serca, przyczyny i leczenie

Krzysztof Małyszczak
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

Choroby układu krążenia oraz zaburzenia psychiczne często występują razem. Zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe są powszechne u pacjentów leczonych przez lekarzy rodzinnych, gdzie częstość ich występowania jest około dwa razy wyższa niż w populacji ogólnej i sięga 35%. U pacjentów cierpiących z powodu chorób układu krążenia, rozpowszechnienie wzrasta do 40%. Badania obserwacyjne wykazały, że depresja jest związana ze zwiększonym ryzykiem (od 1,2 do 2,7-krotnie) śmierci z przyczyn sercowych i wszystkich przyczyn. Niestety, leczenie lekami przeciwdepresyjnymi nie ma wpływu na wskaźniki śmiertelności u pacjentów z chorobami układu krążenia i współistniejącą depresją. Nie wiadomo dlaczego tak jest, można spekulować, że depresja w takich przypadkach ma przyczyny biologiczne, np. w postaci stanu zapalnego, które nie podają się leczeniu przeciwdepresyjnemu, inną hipotezą jest związek depresji z rokowaniem i zagrożeniem śmiercią, co jest silnym czynnikiem stresującym, który także się nie zmniejsza w czasie leczenia przeciwdepresyjnego.

Pomimo braku efektu w zakresie ogólnej śmiertelności i ryzyka poważnych zdarzeń sercowych, leki przeciwdepresyjne nie okazały się znacząco szkodliwe i większość z nich może być stosowana u pacjentów z chorobami układu krążenia w sposób bezpieczny.

Leczenie lekami przeciwdepresyjnymi może być skuteczne w zmniejszeniu nasilenia depresji i poprawia jakość życia pacjenta.

Maurycy Bornsztajn (1874-1952) jako badacz schizofrenii

Filip Marcinowski
Katedra i Klinika Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

Maurycy Bornsztajn był jednym z najważniejszych polskich psychiatrów okresu międzywojennego. Początkowo zajmował się neurologią pod kierunkiem Edwarda Flataua. Wiedzę psychiatryczną pogłębiał w klinikach niemieckich, m.in. u Emila Kraepelina. Na jego poglądy psychiatryczne w istotny sposób wpłynęła myśl psychoanalityczna, którą wytrwale popularyzował w okresie międzywojennym, a także w okresie po 1945 roku. Spośród prac Bornsztajna najistotniejsze dotyczyły psychopatologii schizofrenii. Opisał schizofrenię hipochondryczną (somatopsychiczną) i tzw. schizotymię reaktywną. Wprowadził do polskiego słownictwa psychiatrycznego termin urojeń ksobnych. Głosił również tezę o tzw. schizofrenizacji społeczeństw.

Polska psychiatria w przededniu II wojny światowej. Relacje psychiatrów australijskich Audreya Lewisa i Reginalda Ellery'ego z wizyt w Polsce w latach 1936-1937

Filip Marcinowski
Katedra i Klinika Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

Polska psychiatria w przededniu II wojny światowej. Relacje psychiatrów australijskich Audreya Lewisa i Reginalda Ellery'ego z wizyt w Polsce w latach 1936-1937 W 1936 roku australijski psychiatra Reginald Ellery (1897-1955) odbył pięciomiesięczną podróż po Europie. Odwiedził liczne instytucje psychiatryczne, w których spotykał się z wiodącymi psychiatrami, i zapoznawał się z nowymi metodami leczenia. Na trasie jego podróży znalazła się również Polska, a wśród odwiedzanych ośrodków szpital psychiatryczny w Otwocku kierowany przez J. Frostiga. Relację z podróży przedstawił w swojej autobiografii, opublikowanej w 1956 roku. W 1937 r. podobną podróż naukową odbył Aubrey Lewis (1900-1975), który odwiedził kliniki psychiatryczne w Krakowie i Warszawie i spotkał się m.in. z Pieńkowskim, Godłowskim, Mazurkiewiczem, Millerem i Konorskim. Po powrocie Lewis przedstawił obszerny raport z podróży po Europie, który został opublikowany dopiero w 1997 roku. Uwagi Lewisa i Ellery'ego na temat kondycji polskiej psychiatrii na tle psychiatrii europejskiej można uznać za rzetelne i obiektywne, a przez to bardzo ciekawe.

Biofeedback-HRV jako metoda wspierająca działania terapeutyczne w opiece nad pacjentem z problemami psychiatrycznymi

Anita Markowska[1], Piotr Cysewski[1], Ludmiła Zając-Lamparska[2], Damian Czarnecki[1]
[1]Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz
[2]Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

Wprowadzenie. Dzięki sprzężeniom psycho-immuno-neurofizjologicznym biofeedback umożliwia nie tylko autoregulację parametrów fizjologicznych organizmu, ale także kontrolę i regulację stanów emocjonalnych oraz funkcjonowania poznawczego.

Cel badania. Celem badania była ocena efektywności treningu BF-HRV w zakresie regulacji emocjonalnej.

Materiał i metoda. Grupy kontrolna i eksperymentalna liczyły po 30 osób. Wiek badanych mieścił się w przedziale 21-25 lat. Grupa eksperymentalna uczestniczyła w 4 tygodniowym treningu BF- HRV i w trakcie czwartego spotkania poproszona została o wykonanie emocjonalnego testu Stroopa przed sesjami biofeedback oraz po ich zakończeniu. Osoby z grupy kontrolnej wykonały emocjonalną wersję testu Stroopa przed i po zakończeniu wykładu.

Wyniki. Otrzymane wyniki wskazały na brak różnicy w zakresie czasów reakcji na słowa negatywne pomiędzy pierwszym jak i drugim pomiarem w grupie eksperymentalnej. Jednocześnie z analizy wynikało, że osoby z grup eksperymentalnej i kontrolnej różniły się od siebie czasem reakcji na słowa o ładunku negatywnym zarówno w pierwszym jak i w drugim pomiarze. Niezależnie od pomiaru, osoby z grupy eksperymentalnej reagowały na nie szybciej niż osoby z grupy kontrolnej.

Wnioski. Na podstawie otrzymanych wyników można wnioskować, że treningi BF-HRV w trakcie których wprowadza się elementy indukowania pozytywnego nastawienia mają związek ze zmianami w zakresie kontroli emocjonalnej. Przejawiają się one obniżeniem zaangażowania w przetwarzanie bodźców o negatywnej konotacji emocjonalnej. Zmiany te jednak występują wyraźnie w przypadku systematycznego i trwającego dłuższy okres czasu treningu BF-HRV, a nie w następstwie pojedynczej sesji treningowej. W oparciu o wyniki można też sądzić, iż BF-HRV może stanowić metodę wspierającą działania terapeutyczne w opiece nad pacjentami z problemami psychiatrycznymi.

Badania czynności elektrycznej mózgu wykorzystujące algorytmy lokalizacji źródeł w elektroencefalografii gęstej matrycy dla wybranych zaburzeń psychicznych

Jolanta Masiak[1], Grzegorz Wójcik[2], Anna Gajos[2], Andrzej Kawiak[2], Nikodem Polak[2], Sławomir Kotyra[2]
[1]Samodzielna Pracownia Badań Neurofizjologicznych Katedry Psychiatrii UM, Lublin
[2]Pracownia Neuroinformatyki, Instytut Informatyki Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin

Aktualnie diagnozowanie większości zaburzeń psychicznych oparte jest głownie na dokładnie zebranym wywiadzie klinicznym. Praktykujący psychiatrzy oczekują na narzędzia które zobiektywizują ocenę kliniczną pacjentów i pomogą w podejmowaniu ostatecznych ocen diagnostycznych. Nadzieję na przydatność EEG dla uzyskiwania biomarkerów zaburzeń psychicznych dają prowadzone badania, które poszukują wzorców aktywności bioelektrycznej mózgu, charakterystycznych dla poszczególnych zaburzeń psychicznych. Jak dotąd nie uzyskano takich markerów w oparciu o jakościową i ilościową ocenę zapisu EEG, natomiast nowoczesne metody analizy sygnału EEG oparte o matematyczne algorytmy stwarzają nowe możliwości badawcze.

Metody funkcjonalnego rezonansu magnetycznego pozwalają na lokalizowanie aktywności kory i struktur podkorowych mózgu z bardzo dobrą rozdzielczością przestrzenną i jednocześnie z niską rozdzielczością czasową. I odwrotnie – klasyczna elektroencefalografia oferuje bardzo dobrą rozdzielczość czasową przy niskiej rozdzielczości przestrzennej. Istnieją jednak metody lokalizacji źródeł aktywności w sygnale EEG, które pozwalają uzyskać obrazy o rozdzielczości przestrzennej uzyskiwanej w tomografii komputerowej z zachowaniem charakterystycznej dla EEG wysokiej rozdzielczości czasowej rzędu milisekundy. Taką metodą jest sLORETA (Standarized Low-Resolution Electromagnetic Tomography Algorithm). Algorytm pozwala na obliczenie aktywności neuronalnej na podstawie sygnału EEG i umieszczenie uzyskiwanych wyników w trójwymiarowym modelu istoty

szarej. W omawianych badaniach wykorzystywano zasoby Pracowni Neuroinformatyki Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Na wyposażeniu pracowni znajduje się 256-kanałowy wzmacniacz sygnału EEG wraz ze stacją fotogrametryczną GPS (ang. GPS – Geodesic Photogrammetry Systems) dostarczony przez Electrical Geodesics, Inc (EGI) i oprogramowaniem. System jedenastu kamer usytuowanych w wierzchołkach wielościanu stacji GPS umożliwia precyzyjne zlokalizowanie każdej z 256 elektrod na powierzchni głowy osoby badanej. Dzięki tak precyzyjnej lokalizacji i zastosowaniu odpowiednich przekształceń normalizujących możemy uzyskać satysfakcjonująco dokładny model przestrzenny mózgu pacjenta, a następnie nałożyć na ten model wyniki algorytmu lokalizacji źródeł.

Badani byli poddawani serii eksperymentów przeprowadzanych jeden po drugim. Badaniu poddano grupę siedmiu pacjentów (6 mężczyzn i jedną kobietę) nieleczonych z zdiagnozowanym zaburzeniem lękowym z napadami lęku. Uzyskane wyniki porównywano z zarejestrowaną czynnością korową grupy studentów Informatyki z Instytutu Informatyki UMCS w Lublinie. Podczas prezentacji omówione zostaną wstępne wnioski wynikające z porównania obu grup.

Badanie wybranych polimorfizmów genów: transportera aminokwasów pobudzających oraz transportera glicyny 1 u chorych na schizofrenię

Wojciech Merk[1], Karolina Drzyzga[1], Askaniusz Jachimowski[2], Tomasz Mędrala[1], Agnieszka Bratek[2], Krzysztof Kucia[1]

[1]Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Katowice
[2]Oddział Psychiatrii i Psychoterapii SPSK nr 7 SUM GCM im. prof. L. Gieca, Katowice

Etiologia schizofrenii stanowi interakcję wielu czynników, w tym genetycznych, które wykazują znaczny udział w rozwoju choroby, szacowany na 80%. Badania analizy sprzężeń wykluczyły udział genów o dużym efekcie działania, zatem ryzyko zachorowania wynika z interakcji i addytywnego oddziaływania wielu genów. Coraz większe zainteresowanie wzbudza hipoteza dysfunkcji układu glutaminergicznego, poparta licznymi badaniami asocjacji genów kodujących zarówno receptory wspomnianego układu, jak i inne białka zaangażowane w przekaźnictwo glutaminergiczne. Układ glutaminergiczny jest głównym systemem pobudzającym mózgu, a jego neuroprzekaźnik – kwas glutaminowy – odgrywa kluczową rolę w procesach aktywacji OUN. W wysokich stężeniach pozakomórkowych glutaminian indukuje proces neuronalnej śmierci komórek (ekscytotoksyczność). Za proces usuwania glutaminianu ze szczeliny synaptycznej odpowiadają transportery aminokwasów pobudzających (EAAT), oznaczone numerami 1-5. EAAT2 kodowany przez gen SLC1A2 odpowiada za ok. 90% wychwytu zwrotnego glutaminianu w większości obszarów mózgu, szczególnie kory i hipokampa. Obserwowano znaczący wzrost ekspresji mRNA transporterów EAAT we wzgórzu osób chorych na schizofrenię, przy jednoczesnym jej obniżeniu w korze przedczołowej oraz zakręcie parahipokampalnym, co potwierdzałoby teorię o niedoczynności układu glutaminergicznego w tej chorobie. Dodatkowo obserwowano znaczącą zmianę w ekspresji genu SLC1A2 w grzbietowo-bocznej korze przedczołowej chorych na schizofrenię i chorobę afektywną dwubiegunową.

Glicyna stanowi koagonistę głównego receptora glutaminergicznego NMDA w procesie jego aktywacji glutaminianem. Dostępność glicyny oraz utrzymywanie jej właściwego wewnątrzsynaptycznego stężenia realizowana jest przez śródbłonowe transportery glicyny: typ 1 (GlyT1) oraz typ 2 (GlyT2). GlyT1 odpowiada za utrzymanie niskiego stężenia glicyny w szczelinie synaptycznej, co sugerowałoby jego udział w powstawaniu niedoczynności receptorów NMDA obserwowanej w schizofrenii. Wyniki badań wskazują na możliwość potencjalizacji działania leków przeciwpsychotycznych poprzez stosowanie u chorych na schizofrenię inhibitorów GlyT1. Tym samym gen kodujący GlyT1 - SLC6A9, zlokalizowany u człowieka na chromosomie 1p31.3, stał się obiektem badań asocjacyjnych w schizofrenii. W obecnej pracy poddano ocenie polimorfizmy genów: SLC1A2 transportera aminokwasów pobudzających EAAT (-181 A/C) oraz SLC6A9 transportera glicyny 1 (rs2486001). Dotychczasowe nieliczne badania, dostarczające sprzecznych wyników, uniemożliwiają wysunięcie jednoznacznych konkluzji. Celem pracy jest zbadanie znaczenia wspomnianych polimorfizmów genów na ryzyko zachorowania, oraz ocenę ich wpływu na przebieg i psychopatologię schizofrenii. Badaniem objęto 396 chorych z rozpoznaniem schizofrenii stanowiących grupę badawczą oraz 463 zdrowych osób będących grupą kontrolną. Stopień nasilenia objawów schizofrenii oceniano przy pomocy skali PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) w modelu pięciowymiarowym wg van der Gaag. Wykorzystano również inne źródła informacji o pacjentach, w tym dokumentację medyczną oraz wywiad zebrany od członków rodziny, dotyczące podejmowanych w przeszłości prób samobójczych oraz występowanie chorób psychicznych w rodzinie. Kryteria wykluczenia stanowiły: rozpoznanie innych niż schizofrenia zaburzeń psychotycznych, zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych i związanych ze stresem, zaburzeń związanych z działaniem środków psychoaktywnych (z wyłączeniem kofeiny i nikotyny), zaburzeń behawioralnych oraz zaburzeń osobowości, stosowanie przewlekłej farmakoterapii z innych powodów niż podstawowe rozpoznanie, np. w przebiegu schorzeń neurologicznych, endokrynologicznych, autoimmunologicznych i innych, suma punktów w skali PANSS 60 lub mniejsza oraz brak świadomej zgody na udział w badaniu. Grupę kontrolną stanowią zdrowe, niespokrewnione osoby. Ocena polimorfizmów genu SLC6A9 (rs2486001) i w promotorze genu SLC1A2 (-181A/C) w schizofrenii paranoidalnej zostanie wykonana w oparciu o metodę PCR-RFLP DNA leukocytów krwi żylnej. W chwili przygotowywania abstraktu przeprowadzono badanie polimorfizmu -181 A/C w genie SLC1A2 wśród 251 chorych na schizofrenię oraz 251 zdrowych osób stanowiących grupę kontrolną. W grupie badanej stwierdzono obecność genotypu AA u 89 chorych (35%), genotypu AC u 110 chorych (44%), a genotypu CC u 52 chorych (21%). W grupie kontrolnej odnotowano następujący rozkład genotypów: AA 82 osoby (33%), AC 130 osób (52%) oraz CC 39 osoby (15%). W odniesieniu do polimorfizmu rs2486001 w genie SLC6A9 badanie przeprowadzono na podobnie ilościowo grupach: badanej i kontrolnej. W grupie badanej genotyp AA zidentyfikowano u 7 pacjentów (3%), genotyp GA u 63 (25%), a genotyp GG u 181 chorych (72%). W grupie kontrolnej odnotowano genotypy: AA u 7 osób (3 % przypadków), GA u 65 osób (26%) oraz GG u 179 osób (71%). We wstępnych wnioskach dla polimorfizmu -181 A/C genu SLC1A2 wykazano tendencję do istotności statystycznej w rozkładzie genotypów pomiędzy grupą badaną i kontrolną. Wśród chorych z genotypem AC ryzyko zachorowania okazało się nieznacznie niższe. Konieczne jest jednak potwierdzenie rezultatów po przebadaniu liczniejszej grupy pacjentów. Na obecnym etapie badań polimorfizmu rs2486001 genu SLC6A9 nie wykazano różnic istotnych statystycznie w rozkładzie genotypów i alleli pomiędzy grupami: badaną i kontrolną. W trakcie tegorocznego ZPP przedstawione zostaną końcowe wyniki pracy obejmujące całość grupy badanej i kontrolnej, wraz z oceną wpływu genotypów i alleli omawianych polimorfizmów z uwzględnieniem płci, na wiek wystąpienia I epizodu choroby, stopień nasilenia objawów w skali PANSS oraz dokonywanych w wywiadzie prób samobójczych.

Blaski i cienie - stymulacji nerwu błędnego (VNS) w porównaniu z elektrowstrząsami (EW)

Tomasz Mędrala, Wojciech Merk, Karolina Drzyzga, Agnieszka Bratek, Askaniusz Jachimowski, Krzysztof Kucia
Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Katowice

Nerw błędny, najdłuższy z nerwów czaszkowych, jest nerwem mieszanym, prowadząc włókna czuciowe, ruchowe i przywspółczulne. Nie wiadomo dokładnie w jaki sposób stymulacja nerwu błędnego (VNS) moduluje nastrój i hamuje powstawanie napadów padaczkowych, a proponowane mechanizmy dotyczą zmiany uwalniania noradrenaliny, podwyższenia stężenia GABA i w efekcie hamowania nieprawidłowej aktywności kory mózgu przez aktywację tworu siatkowego i jąder serotoninergicznych szwu.

Początek badań nad zastosowaniem stymulacji nerwu błędnego w leczeniu depresji sięga 1997r., kiedy to VNS zarejestrowano przez FDA do leczenia padaczki lekoopornej. Dopiero w 2001r. oficjalnie dopuszczono tę procedurę do leczenia depresji lekoopornej w Europie i w Kanadzie. VNS polega na wysyłaniu co 5 minut przez 30 sekund impulsów elektrycznych do zainstalowanych mikrochirurgicznie elektrod w części szyjnej nerwu błędnego, znajdującej się pomiędzy żyłą szyjną wewnętrzną, a tętnica szyjną wspólną. Aktualnie montowana bateria wystarcza na 7-8 lat.

Do dziś przeprowadzono 8 badań heterogennych i niekontrolowanych ślepą próbą, a długość obserwacji wynosiła od 4 do 48 tygodni. Najdłuższą 48 tygodniową obserwację opisał w swojej pracy prof. Thomas Schlaepfer w 2008r. W 2005r. amerykańscy badacze Rush AJ, Sackheim HA zakończyli i opublikowali jedyne jak do tej pory badanie randomizowane ze stymulacją pozorowaną. Do najczęstszych objawów niepożądanych VNS należą: dysfonia i kaszel, występujące aż u 2/3 pacjentów oraz problemy ze snem wynikające z większej aktywności układu współczulnego i dotyczą około 1/3 pacjentów. W przypadku terapii elektrowstrzami EW depresji lekoopornej skutki uboczne można podzielić na krótkotrwałe, takie jak bóle głowy i mięśni oraz długotrwałe działanie niepożądane, do których należą głównie zaburzenia pamięci.

Porównując EW z VNS należy zwrócić uwagę nie tylko na jednorazową interwencję chirurgiczną w przypadku VNS, ale również na brak potrzeby wykonywania znieczuleń ogólnych i związanych z tym powikłań przez cały okres terapii VNS. Warto zauważyć brak potrzeby wywoływania napadów drgawkowych w celu uzyskania efektu klinicznego w przypadku VNS. Wadą niestety VNS jest bardzo powolnie występujący efekt terapeutyczny – dopiero po najwcześniej 9 miesiącach i skuteczność maksymalnie rzędu 50%, w porównaniu do EW sięgającej wg. różnych autorów do 85%.

Czynniki ryzyka podejmowania prób samobójczych u osób leczonych stacjonarnie z powodu uzależnienia od alkoholu w Polsce

Aneta Michalska[1], Bartłomiej Gmaj[2], Maciej Kopera[2]
[1]Szpital Nowowiejski, Warszawa
[2]Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Wprowadzenie: Uzależnienie od alkoholu jest istotnym czynnikiem ryzyka zachowań samobójczych. Ocenia się, że próbę samobójczą podejmuje od 14 do 43% osób uzależnionych, a od 7 do 18% z nich ginie w wyniku samobójstwa. Biorąc pod uwagę szacunkową ilość osób uzależnionych oraz używających szkodliwie alkohol w Polsce (odpowiednio 700-800 tys. oraz 2,5-3 mln), problem ten dotyczy znacznego odsetka Polaków. Celem przedstawianej pracy była analiza czynników ryzyka prób samobójczych wśród osób leczonych stacjonarnie z powodu uzależnienia od alkoholu.

Metoda: Analizą objęto historie choroby 994 pacjentów hospitalizowanych w latach 2004-2005 w Oddziale Detoksykacyjnym oraz Odwykowym Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie. Badano zależności między zmiennymi, które mogłyby mieć związek z obecnością prób samobójczych w tej grupie pacjentów. Uwzględniono dane demograficzne, informacje dotyczące historii używania alkoholu oraz przebiegu leczenia.

Wyniki: Próby samobójcze w przeszłości potwierdziło 292 pacjentów (29%). Spośród uwzględnionych w modelu regresji logistycznej zmiennych, istotnymi czynnikami ryzyka prób samobójczych w wywiadzie okazały się: obecność majaczenia w wywiadzie, wcześniejszy wiek początku uzależnienia, współwystępowanie chorób somatycznych oraz brak zatrudnienia.

Omówienie: Większa częstość prób samobójczych wśród pacjentów z wywiadem epizodów majaczenia alkoholowego oraz wcześniejszym wiekiem początku uzależniania od alkoholu sugeruje istnienie związku między ciężkością przebiegu uzależniania a podejmowaniem prób samobójczych. Brak zatrudnienia oraz współwystępujące choroby somatyczne zwiększają częstość prób samobójczych przypuszczalnie przez towarzyszący ból, zespoły depresyjne, a także pogorszenie funkcjonowania społecznego.

Wnioski: Do czynników związanych z podejmowaniem prób samobójczych zależnych od ciężkości przebiegu uzależnienia od alkoholu należą: wcześniejszy wiek początku uzależnienia oraz obecność w wywiadzie majaczenia alkoholowego. Pozostałe to, jak sądzimy, czynniki niespecyficzne, takie jak brak zatrudnienia i współwystępowanie chorób somatycznych.

Neuronalne korelaty przetwarzania bodźców zagrażających w fobiach specyficznych

Jarosław Michałowski
Uniwersytet Warszawski, Warszawa

Wyższy poziom czujności oraz selektywne przetwarzanie bodźców lękowych mogą zwiększać ryzyko powstawania, generalizacji i utrzymywania się lęku fobicznego. Dokładne zbadanie relacji między różnymi rodzajami fobii a wyżej wymienionymi procesami służy udoskonaleniu sposobów zapobiegania i leczenia tego rodzaju zaburzeń. W prezentowanych badaniach zastosowano metodę symultanicznej rejestracji EEG, funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI) i częstości akcji serca w celu zbadania neuronalnych korelatów przetwarzania bodźców zagrażających u osób z arachnofobią oraz osób z hematofobią. W grupie arachnofobików spodziewano się powtórzyć dotychczasowe wyniki badań EEG świadczące o wysokim poziomie czujności w kontekście zagrażającym (podwyższona amplituda P100) oraz selektywnym przetwarzaniu zdjęć pająków (podwyższona amplituda P300). Ponadto spodziewano się, iż podwyższony poziom czujności i selektywnej uwagi będą współwystępować z wyższą aktywnością kory wzrokowej i kory obręczy oraz ciała migdałowatego i wyspy. Podobne efekty spodziewano się zaobserwować w grupie osób z hematofobią, z zastrzeżeniem mniejszej aktywności ośrodków podkorowych na rzecz większej odpowiedzi obszarów czołowych. Spodziewano się, iż aktywność w strukturach podkorowych będzie dodatnio a aktywność w strukturach czołowych będzie ujemnie korelować z częstością akcji serca. W badaniu uczestniczyli mężczyźni i kobiety w wieku 18-35 lat z arachnofobią (N=12), hematofobią (N=12) i 13 osób kontrolnych. Osobom badanym prezentowano serię zdjęć przedstawiających pająki i serię zdjęć pokazujących

krew/iniekcję. W każdej z tych serii pomiędzy zdjęciami fobicznymi pokazywane były zdjęcia neutralne. Ponadto osoby badane oglądały serię zdjęć w skład której wchodziły tylko zdjęcia neutralne. Wyniki badania potwierdziły hipotezy dotyczące podwyższonego poziomu czujności i selektywnej uwagi w obu grupach fobików oraz wykazały podwyższoną aktywność kory wzrokowej i wyspy oraz podkorowych ośrodków lęku w arachnofobii a w grupie hematofobików jedynie podwyższoną aktywność kory wzrokowej i struktur czołowych. Zgodnie z naszymi oczekiwaniami, zaobserwowaliśmy wzrost częstości akcji serca w odpowiedzi na zdjęcia pająków, który był skorelowany z aktywnością struktur podkorowych. Ponadto wystąpił spadek częstości akcji serca w odpowiedzi na zdjęcia przedstawiające krew/iniekcję i był on skorelowany ze wzrostem aktywności struktur czołowych. Wymienione efekty sugerują, iż arachnofobicy i hematofobicy różnią się między sobą w zakresie wzorca przetwarzania bodźców zagrażających, tj. u hematofobików zdjęcia fobiczne angażują struktury czołowe, które hamują aktywność struktur podkorowych/symptomy pobudzenia podczas gdy u arachnofobików mechanizm ten nie występuje lub połączenia zstępujące z kory czołowej do ośrodków podkorowych są nieskuteczne w swojej funkcji hamującej.

Lęk-cecha i lęk-stan u pacjentów leczonych intensywną, krótkoterminową psychoterapią grupową z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości

Michał Mielimąka, Krzysztof Rutkowski, Katarzyna Cyranka, Jerzy-A. Sobański, Edyta Dembińska
Katedra Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków

Cel: Celem badania było określenie nasilenia lęku jako cechy i lęku jako stanu u pacjentów leczonych intensywną, krótkoterminową psychoterapią grupową z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości, na początku oraz na końcu leczenia.

Metoda W badaniu wzięło udział 116 pacjentów (81 kobiet i 35 mężczyzn). Pomiaru nasilenia lęku dokonano przy użyciu polskiej adaptacji Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI). Badane zmienne (lęk-stan i lęk-cecha) mierzono na początku i na końcu leczenia.

Wyniki U większości pacjentów (69% badanej grupy) nasilenie na początku leczenia zarówno lęku-stanu, jak i lęku-cechy, było wysokie (odpowiednio: u 69% i 64,7% badanej grupy). Na podstawie obliczonych wartości RCI oraz RCV (Reliable Change Index/Value) istotną zmianę w nasileniu lęku-stanu stwierdzono u 62%, w tym u 48,3% obniżenie, a u 13,8% zwiększenie nasilenia. W skali lęku–cechy istotną zmianę odnotowano u 44%, w tym u 36,2% poprawę, a u 7,8% pogorszenie. Po zakończeniu leczenia u ponad połowy badanych zarówno poziom lęku-stanu, jak i lęku-cechy mieścił się w obszarze wartości średnich i niskich.

Wnioski U większości pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości nasilenie lęku-cechy i lęku-stanu na początku terapii jest wysokie. W toku psychoterapii dochodzi do istotnej redukcji nasilenia lęku-stanu i lęku-cechy, co przejawia się zmniejszoną tendencją pacjentów do reagowania lękiem. Istotnie pogorszenie w zakresie lęku-cechy obserwuje się u co trzynastego leczonego.

Zastosowanie techniki hipnozy w leczeniu zaburzeń psychicznych z odniesieniem do wyników najnowszych badań

Michał Mielimąka, Jerzy Aleksandrowicz, Katarzyna Cyranka
Katedra Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków

Celem wystąpienia będzie przedstawienie możliwości zastosowania techniki hipnozy w leczeniu zaburzeń psychicznych na podstawie przeglądu współczesnej literatury przedmiotu oraz własnych doświadczeń klinicznych. Zostaną omówione korzyści i ograniczenia zastosowania techniki hipnozy w leczeniu zaburzeń nerwicowych, zaburzeń nastroju, zaburzeń pourazowych, uzależnień oraz innych wybranych zaburzeń psychicznych. Szczególna uwaga zostanie poświęcona możliwości włączenia techniki hipnozy jako elementu leczenia kompleksowego tych zaburzeń (obok farmakoterapii i psychoterapii). Zostaną ponadto omówione wybrane aspekty badań naukowych zjawiska hipnozy oraz badań skuteczności zastosowania tej techniki w leczeniu zaburzeń psychicznych.

Możliwości zastosowania techniki hipnozy w leczeniu fobii specyficznych na podstawie przykładów klinicznych

Michał Mielimąka
Katedra Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków

Celem wystąpienie jest przedstawienie dwóch przypadków klinicznych ilustrujących możliwości zastosowania techniki hipnozy w leczeniu wybranych fobii specyficznych.

56-letnia pacjentka zgłosiła się do leczenia z powodu awiatofobii. W wyniku zastosowania 5 zabiegów hipnozy uzyskano znaczną redukcję objawów, co znalazło odzwierciedlenie w funkcjonowaniu pacjentki przejawiające się możliwością realizacji założonych przez nią celów wcześniej zarzucanych ze względu na nasilenie dolegliwości. Zaobserwowane zmiany utrzymywały się również po zakończeniu leczenia i wskazywały na uzyskanie u pacjentki wyleczenia w zakresie choroby podstawowej. Technikę hipnozy wprowadzono jako uzupełnienie leczenia psychoterapią indywidualną.

52-letnia pacjentka cierpiąca z powodu znacznie nasilonych objawów awiatofobii, hydrofobii oraz akrofobii uzyskała w wyniku zastosowania techniki hipnozy z odpowiednio dobranymi sugestiami (łącznie 12 zabiegów) znaczną redukcję nasilenia objawów, co przełożyło się bezpośrednio na istotną poprawę w zakresie jej funkcjonowania i przyczyniło się znacznie do zwiększenia satysfakcji czerpanej z życia.

Zastosowane techniki hipnozy jako części leczenia kompleksowego (obok psychoterapii, farmakoterapii) stanowi cenne uzupełnienie leczenia, zwiększające efektywność oddziaływania. W niektórych sytuacjach klinicznych technika hipnozy może posłużyć do uzyskania zmiany w funkcjonowaniu pacjenta jako wyłączna metoda leczenia, szczególnie gdy znaczenie ma szybkie uzyskanie poprawy. Zastosowanie techniki hipnozy może stanowić również pierwszy etap leczenia kompleksowego.

Dynamika i zróżnicowanie objawów u chorych z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości

Michał Mielimąka, Krzysztof Rutkowski, Katarzyna Cyranka, Jerzy-A. Sobański, Edyta Dembińska
Katedra Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków

Cel: Analiza rozpowszechnienia na różnym etapie kwalifikacji i leczenia intensywną psychoterapią grupową 133 różnych objawów stwierdzanych w przebiegu zaburzeń nerwicowych i uwzględnionych w samoopisowym kwestionariuszu objawowym „O" z odniesieniem do aktualnie obowiązujących kryteriów diagnostycznych zaburzeń nerwicowych w klasyfikacji ICD-10.

Metoda: W grupie 40 (30 kobiet, 10 mężczyzn) pacjentów kwalifikowanych do terapii, a następnie leczonych kompleksową (intensywną grupową i indywidualną) psychoterapią psychodynamiczną. zmierzono kilkukrotnie (na etapie kwalifikacji do leczenia, w pierwszym tygodniu leczenia oraz w szóstym tygodniu leczenia) nasilenie wybranych wcześniej 133 objawów zaburzeń nerwicowych z zastosowaniem kwestionariusza objawowego „O". Następnie określono nasilenie grup objawów wyodrębnionych z zastosowaniem metody sędziów kompetentnych, gdzie poszczególne objawy przyporządkowano do danej grupy na podstawie kryteriów klasyfikacji ICD-10. Analiza graficzna uzyskanego zbioru danych pozwoliła na zobrazowane różnorodności obrazu objawowego u chorych na różnych etapach leczenia.

Wnioski: Stwierdzona różnorodność i dynamika objawów zaburzeń nerwicowych wskazuje na potrzebę pogłębionej refleksji nad kryteriami zaburzeń nerwicowych przy konstruowaniu kryteriów diagnostycznych klasyfikacji medycznych w zakresie zaburzeń nerwicowych i osobowości. Jednocześnie zaprezentowane dane stanowią ciekawe uzupełnienie rozważań hipotezy objawów jako języka komunikacji.

Metody laboratoryjne

Paweł Mierzejewski
Zakład Farmakologii i Fizjologii Układu Nerwowego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Prezentacja będzie składać się z dwóch części i będzie poświęcona badaniom własnym nad markerami autyzmu, oraz zastosowaniu terapii monitorowanej w leczeniu pacjentów przyjmujących leki psychotropowe. Nasze badania wykazały, że dzieci z autyzmem znacząco różnią się od zdrowych stężeniem wybranych hormonów steroidowych w ślinie. Na szczególną uwagę zasługują androgeny (androstenediol, dehydroepiandrosteron, androsterone). Prezentacja ma zachęcać do dalszych badań w tym zakresie i wykonywania oznaczeń stężenia hormonów steroidowych u dzieci z ASD. W drugiej części zostanie przedstawiona technika oznaczania stężenia leków we krwi i ślinie, włosach i jej potencjalne zastosowanie w leczeniu psychiatrycznym.

Polimorfizm genu MTHFR a rozwój zaburzeń metabolicznych u pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii

Błażej Misiak[1], Łukasz Łaczmański[2], Natalia-Kinga Słoka[2], Elżbieta Szmida[1], Ryszard Ślęzak[1], Patryk Piotrowski[3], Andrzej Kiejna[3], Dorota Frydecka[3]
[1]Katedra i Zakład Genetyki UM, Wrocław
[2]Katedra i Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami, Pracownia Endokrynologii Molekularnej UM, Wrocław
[3]Katedra i Klinika Psychiatrii UM, Wrocław

W dotychczasowych badaniach wielokrotnie stwierdzono podwyższony poziom homocysteiny u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Jednym z głównych enzymów odpowiedzialnych za metabolizm homocysteiny jest reduktaza metylenotetrahydrofolianowa (MTHFR). Gen MTHFR posiada dwa funkcjonalne polimorfizmy – C677T i A1298C. Na podstawie kilku metaanaliz stwierdzono, że polimorfizm C677T genu MTHFR jest związany z ryzykiem zachorowania na schizofrenię. W kilku badaniach stwierdzono również, iż polimorfizm C677T może wpływać na zmiany masy ciała indukowane leczeniem przeciwpsychotycznym. W związku z tym celem pracy było zbadanie wpływu polimorfizmów genu MTHFR (C677T i A1298C) na rozwój parametrów metabolicznych po zastosowaniu leków przeciwpsychotycznych II generacji (LPPIIG) u pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii. U 135 pacjentów z rozpoznaniem pierwszego epizodu schizofrenii wykonano pomiary antropometryczne oraz przeprowadzono pomiar stężenia składowych lipidogramu, glukozy, homocysteiny, witaminy B12 i folianu w momencie włączenia do badania oraz po 12 miesiącach leczenia LPPIIG. Genotyp 677TT był związany z istotnie wyższym wskaźnikiem masy ciała (BMI), obwodem talii oraz niższym stężeniem folianu w chwili włączenia do badania. Homozygoty 677CC miały istotnie wyższy przyrost BMI i stężenia trójglicerydów po 12 tygodniach leczenia przeciwpsychotycznego. Podobne wyniki uzyskano w analizie poszczególnych alleli genu MTHFR. Jedynie nosiciele allelu 677T mieli istotnie wyższe stężenie homocysteiny oraz istotnie niższe stężenie folianu po 12 tygodniach leczenia. Allel 677T był również związany z istotnie niższym przyrostem obwodu talii. Względem polimorfizmu A1298C wykazano, iż pacjenci z genotypem 1298CC mieli istotnie wyższy przyrost BMI. Polimorfizmy genu MTHFR mogą być predyktorem zmian masy ciała pod wpływem leczenia LPPIIG. Dodatkowo, polimorfizm C677T może mieć wartość prognostyczną względem rozwoju pozostałych zaburzeń metabolicznych indukowanych leczeniem przeciwpsychotycznym.

Zastosowanie technik relaksacyjnych i hipnozy w terapii zespołu wypalenia zawodowego

Aleksandra Misiołek[1], Zbigniew Gierlotka[2]
[1]Prywatny Gabinet Psychologiczny, Barcelona
[2]Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzu, Tarnowskie-Góry

Statystyki pokazują, że stres to drugi najczęstszy problem zdrowotny związany z pracą w Europie. Istnieje bardzo silna korelacja między Zespołem Wypalenia Zawodowego (ZWZ) a stresem zawodowym, gdzie ZWZ jest zmienną pośrednicząca między stresem postrzeganym, a jego konsekwencjami. Nabycie umiejętności odpowiedniego radzenia sobie ze stresem jest bardzo ważną umiejętnością w życiu zawodowym. Techniki relaksacyjne i hipnoza czy odpowiednia sugestia posthipnotyczna należą do skutecznych sposobów walki ze stresem. Wystąpienie o charak-

terze teoretyczno-praktycznym, ma na celu przedstawienie odpowiednich technik oraz ich praktyczną demonstrację.

Propozycja leczenia psychoterapeutycznego wypalenia zawodowego

Aleksandra Misiołek
Prywatny Gabinet Psychologiczny, Barcelona

Wypalenie zawodowe uznawane jest współcześnie za jednostkę chorobową według klasyfikacji ICD10. W przypadku zdiagnozowania u pracownika bardzo wysokiego poziomu wypalenia zawodowego, zaleca się pomoc psychologiczną lub leczenie psychiatryczne. Doniesienia dotyczące leczenia Zespołu Wypalenia Zawodowego (ZWZ) są bardzo nieliczne, a kliniczny aspekt tego zjawiska jest często pomijany, na korzyść zagadnień z zakresu psychologii społecznej i pracy i organizacji. Prezentowana praca ma na celu przedstawienie postępowania psychoterapeutycznego w ZWZ, które opiera się na technikach psychoterapii intersubiektywnej i relacyjnej w jej wersji krótkoterminowej i ogniskowej (10/15 sesji terapeutycznych). Głównym celem tej terapii jest zidentyfikowanie problemu oraz schematów stosowanych przez pacjenta, które utrudniają funkcjonowanie zawodowe, praca nad emocjami takimi jak poczucie winy i wstydu, wypracowanie nowych i bardziej przystosowawczych narzędzi, pomocnych w pracy zawodowej oraz zwiększenie umiejętności mentalizacji. W prezentacji przedstawione zostaną przykłady kliniczne.

Zastosowanie technik relaksacyjnych i hipnozy w terapii zespołu wypalenia zawodowego

Aleksandra Misiołek, Zbigniew Gierlotka
Katedra Psychiatrii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Tarnowskie-Góry

Statystyki pokazują, że stres to drugi najczęstszy problem zdrowotny związany z pracą w Europie. Istnieje bardzo silna korelacja między Zespołem Wypalenia Zawodowego (ZWZ) a stresem zawodowym, gdzie ZWZ jest zmienną pośrednicząca między stresem postrzeganym, a jego konsekwencjami. Nabycie umiejętności odpowiedniego radzenia sobie ze stresem jest bardzo ważną umiejętnością w życiu zawodowym. Techniki relaksacyjne i hipnoza czy odpowiednia sugestia posthipnotyczna należą do skutecznych sposobów walki ze stresem. Wystąpienie o charakterze teoretyczno-praktycznym, ma na celu przedstawienie odpowiednich technik oraz ich praktyczną demonstrację.

Propozycja leczenia psychoterapeutycznego wypalenia zawodowego

Aleksandra Misiołek
Katedra Psychiatrii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Tarnowskie-Góry

Wypalenie zawodowe uznawane jest współcześnie za jednostkę chorobową według klasyfikacji ICD10. W przypadku zdiagnozowania u pracownika bardzo wysokiego poziomu wypalenia zawodowego, zaleca się pomoc psychologiczną lub leczenie psychiatryczne. Doniesienia dotyczące leczenia Zespołu Wypalenia Zawodowego (ZWZ) są bardzo nieliczne, a kliniczny aspekt tego zjawiska jest często pomijany, na korzyść zagadnień z zakresu psychologii społecznej i pracy i organizacji. Prezentowana praca ma na celu przedstawienie postępowania psychoterapeutycznego w ZWZ, które opiera się na technikach psychoterapii intersubiektywnej i relacyjnej w jej wersji krótkoterminowej i ogniskowej (10/15 sesji terapeutycznych). Głównym celem tej terapii jest zidentyfikowanie problemu oraz schematów stosowanych przez pacjenta, które utrudniają funkcjonowanie zawodowe, praca nad emocjami takimi jak poczucie winy i wstydu, wypracowanie nowych i bardziej przystosowawczych narzędzi, pomocnych w pracy zawodowej oraz zwiększenie umiejętności mentalizacji. W prezentacji przedstawione zostaną przykłady kliniczne.

Wgląd w schizofrenii - uwarunkowania, znaczenie w praktyce klinicznej oraz możliwości oddziaływań terapeutycznych

Justyna Morylowska-Topolska[1], Hanna Karakuła-Juchnowicz[2], Paweł Krukow[1], Marta Flis[3], Hanna Pankowicz[3]
[1]Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego, Lublin
[2]I Klinika Psychiatrii UM, Zakład Neuropsychiatrii UM, Lublin
[3]I Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego, Lublin

Wgląd w zaburzeniach psychicznych stanowi wielowymiarowy koncept, na który składają się co najmniej trzy wymiary: I. możliwość rozeznania, że ma się chorobę psychiczną, II. możliwość uznania niezwykłych przeżyć psychicznych jako patologicznych oraz III. przestrzeganie zaleceń odnośnie leczenia. Niekiedy wyróżnia się tzw. wgląd kliniczny i poznawczy. W ciągu ostatnich kilkunastu lat pojawiło się dużo badań mających na celu konceptualizację i pomiar zaburzeń wglądu w zaburzeniach psychicznych, jednak związek pomiędzy wglądem a upośledzeniem funkcji neuropoznawczych, nasileniem objawów psychopatologicznych czy też uzyskaniem remisji funkcjonalnej nadal pozostaje niejasny. Zrozumienie mechanizmu braku wglądu oraz jego klinicznych i społecznych implikacji stanowi jedno z głównych wyzwań w leczeniu osób chorujących na schizofrenię.

Celem wystąpienia jest przedstawienie najnowszych doniesień dotyczących badań nad wglądem w schizofrenii z uwzględnieniem aspektów klinicznych, neuroobrazowych oraz neuropsychologicznch. Zostaną przedstawione narzędzia do pomiaru zaburzonego wglądu oraz interwencje terapeutyczne, które mają na celu poprawę współpracy u pacjentów z zaburzonym wglądem.

The relation between dissociation and schizophrenia: Historical and contemporary enigmas

Andrew Moskowitz
Aarhus University, Aarhus

While schizophrenia is typically thought of as the paradigmatic biologically-based mental disorder, and dissociative disorders as strongly environmentally-caused (typically by severe and extensive childhood abuse), the links between schizophrenia and dissociation are more profound than is generally recognized. Historically, the disorder was named 'schizophrenia' because Eugen Bleuler felt that the mental faculties were 'split' in schizophrenia to a fundamental degree. In examining more closely Bleuler's writings, and those of his associate, Carl Jung, one finds many other links between schizophrenia and dissociation. Secondly, the 'first rank' symptoms of schizophrenia, proposed by Kurt Schneider in the mid-20th century, and highly emphasized in diagnostic systems from the DSM-III through the ICD-10, are common in dissociative disorders and easily explained by dissociative mechanisms. And finally, auditory verbal hallucinations -- common in

schizophrenia but also in other mental disorders and in persons without any psychiatric diagnosis -- are strongly linked to measures of dissociation, and should perhaps better be conceptualized as dissociative -- rather than psychotic -- in nature. What do these enigmas, or mysteries, tell us about the nature of schizophrenia? Is there a closer connection to dissociative disorders, and to childhood trauma, than has yet been appreciated?

Stosunek psychiatrów do psychoterapii – wyniki badania ogólnopolskiego

Sławomir Murawiec[1], Przemysław Bieńkowski[2], Maciej Matuszczyk[3]
[1]Centrum Terapii Dialog, Warszawa
[2]Zakład Farmakologii, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa
[3]Centrum Zdrowia Psychicznego, Tychy

Psychoterapia jest metodą leczenia o potwierdzonej skuteczności stosowaną w wielu zaburzeniach psychicznych. Dla jej implemantacji szczególne znaczenie mają postawy, nastawienia i zachowania lekarzy psychiatrów, jako liderów opinii wyznaczających standardy terapii i praktyków kierujących pacjentów celem podjęcia psychoterapii. W celu opisania nastawień lekarzy do psychoterapii i ich zachowań w praktyce przeprowadzono ankietę internetową, która skierowano do użytkowników zamkniętych portali dla lekarzy (EdukacjaMedyczna.pl, MEDFORUM)

Wyniki: Ankietę wypełniło w sumie 237 osób (146 kobiet co stanowi 61,6% oraz 91 mężczyzn, co stanowi 38,4% grupy badanej). Prawie połowa ankietowanych pracuje w oddziałach szpitalnych (48,5%). Większość osób badanych (72,6 %) nie pracuje jako psychoterapeuci. 71,3% osób ankietowanych uważa, że psychoterapia jest metodą leczenia zarówno zaburzeń psychotycznych jak i nie-psychotycznych, 25,% % że wyłącznie zaburzeń nie-psychotycznych, a tylko 3% osób uważa, że nie jest to metoda lecznicza. Terapia poznawczo-behawioralna, systemowa oraz psychoanalityczna i psychodynamiczna są uważane za najbardziej wiarygodne i rzetelne metody leczenia (odpowiednio przez 86,5%, 67,9% i 61,6% ankietowanych). Zdaniem 1,7% osób psychoterapia nie jest wiarygodną i rzetelną metodą leczenia. Osoby badane najczęściej miały styczność z zaleceniami lub informacjami naukowymi wskazującymi na naukowe podstawy prowadzenia terapii poznawczo-behawioralnej (85,7%), oraz psychoanalitycznej i psychodynamicznej (45%). Najczęściej zalecaną w standardach zdaniem respondentów psychoterapią jest terapia poznawczo-behawioralna (70% odpowiedzi). Jednak gdyby osoby odpowiadające na ankietę miały same formułować zalecenia, częściej niż wynika to ze znanych im standardów zalecałyby terapię psychoanalityczną i psychodynamiczną (wzrost z 10% do 20% wskazań) i integracyjną (wzrost z 4% do 12%). Prawie 5% osób nie zetknęło się z zaleceniami w tym zakresie. Powyżej połowy osób uczestniczących w ankiecie kieruje swoich pacjentów do psychoterapii o następujących modalnościach: psychoterapii poznawczo-behawioralnej (80%), psychoanalitycznej i psychodynamicznej (61,6%) i systemowej (56,5%). Najczęściej kierowanie na psychoterapię ma miejsce już na początku leczenia (65%) lub gdy pacjent osiągnie poprawę kliniczną (43%). Około 1/3 lekarzy kieruje dość często pacjentów do psychoterapii bez rozpoczynania leczenia farmakologicznego, natomiast 58,6% robi tak rzadko. W około 90% pacjenci z zaburzeniami lękowymi są kierowani celem podjęcia psychoterapii, natomiast pacjenci z zaburzeniami z kręgu schizofrenii są kierowani zaledwie w niecałych 10%.

Podsumowanie: Badani psychiatrzy deklarują w większości pozytywne nastawienia do psychoterapii i dysponują aktualną wiedzą na temat standardów leczenia terapeutycznego.

Gdy strach przechodził z człowieka na człowieka. Oddział psychiatryczny w Więzieniu nr II przy ul. Sądowej 1 we Wrocławiu

Tadeusz Nasierowski
Klinika Psychiatryczna WUM, Warszawa

Sytuacja panująca w lecznictwie psychiatrycznym była ściśle związana z zachodzącymi zmianami politycznymi. O ile w pierwszym okresie, obejmującym lata 1945-1948, który można określić jako okres „umacniania" narzuconej Polsce przez Związek Sowiecki „władzy ludowej", panował jeszcze względny pluralizm myśli i podtrzymywane były nadal powiązania ze światem zachodnim, o tyle w okresie następnym, obejmującym lata 1949-1956, gdy władze komunistyczne podjęły próbę wprowadzenia ustroju stalinowskiego, nastąpiło całkowite uzależnienie Polski od Związku Sowieckiego, co skutkowało przebudową funkcjonowania różnych dziedzin życia społecznego na wzór sowiecki. Dotyczyło to także służby zdrowia i nauk medycznych, w tym w głównej mierze psychiatrii, która była najbardziej narażona na oddziaływania ideologiczne i wykorzystanie do celów politycznych, poprzez „ciche" włączanie jej w tryby, rozwijanego pod czujnym okiem NKWD, przemianowanego w 1946 r. na MSW ZSRR, i stacjonujących w Polsce wojsk sowieckich, aparatu terroru, mającego zapewnić komunistom długotrwałe utrzymanie się przy władzy. W październiku 1948 r. w Więzieniu nr II przy ul Sądowej 1 we Wrocławiu otworzono liczący 80 łóżek męski oddział psychiatryczny, do którego kierowano m. in. więźniów politycznych z całego kraju. Jego komendantem był lwowski psychiatra Jerzy Katzenellenbogen (1914-1992), a zastępcą również wywodzący się ze Lwowa psychiatra Izydor Wasserman (1908-1965). W 1954 r. po kilku latach starań w więzieniu otwarty został także oddział kobiecy. Więźniowie skazani na karę śmierci, u których Katzenellenbogen i Wasserman stwierdzali symulację choroby, byli zabijani strzałem w potylicę na terenie Więzienia nr I przy ul. Kleczkowskiej. Oddział ten, o którego istnieniu wiedziało niewiele osób, funkcjonował do 1956 r. Pacjentami były osoby więzione w innych więzieniach, u których wystąpiły zaburzenia psychiczne.

Przypadek Kiryła Sosnowskiego

Tadeusz Nasierowski
Klinika Psychiatryczna WUM, Warszawa

Kirył Sosnowski (1910-1966) - prawnik, socjolog i wydawca, był podczas II wojny swiatowej członkiem konspiracyjnej organizacji „Ojczyzna" (pseudonimy „Konrad", „Kaczmarek"), do której należał również jego przyjaciel Zdzisław Jaroszewski. Członkowie „Ojczyzny" zainicjowali w okresie powojennym badanie i dokumentowanie zbrodni niemieckich w Polsce. Część z nich była po wojnie represjonowana. K. Sosnowski został aresztowany 8 marca 1949 r., a 29 sierpnia tego roku skazany przez Wojskowy Sąd Rejonowy w Warszawie na 8 lat więzienia. Zwolniono go z więzienia w maju 1953 r. Został zrehabilitowany przez Sąd Najwyższy 22 maja 1958 r. W 1952 r., z więzienia w Wronkach, więzień polityczny K. Sosnowski trafił do oddziału psychiatrycznego w Więzieniu nr II przy ul Sądowej 1 we Wrocławiu, z powodu wystąpienia przedłużonej reakcji depresyjnej. Znamienne i oddające sytuację psychologiczną w jakiej się znalazł są jego ówczesne zapiski zatytułowane "Listy z … Tworek". Szczególnie wymowny jest fragment rozmowy miedzy nim, więźniem politycznym, a lekarzem psychiatrą: lekarz - „dlaczego tak pesymistycznie oceniacie swój los?, pacjent – „Pan Doktor reprezentuje system zbyt konsekwentny, aby darował życie takiemu jak ja. Zresztą Pan najlepiej zna stan mego zdrowia", lekarz – „Tylko nie bądźcie hipochondrykiem. A jeśli chodzi o istotę sprawy możecie się przecież nawrócić, uwolnić od obłędu dotychczasowych przekonań i wierzeń a przyswoić sobie ideę

prawdziwą i odnaleźć istotny sens życia", pacjent – „Panie Doktorze, czy wielkiemu ruchowi potrzebny jest zwolennik z lęku czy tchórzostwa? A ja mógłbym być tylko takim", lekarz – „zobaczycie, że jeszcze zmienicie swoje zdanie…".

K. Sosnowski był w latach 1959–1964 kierownikiem redakcji krajowej wydawanego w Paryżu kwartalnika „Cahiers Pologne-Allemagne". W 1961 r. Z. Jaroszewski opublikował w tym czasopiśmie pracę "L'extermination des malades mentaux sous l'occupation allemande" [nr 3(10), s. 38–50]. Po latach Volker Riess uznał, że punktem wyjścia do podjęcia w Niemczech badań naukowych nad zagładą chorych psychicznie na ziemiach polskich było przetłumaczenie na język niemiecki i opublikowanie w 1982 r. przez Klausa Dornera artykułu Z. Jaroszewskiego z „Cahiers Pologne-Allemagne". W 1962 r. K. Sosnowski opublikował w poznańskim Wydawnictwie Zachodnim swoją pracę doktorską „Ohne Mitleid". Dziecko w systemie hitlerowskim (tłumaczenie angielskie – The Tragedy of Children under Nazi Rule, Zachodnia Agencja Prasowa, Poznań 1962).

Could practical social learning methods compliment existing treatments for intellectually disabled people with mental health issues?

Robert Nixon, Dolly Gray
MENCAP, London

Robert Nixon and Dolly Gray both worked together for many years in a number of roles for Mencap, a leading UK Charity. As part of their work they developed and introduced a number of projects based on the social model of disability for people with an intellectual disability, particularly young adults. During their association they became aware that people with an intellectual disability experience mental ill health at a rate which far exceeds that of the general population

They are now both recently retired and will share with Congress some of the work they were involved in, both in Poland and the UK, and will ask the question, "Could social learning programmes based around a person-centred and social model of disability approach work alongside clinical and therapeutic medical models used in the treatment of intellectually disabled people who also have co-occurring mental health issues".

It has been suggested that some of the work they have developed could be adapted to work as a complimentary tool alongside existing treatments. They would like to share with Congress some examples of their work and to ask "Is there a link?"

30 lat z Trilafonem – jak rutyna wpływa na leczenie?

Anna Nowak
NZOZ Centrum Terapii DIALOG, Warszawa

Większość z nas z żalem pożegnała obecny na rynku od lat Trilafon. W prezentacji przedstawiona zostanie historia pacjenta, dla którego wycofanie Trilafonu stało się szansą na weryfikację rozpoznania i podjęcie po wielu latach skutecznego leczenia. Historia ta przypomina, jak ważne jest zainteresowanie pacjentem i wnikliwa, krytyczna ocena w każdym przypadku. Czasem w codziennej pracy trudno jest spojrzeć na pacjenta „świeżym okiem" – szczególnie takiego, który trafia do nas z już postawionym wiele lat temu rozpoznaniem i – wydawać by się mogło – ustawionym leczeniem. Wpadnięcie w pułapkę rutyny może jednak mieć poważne skutki dla pacjenta i negatywnie wpływać na jakość jego życia.

Cynk w terapii depresji. Mechanizmy działania

Gabriel Nowak
Katedra Farmakobiologii UJCM, Instytut Farmakologii PAN, Kraków

Cynk (Zn) jest ko-faktorem enzymów, składnikiem białek, neuromodulatorem a także nowo zaproponowanym neuroprzekaźnikiem. Wyniki badań ostatnich lat wskazują na znaczącą rolę Zn w patofizjologii i terapii depresji. W testach i modelach przedklinicznych wykazano właściwości przeciwdepresyjne tego bio-metalu, a także augmentację działania leków przeciwdepresyjnych. Deficyt cynku (wywołany dietą niskocynkową) prowadzi do rozwoju behawioru pro-depresyjnego. Badania kliniczne wskazują na korzystny wpływ suplementacji Zn w terapii przeciwdepresyjnej, szczególnie w depresji lekoopornej, natomiast obniżone stężenie Zn w surowicy krwi, obserwowane u osób chorych na depresję, jest normalizowane efektywną terapią przeciwdepresyjną. Wykazano istnienie ujemnej korelacji między stężeniem Zn w surowicy a nasileniem depresji u pacjentów z chorobą afektywną jedno i dwubiegunową oraz depresji okołoporodowej.

Mechanizm przeciwdepresyjnego działania cynku wiąże się z antagonizmem do jonotropowego receptora glutamatergicznego NMDA, potencjalizacją aktywności receptora AMPA, agonizmem do cynkowego metabotropowego receptora GPR39 oraz aktywacją szlaków wewnątrzkomórkowych (CREB/BDNF/TrkB i mTOR). Ponadto, zaburzenia homeostazy Zn w depresji związane są z dysfunkcją układów neuroimmunologicznego i antyoksydacyjnego. Dotychczasowe wyniki badań wskazują na cynk jako potencjalny lek przeciwdepresyjny i/lub korzystny suplement w terapii przeciwdepresyjnej.

grant NCN 2012/07/B/NZ7/04375

Telefon zaufania dla weteranów i ich rodzin – prymitywna forma telemedycyny czy skuteczna forma pomocy?

Anna Nycz, Radosław Tworus
Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie problematyki zdrowia psychicznego żołnierzy i ich rodzin na przykładzie doświadczeń telefonu zaufania dla weteranów i rodzin weteranów działającego przy Klinice Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii CSK MON Wojskowego Instytutu Medycznego.

Materiał i metody. Od 20 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2015 r. odnotowano 66 zgłoszeń telefonicznych (w tym 38 w 2014 r., 28 w 2015 r.). Badanie przeprowadzono za pomocą specjalnie skonstruowanej do tego celu ankiety, oddzielnej dla weteranów i rodzin weteranów. Zarejestrowane zgłoszenia telefoniczne poddano analizie pod względem danych socjodemograficznych tj. statusu osoby dzwoniącej, płci, stanu cywilnego, województwa, a także danych dotyczących: dominujących objawów będących powodem zgłoszenia, czasu trwania objawów, dotychczasowo podjętych działań służących rozwiązaniu problemu, występujących chorób przewlekłych i uzależnień, aktualnej sytuacji mieszkaniowej itp.

Wyniki. Spośród 38 zgłoszeń telefonicznych w 2014 r., 13 razy dzwonili weterani, 17 razy dzwoniły osoby bliskie weteranom (głównie żony – 15 razy), 8 telefonów to zgłoszenia niezwiązane z działalnością telefonu. Spośród 28 zgłoszeń telefonicznych zarejestrowanych w 2015 r., 15 razy dzwonili weterani, 10 razy dzwoniły osoby bliskie weteranom (głównie żony – 6 razy), 3 telefony to zgłoszenia niezwiązane z działalnością telefonu. Spośród wyżej opisanych zgłoszeń telefonicznych wybrano tele-

fony istotne pod względem merytorycznym tj. zbieżne z celem działania telefonu – 17 (11 w 2014 r., 6 w 2015 r.) i te zgłoszenia poddano bardziej szczegółowej analizie. Na 17 zarejestrowanych przez konsultantów telefonów dzwoniło 6 weteranów (35,3%), 9 żon weteranów (53%), 2 rodziców weteranów (11,7%). Zgłoszenia telefoniczne dotyczyły 2 kapitanów (11,8%), 4 starszych szeregowych (23,5%), 1 dowódcę plutonu (5,9%), 1 dowódcę broni (5,9%). Średnia wieku weteranów, których dotyczyły telefony wyniosła 42 lata. Stan cywilny: 11 żonatych (64,7%), 5 kawalerów (29,4%), 1 wdowiec (5,9%). Najczęściej dzwoniono z województwa lubuskiego – 3 (17,6%) i mazowieckiego – 3 (17,6%). Problem uzależnień odnotowano w 10 zgłoszeniach (58,8%), agresji w 9 (53%), chorób przewlekłych w 2 (11,8%). Z pomocy psychiatryczno – psychologicznej w regionie korzystało 10 weteranów (58,8%), przedział czasowy utrzymywania się niepokojących objawów będących powodem zgłoszenia wynosił od 2 tygodni do 3 lat. Większość weteranów – 14 (83,3%) to uczestnicy misji w Afganistanie.

Wnioski. Opisany telefon zaufania oprócz podstawowej roli jaką pełni, czyli wsparcia psychicznego może być również istotnym narzędziem diagnostycznym i prognostycznym zaburzeń natury zdrowia psychicznego grupy społecznej, do której jest adresowany, w tym przypadku środowiska weteranów PKW, jak i ich rodzin. Jest ponadto elementem uzupełniającym w holistycznym ujęciu psychiatrycznego systemu opieki zdrowotnej nad żołnierzami i ich rodzinami.

Dermatillomania- rozpoznawanie i leczenie

Daria Ochędzan
Centrum Terapii Dialog, Warszawa

Dermatillomania – kompulsywne skubanie skóry (skin picking disorder – SPD) zostało po raz pierwszy wymienione w DSM-5 jako oficjalna jednostka diagnostyczna. Rozpowszechnienie wynosi około 2-5% populacji ogólnej, znacznie częściej występuje u kobiet (70-95%). Rozpoznanie można postawić gdy utrzymuje się nawracające, kompulsywne skubanie, drapanie skóry, którego nie można wytłumaczyć innym zaburzeniem psychicznym, neurologicznym czy chorobą dermatologiczną, skutkuje znacznymi uszkodzeniami skóry (blizny, stany zapalne), towarzyszy temu napięcie związane z niepowodzeniami zaprzestania tego działania, znaczący distress, występuje zaburzenie funkcjonowania zawodowego, osobistego, społecznego. Zaburzenie zazwyczaj zaczyna się w wieku adolescencji, chociaż może rozpocząć się w każdym wieku. Początek zaburzenia związany jest często ze zmianami dermatologicznymi jak trądzik, łuszczyca. Dermatillomania rzadko występuje jako izolowane zaburzenie. Często stanowi element szerszego spektrum powtarzalnych zachowań skoncentrowanych na ciele (BFRB – Body-Focused Repetitive Behaviour) – obejmujących powtarzalne, nawracające ciągnięcia, wyrywania, drapania włosów, skóry lub paznokci skutkującym uszkodzeniem ciała. Niewielka liczba pacjentów trafia po pomoc do lekarza psychiatry, często związane jest to ze wstydem i przekonaniem, że jest to nieuleczalne. W leczeniu zastosowanie ma zarówno psychoterapia jak i farmakoterapia.

Wpływ treningu z elementami rozszerzonej rzeczywistości na funkcje poznawcze w schizofrenii

Łukasz Okruszek
Instytut Psychologii PAN / Uniwersytet Warszawski, Warszawa

Wystąpienie stanowiące część sesji "Jak wiedza o biologicznych mechanizmach chorób psychicznych pomaga lekarzowi i psychologowi leczyć zaburzenia psychiczne?" dotyczyć będzie metod treningu funkcji poznawczych opierających się na rozszerzonej rzeczywistości. Omówione zostaną wyniki programu prowadzonego z użyciem pakietu Neuroforma, który stanowi wyspecjalizowaną aplikację komputerową do samodzielnych ćwiczeń ruchowych i poznawczych opartego o technologie "rozpoznawania ruchu (motion capture)" i "wirtualnej/wspomaganej rzeczywistości (virtual/augmented reality)".

Uwarunkowania pięcioletniej abstynencji uzyskanej w modelach leczenia Oddziału Odwykowego w Lublinie u chorych z zespołem uzależnienia spowodowanego używaniem alkoholu

Marcin Olajossy[1], Dariusz Malicki[2]
[1]Katedra Psychiatrii, II Klinika Psychiatrii UM, Lublin
[2]SP Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. M. Kaczyńskiego, Lublin

Wstęp: Skuteczne leczenie osób uzależnionych od alkoholu od lat stanowi wyzwanie, gdyż podobnie jak w wielu innych działach medycyny jego efektywność jest daleka od oczekiwanej. Wiele badań próbuje odnaleźć predykatory skutecznego i długoterminowego utrzymania abstynencji. W większości ośrodków terapii osób uzależnionych od alkoholu w Polsce, podstawową formą leczenia jest psychoterapia oparta o paradygmat abstynencji.

Cel: Celem szczegółowym było określenie różnic w zakresie cech osobowości oraz zmiennych środowiskowych i klinicznych u osób uzależnionych od alkoholu, które utrzymują abstynencję poniżej roku (grupa 1), powyżej 1 roku ale mniej niż 5 lat (grupa 2) oraz powyżej 5 lat (grupa 3).

Materiał i metoda: Przebadano łącznie 105 osób z zespołem uzależnienia spowodowanym używaniem alkoholu. 81 mężczyzn i 24 kobiety. Badaniami objęta została grupa pacjentów Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu (COTUA) ZLOWOTUiW Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie hospitalizowanych oraz uczestniczących w programie poszpitalnym (kontakt indywidualny i grupowy). W pracy zastosowano następujące metody kwestionariuszowe: Ankietę własnej konstrukcji, Test Przymiotnikowy ACL Gogha i Heilbruna w autoryzowanym przekładzie Płużek, Kwestionariusz Narcyzmu „N" Denekce, Hilgenstock, Muller, w polskim opracowaniu Januszewskiego, Kwestionariusz Sposobów Radzenia Sobie ze Stresem Janke, Erdmann, Boucesen w polskim opracowaniu Januszewskiej, Kwestionariusz Objawowy „O" Aleksandrowicza oraz Kwestionariusz Typologii Alkoholizmu według Lescha (Lesch Alcoholism Typology – LAT).

Wyniki i wnioski: Najwięcej osób uzależnionych od alkoholu uważa, że w utrzymaniu abstynencji pomaga im uczestnictwo w psychoterapii grupowej, grupy AA oraz wsparcie i pomoc rodziny. Psychoterapia indywidualna pomaga w utrzymywaniu abstynencji w ocenie osób, które doświadczyły w dzieciństwie przemocy psychicznej i fizycznej, charakteryzujących się dobrym przystosowaniem i wytrwałością. Psychoterapia grupowa pomaga w utrzymaniu abstynencji w ocenie osób, które charakteryzują się niskim nasileniem narcyzmu, które w sytuacji stresu często

poszukują społecznego wsparcia, akceptują siebie i innych ludzi, nie mają nasilonych objawów zaburzeń nerwicowych. Zmiana miejsca zamieszkania pomaga w utrzymaniu abstynencji w ocenie osób, które stosowały narkotyki, były wychowywane przez rodzica uzależnionego od alkoholu, reagują na stres ucieczką od problemów i stosowaniem środków psychoaktywnych, czują się bezradne, którym brakuje zaufania do siebie, sensu życia, z nasilonymi zaburzeniami lekowymi oraz mającymi krótki okres abstynencji (poniżej roku). Aktywność religijna wskazywana jest jako czynnik pomagający w utrzymaniu abstynencji przez osoby, które w sytuacji stresu poszukują zastępczej satysfakcji oraz poszukują wsparcia, rady, opieki.

Wpływ mikrobioty na otyłość i zaburzenia metaboliczne

Lucyna Ostrowska
Kierownik Zakładu Dietetyki i Żywienia Klinicznego UMB, Białystok

Otyłość stała się chorobą epidemiczną, a jej rozprzestrzenienie na świecie nadal rośnie. Jej konsekwencją jest też zespół metaboliczny, który w jeszcze większym stopniu dotyka pacjentów z chorobą psychiczną niż populację ogólną. Przyczyn otyłości poszukuje się wśród czynników genetycznych, środowiskowych i psychologicznych. Ostatnio obserwuje się w literaturze znaczne zainteresowanie mikrobiotą jelitową i jej wpływem na procesy metaboliczne toczące się w naszym ustroju. Bakterie kolonizujące przewód pokarmowy mogą pozostawać ze sobą we względnej równowadze i stanowić tzw. eubiozę lub wskutek różnych czynników zewnętrznych (dieta wysokotłuszczowa, niskobłonnikowa, leki, stres, zabiegi operacyjne, radio- czy chemioterapia) mogą stworzyć stan tzw. dysbiozy (przewagi bakterii patogennych nad szczepami probiotycznymi). Niektóre szczepy bakteryjne są w stanie zwiększyć przyswajanie energii z pożywienia (szacuje się, że może to być 80-200 kcal na dobę), powodując dodatkową fermentację w jelitach i trawiąc związki polisacharydowe, które do tej pory uważaliśmy, że nasz ustrój nie potrafi strawić. Można to wykazać w badaniach prowadzonych na myszach germ-free, którym wykonano transplantacje kałowe od myszy chudych i od myszy grubych – gwałtownie przybierały na wadze te po transplantacji kału od myszy otyłych, stwierdzono u nich insulinooporność i stłuszczenie wątroby. Nie mamy już wątpliwości co do tego, że ludzie otyli mają inne jelitowe ekosystemy mikrobiotyczne niż ludzie szczupli. W badaniach na zwierzętach stwierdzono, że bakterie jelitowe mogą mieć wpływ na składowe zespołu metabolicznego (insulinooporność, zaburzenia lipidowe, zaburzenia węglowodanowe) oraz ogólnoustrojowy stan zapalny. Trwają obecnie badania nad identyfikacją szczepów probiotycznych wpływających korzystnie na obniżanie triglicerydów, cholesterolu LDL czy cholesterolu całkowitego oraz poziomu kwasów żółciowych w organizmie. Inne badania dowodzą powiązania mikrobioty jelitowej z neuroprzekaźnikami głodu i sytości oraz aktywnością układu endokanabinoidowego. W doświadczeniach na myszach germ free udało się skutecznie modulować mikrobiotę jelitową. Również uznano transplantację kału u ludzi za metodę z wyboru do leczenia przewlekłych biegunek wywołanych Clostridium difficile. Obecnie prowadzone są badania nad możliwością zastosowania probiotyków i prebiotyków w leczeniu nadwagi i otyłości. Poza tym osoby otyłe i z zespołem metabolicznym nadużywają niesteroidowych leków przeciwzapalnych oraz inhibitorów pompy protonowej co też może prowadzić do dysbiozy, a podanie skutecznego symbiotyku może temu zapobiegać lub korzystnie modulować mikroflorę jelitową.

Modne diety a mózg

Lucyna Ostrowska
Kierownik Zakładu Dietetyki i Żywienia Klinicznego UMB, Białystok

W ostatnich latach odnotowuje się wzrost zainteresowania rolą jaką odgrywa stosowana dieta w rozwoju i funkcjonowaniu mózgu. Zwraca się uwagę na żywienie programowane w ciąży i jego wpływ na kształtowanie i rozwój mózgu od wieku płodowego do czasów jego funkcjonowania w wieku późniejszym. Powszechnie wiadomym jest, że pożywienie, a szczególnie niektóre jego składniki wpływają na nasze dobre lub złe samopoczucie, na nasze nastroje, emocje, zachowania, sposób myślenia czy możliwości uczenia się i zapamiętywania. Badania naukowe wykazały, że racjonalne żywienie jest po części gwarantem prawidłowego funkcjonowania mózgu, natomiast u osób dorosłych stymulowanie odpowiedniego żywienia poprzez tzw. nutraceutyki umożliwia zachowanie w pełni sprawnego i dobrze funkcjonującego mózgu do późnych okjresów starości. Z drugiej strony obecnie odnotowywany jest trend (nie tylko wśród młodzieży) do stosowania różnych modnych diet (niskowęglowodanowych, białkowych, diety paleolitycznej, czy krótko lub długotrwałych głodówek itp.) w celach tzw. zachowania zdrowia, oczyszczenia organizmu, poprawy sprawności fizycznej czy redukcji masy ciała. Mózg jest organem energochłonnym (pochłania ok. 20% dostarczonych z pożywieniem składników energetycznych, nie potrafi magazynować energii), dlatego też stosowanie różnego rodzaju diet niskoenergetycznych może wpływać na zaburzenia jego funkcjonowania. Brak niezbędnych ilości białka oraz związków mineralnych czy witamin może spowodować zaburzenia ilościowe w wykształcaniu neurotransmiterów. To staje się przyczyną dysfunkcji neurotransmisyjnych prowadzących do obniżenia nastroju, depresji, a u innych agresji czy innych objawów klinicznych, zaburzenia przekazywania informacji z OUN. Podkreślenia wymaga też to, że neurony są bardzo wrażliwe i podatne na czynniki toksyczne pochodzące z żywności oraz powstające w naszym organizmie jako produkty uboczne przemian metabolicznych.

Modne diety mogą też być przyczyną innych chorób jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, hyperlipidemia i inne, co poprzez uszkadzanie śródbłonka naczyń krwionośnych może stać się przyczyną złego odżywienia OUN oraz udarów i nowotworów. Rożne „cudowne diety" mogą też powodować dysbiozę w przewodzie pokarmowym i przez to prowadzić do powikłań jelita przeciekającego i jego konsekwencji w ośrodkowym układzie nerwowym.

Obłęd pasożytniczy i kosmici

Przemysław Pacan[1], Magdalena Grzesiak[2]
[1]Zakład Psychiatrii Konsultacyjnej i Badań Neurobiologicznych Katedra Psychiatrii Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław
[2]Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

Obłęd pasożytniczy jest zaburzeniem psychotycznym, charakteryzującym się pojedynczym sądem urojeniowym, którego treścią jest przekonanie o obecności pasożytów, insektów lub robaków w skórze i/lub pod skórą chorego. Zazwyczaj urojeniom towarzyszą charakterystyczne wrażenia dotykowe interpretowane jako omamy dotykowe lub parestezje i odczuwane jako pełzanie rzekomych pasożytów. W ostatnich latach zaczęły się pojawiać opisy przypadków osób, które odnajdywały w swojej skórze tajemnicze włókna. Zaczęto pisać o nanotechnologiach, a nawet kosmitach … W trakcie wystąpienia zostanie przedstawiana na-

jnowsza wiedza na temat obłędu pasożytniczego i jego leczenia, zilustrowana również opisami przypadków.

Zaburzenia węchu a depresja i inne zaburzenia psychiczne

Wiktor Pałys
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu, Poznań

Związek między zaburzeniami węchu, a chorobami psychiatrycznymi był tematem wielu badań ostatnich lat. Geny receptorów węchowych stanowią do 3% genomu człowieka, będąc największą znaną rodziną genów. Już w latach siedemdziesiątych wykazano obecność towarzyszących zaburzeń węchu w poszczególnych zaburzeniach psychicznych. Szczególną rolę tych zaburzeń obserwuje się w chorobach neurodegeneracyjnych, ponadto obserwuje się specyficzne zaburzenia czynności węchowych w chorobach neurologicznych oraz autoimmunologicznych. Wśród chorób psychiatrycznych, najwięcej badań wykazało obecność zaburzeń węchu w depresji, schizofrenii, anoreksji. Szczególną rolę pogorszenia i zaburzenia czynności węchowej obserwuje się w zespołach otępiennych oraz chorobie Alzheimera. Przeprowadzone badania sugerują, iż zaburzenia węchu mogą poprzedzać wystąpienie i progresję choroby Alzheimera. Ostatnimi laty istotnie rozwinięto i wystandaryzowano narzędzia do badań węchu wyróżniając poszczególne jego wymiary(identyfikacja, rozróżnianie, próg, pamięć węchowa). Obecnie każdemu z tych wymiarów przypisuje się inną rolę w poszczególnych badanych chorobach psychiatrycznych. Badania obrazowe wykazały udział struktur mózgu biorących udział w procesach węchowych, częściowo pokrywających się z okolicami powiązanymi z zaburzeniami psychicznymi. Pogorszenie czynności węchowej jest naturalnym procesem związanym ze starzeniem obserwowanym u osób zdrowych. W omawianych zaburzeniach psychicznych pogorszenie i zaburzenie czynności węchowej może pojawić się wcześniej, a nawet poprzedzić wystąpienie pełnoobjawowego zespołu chorobowego. Zwraca się również uwagę na konsekwencje pogorszenia węchu oraz ich związek z rozwojem nadwagi, otyłości i zwyczajów żywieniowych. W badaniach nad zaburzeniami węchu nadal poszukuje się odpowiedzi nad znaczeniem poszczególnych zaburzeń w specyficznych jednostkach chorobowych oraz możliwości włączenia badania węchu do praktyki klinicznej i badań przesiewowych. W niniejszej pracy zostanie zaprezentowany przegląd ostatnich doniesień naukowych dotyczących zaburzeń węchu w depresji i innych zaburzeniach psychicznych.

Możliwości wykorzystania analizy składników śliny w poszukiwaniu predykcyjnych i diagnostycznych biomarkerów jadłowstrętu psychicznego

Elżbieta Paszyńska[1], Monika Dmitrzak-Węglarz[2], Marta Tyszkiewicz-Nwafor[3], Agnieszka Słopień[3]
[1]Katedra Biomateriałów i Stomatologii Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny, Poznań
[2]Zakład Genetyki w Psychiatrii, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny, Poznań
[3]Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny, Poznań

Założenia badania: Istniejący stan wiedzy na temat etiopatogenezy jadłowstrętu psychicznego (JP) jest nadal niewystarczający. Wskazuje się na znaczenie czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Istotnymi objawami obserwowanymi u pacjentów z JP są między innymi lęk przed przytyciem, zaburzenia postrzegania własnego ciała oraz objawy obsesyjno-kompulsyjne. W ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się wykorzystaniu śliny w diagnostyce laboratoryjnej ukierunkowanej na monitorowanie zarówno stanu zdrowia, jak i choroby pacjenta. Prace zmierzające do poznania mechanizmów odpowiedzi organizmu na stres wykazały znaczącą rolę biomarkerów neurobiologicznych, wśród których można wymienić kortyzol, uznawany za główny wskaźnik aktywacji osi podwzgórze – przysadka – kora nadnercza (HPA), α-amylazę ślinową, która koreluje z pobudzeniem układu współczulnego oraz immunoglobuliny odzwierciedlające stan pobudzenia układu odpornościowego. Opisane parametry są możliwe do oznaczenia w ślinie, co niewątpliwie otwiera nowe możliwości w poszukiwaniu czynników predykcyjnych i diagnostycznych JP. Wiedza ta może przyczynić się do lepszego rozumienia choroby, a co za tym idzie podjęcia bardziej efektywnych metod leczenia i poprawy rokowania. W związku z powyższym, celem przeprowadzonych badań było oznaczenie w ślinie u pacjentów chorych na jadłowstręt psychiczny wybranych biomarkerów: niezwiązanego kortyzolu, α-amylazy, wydzielniczej immunoglobuliny IgA (sIgA) oraz ocena ich roli w etiopatogenezie i podtrzymywaniu objawów choroby.

Materiał i metody: Badanie zostało przeprowadzone na grupie 47 pacjentek w wieku 15,0 ± 2,0 lat z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego o typie restrykcyjnym. Materiał pobierano w pierwszym tygodniu hospitalizacji w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UMP, w ostrym stadium choroby (BMI<15kg/m2). Grupę kontrolną stanowiło 54 zdrowych dziewcząt w dobranym wieku 15,0 ± 2,0 lat. W obu grupach pobrano próbki śliny całkowitej niestymulowanej. Oznaczenie stężeń wybranych cząsteczek w ślinie wśród badanych osób zostało wykonane przy użyciu walidowanych testów immunoenzymatycznych (ELISA, Demeditec Diagnostics GmbH, Kiel, Germany).

Wyniki: Stwierdzono, że u pacjentek z rozpoznaniem JP ujawnił się istotny wzrost stężeń kortyzolu i sIgA w ślinie wraz z ich wzajemną istotną korelacją wyników (rs=0,3; p=0,0376). Poziom stężenia α-amylazy był wyższy niż w grupie kontrolnej i wykazywał szeroką rozpiętość wyników, niemniej jednak bez istotności statystycznej w stosunku do grupy kontrolnej (p=0,8675).

Wnioski: U osób z JP o typie restrykcyjnym wykazano hiperaktywację osi HPA i układu odpornościowego wyrażoną w podwyższonych stężeniach kortyzolu i sIgA oraz pewną dysregulację pracy układu współczulnego odzwierciedloną w uzyskanych wynikach α-amylazy w ślinie.

Podsumowanie. Przeprowadzone badania potwierdzają możliwość wykorzystania śliny jako medium diagnostycznego w badaniach nad biomarkerami stresu w jadłowstręcie psychicznym.

Próby samobójcze w zaburzeniach afektywnych ze szczególnym uwzględnieniem płci

Joanna Pawlak[1], Izabela Miechowicz[2], Aleksandra Szczepankiewicz[3], Anna Leszczyńska-Rodziewicz[3], Monika Dmitrzak-Węglarz[3], Dorota Zaremba[3], Aleksandra Rajewska-Rager[3], Paweł Kapelski[3], Joanna Hauser[3]
[1]Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań
[2]Katedra i Zakład Informatyki i Statystyki UM, Poznań
[3]Zakład Genetyki w Psychiatrii, Katedra Psychiatrii UM, Poznań

Wstęp: Zachowania samobójcze stanowią istotny problem w grupie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Najwyższa częstość prób samobójczych wiąże się z diagnozą zaburzeń afektywnych. Epidemiologia i charakterystyka zachowań samobójczych znacznie różnią się u kobiet i mężczyzn.

Metoda: Celem badania była identyfikacja czynników związanych z próbami samobójczymi wśród cech obrazu klinicznego i obciążeń rodzinnych u pacjentów z diagnozą zaburzeń depresyjnych (major depresive disorder MDD) i dwubiegunowych (bipolar disorder BP). Do opisu grupy badanej zastosowano kwestionariusze SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) i OPCRIT (the Operational Criteria Diagnostic Checklist),podsumowujące dane o diagnozie i występujących objawach psychopatologicznych w całym okresie chorowania oraz kwestionariusz obciążeń rodzinnych. Do badania włączono 831 chorych (249 z diagnozą MDD i 582 z diagnozą BP; w tym odpowiednio 22,9% i 38,1% pacjentów miało w wywiadzie próby samobójcze).

Wyniki: Wśród pacjentów z zaburzeniami afektywnymi stwierdzono związek prób samobójczych z następującymi czynnikami: z obciążeniem rodzinnym zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami afektywnymi i nadużywaniem/uzależnieniem od substancji psychoaktywnych; obciążeniem rodzinnym próbami samobójczymi i samobójstwami dokonanymi; nieadekwatnym poczuciem winy, obniżonym poczuciem własnej wartości i przedwczesnym budzeniem się w przebiegu epizodu depresyjnego oraz z obecnością objawów psychotycznych. Posiadanie potomstwa również było związane z próbami samobójczymi w wywiadzie. Znaczenie poszczególnych czynników różniło się zależnie od płci badanych. Wiek początku MDD i współwystępowanie nadużywania/uzależnienia od substancji psychoaktywnych było istotne statystycznie jedynie w grupie kobiet. Natomiast posiadanie potomstwa było istotnie związane z podejmowaniem prób samobójczych wśród mężczyzn i w całej grupie badanej, a nieistotne dla kobiet.

Wnioski: Analiza 20 czynników klinicznych potencjalnie związanych z próbami samobójczymi w zaburzeniach afektywnych potwierdziła znaczenie 10 z nich. Jednocześnie zaobserwowano, że pod względem statystycznej istotności lub jej braku, aż 10 badanych czynników różnicuje grupę mężczyzn od kobiet.

Zachowania samobójcze w zaburzeniach afektywnych – geny kandydujące związane z różnymi koncepcjami patogenetycznymi

Joanna Pawlak[1], Monika Dmitrzak-Węglarz[1], Monika Wiłkość[2], Aleksandra Szczepankiewicz[1], Dorota Zaremba[1], Anna Leszczyńska-Rodziewicz[1], Aleksandra Rajewska-Rager[1], Paweł Kapelski[1], Joanna Hauser[1]

[1]*Uniwersytet Medyczny, Poznań*

[2]*Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz*

Wstęp: Odziedziczalność zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w badaniach bliźniąt oszacowano na 80-90%. Odsetek pacjentów z próbami samobójczymi w tej grupie chorych wynosi 25-50%. Badania wskazują, że dziedziczenie predyspozycji do samobójstwa jest co najmniej częściowo niezależne od dziedziczenia predyspozycji do zaburzeń afektywnych. Dotychczas nie znamy jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o genetyczne uwarunkowania zachowań samobójczych. Najmniejsze niespójności dotyczą wyników badań asocjacyjnych gwałtownych zachowań samobójczych i polimorfizmów TPH1 oraz 5-HTTLPR.

Metoda: Na podstawie literatury wybrano łącznie 37 polimorfizmów genów kandydujących w obrębie różnych ścieżek: układ serotoninergiczny (SLC6A4, 5-HTR2A, 5-HTR2C, TPH1, TPH2) i noradrenergiczny (ADRA2A), geny związane z osią stresu (CRH) i układem neurotrofin (BDNF, NTRK2) oraz gen APC1, związany z działaniem litu, do badań replikacyjnych. Ponadto badano także 42 polimorfizmy genów CLOCK, ARNTL, TIMELESS i PER3, należące do tzw. zegara biologicznego, z uwagi związek objawów zaburzeń dwubiegunowych i zachowań samobójczych z rytmami biologicznymi. Do badania włączono 577 osób z diagnozą zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (w tym 277 osób tj. 48,0% z próbami samobójczymi w wywiadzie) oraz 847 osób w grupie kontrolnej. Do genotypowania zastosowano metodę TaqMan SNP allelic discrimination z użyciem systemu ABI 7900HT. W reakcji PCR stosowano dostępne komercyjnie odczynniki TaqMan Genotyping. Polimorfizm 5-HTTLPR badano metodą Stoltenberga.

Wyniki: Potwierdzono rolę wariantów genów TPH1, TPH2, SERT i ACP1 w predyspozycji do prób samobójczych. Wykazano związek gwałtownych prób samobójczych z polimorfizmami genów ACP1, CLOCK i TIMELESS. Stwierdzono także asocjacje pomiędzy polimorfizmami genu TIMELESS a wielokrotnym podejmowaniem prób samobójczych oraz obciążeniem rodzinnym próbami samobójczymi.

Wnioski: Rezultaty badania wskazują na rolę wielu polimorfizmów genetycznych związanych z różnymi mechanizmami molekularnymi w patogenezie zachowań samobójczych. Analiza wskazuje także na rolę pozagenetycznych czynników zaangażowanych w predyspozycję do prób samobójczych.

Modyfikacja standardowej terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z pacjentem z objawami nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)

Witold Pawliczuk

Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM, Warszawa

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) jest często występującym wśród dzieci i młodzieży zaburzeniem. Jednak liczne dane wskazują, że w okresie dorosłości wielu pacjentów ma objawy ADHD, które utrudniają im funkcjonowanie w społeczeństwie (np. trudności z utrzymaniem bliskich relacji, problemy z planowaniem, rozwiązywaniem problemów, wytrwałością czy utrzymaniem pracy).

Chociaż wiele danych wskazuje, że terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczna w pracy z pacjentami z niektórymi zaburzeniami psychicznymi (takimi, jak zaburzenia nastroju, czy zaburzenia lękowe), to jednak standardowe protokoły postępowania w niej stosowane mogą nie być wystarczająco skuteczne i adekwatnie dopasowane do pacjentów, u których zaburzenia psychiczne współwystępują z objawami ADHD. W trakcie wystąpienia zostaną omówione sposoby modyfikacji standardowej terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów z objawami nadpobudliwości psychoruchowej. Przy czym zwrócona będzie uwaga nie tylko na sposób pracy z pacjentem dziecięcym, czy młodzieżowym, ale także z osobą dorosłą.

Genetyka schizofrenii deficytowej

Justyna Pełka-Wysiecka

Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin

Schizofrenia (SCHI) jest chorobą o rozpowszechnieniu 1% w skali współczesnego społeczeństwa. U ok. 15-30% osób chorujących na SCHI stwierdza się tzw. zespół deficytowy(ZD). Cechuje się on obecnymi od wczesnych etapów rozwoju choroby, utrwalonymi, nie wynikającymi z terapii lub z rozpadu chorobowego objawami negatywnymi. U pacjentów z ZD obserwuje się słabszą odpowiedź na stosowane leczenie, stwierdza się u nich istotniejsze zaburzenia funkcji poznawczych, wymagają

oni intensywniejszych oddziaływań rehabilitacyjnych. W badaniach długoterminowych populacji chorych na SCHI stwierdzono stabilny charakter ww. objawów. Niewiele dotychczas wiadomo o genetycznym uwarunkowaniu ZD, stwierdza się jednak związek z rodzinnym obciążeniem schizofrenią. W badaniach podłoża genetycznego ZD bierze się pod uwagę m. in. geny układu glutaminergicznego, dopaminergicznego, serotoninergicznego, geny zaangażowane w procesy neurorozwojowe i neurodegeneracyjne OUN.

Dysbioza a upośledzenie struktury i funkcji bariery jelitowej w schizofrenii i depresji

Justyna Pełka-Wysiecka[1], Michał Wroński[1], Wojciech Marlicz[2], Jerzy Samochowiec[1]
[1]Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin
[2]Klinika Gastroenterologii PUM, Szczecin

Wprowadzenie: Schizofrenia i depresje mogą mieć związek z zaburzeniami mikroflory przewodu pokarmowego oraz struktury i funkcji bariery jelitowej, co może warunkować powstanie, przebieg i podatność na leczenie wymienionych schorzeń.

Cel pracy: próba znalezienia zależności między składem mikroflory jelitowej i stanem bariery jelitowej, a przebiegiem schorzenia i odpowiedzią na leczenie farmakologiczne (olanzapina w grupie schizofrenii, escitalopram w grupie depresji).

Metoda badawcza: Rekrutacja 20 pacjentów ze schizofrenią, 20 pacjentów z depresją, ocena psychometryczna i somatyczna, w tym gastrologiczna. Oznaczenie markerów przepuszczalności ściany jelita oraz markerów zapalenia w surowicy, oznaczenie kalprotektyny oraz zonuliny w próbce stolca.

Określenie izoenzymów cytochromu CYP450 odpowiedzialnych za metabolizm leku użytego w badaniu, ocena występowania wybranych polimorfizmów genetycznych ww. izoenzymów.

Wydzielenie grup pacjentów wolno- i szybkometabolizujących oraz ocena skuteczności leczenia w tym aspekcie.

Wyniki i wnioski: badanie ma dać odpowiedź na pytanie czy istnienie zaburzeń flory jelitowej u pacjentów ze schizofrenią i depresją wpływa na nasilenie objawów klinicznych, uzyskane efekty terapeutyczne stosowanych standardowych kuracji farmakologicznych. Wyniki mogą mieć wpływ na tworzenie nowoczesnych standardów leczenia schizofrenii.

Hyperhomocysteinemia w chorobie afektywnej dwubiegunowej

Agnieszka Permoda-Osip, Janusz Rybakowski
Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań

Jedna z neurobiologicznych teorii powstawania zaburzeń afektywnych mówi o znaczeniu zmian w układzie glutaminergicznym. Jednym z agonistów tego układu jest homocysteina (Hcy). Aminokwas ten powstaje w wyniku demetylacji metioniny. Dostarczana z pożywieniem metionina, w reakcji katalizowanej przez adenozylotransferazę metioninową (MAT), ulega przemianie do S-adenozynometioniny (SAM), przez co jej grupa metylowa ulega aktywacji. W wyniku demetylacji SAM powstaje S-adenozylohomocysteina (SAH), dalej hydrolizowana do homocysteiny. S-adenozylometionina jest niezbędna jako dawca rodnika metylowego w większości przemian biochemicznych, w tym metabolizmu białek, lipidów oraz kwasów nukleinowych.

Zwiększenie stężenia homocysteiny oraz obniżone stężenie kwasu foliowego jak i witaminy B12 w surowicy krwi stanowią czynnik ryzyka rozwoju depresji jak i powodują zwiększoną ciężkość jej przebiegu. Wyniki uzyskane w naszym ośrodku wykazały istnienie podwyższonego stężenia Hcy u znacznej części pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową podczas epizodu depresji, zwłaszcza w grupie mężczyzn, a hyperhomocysteinemia korelowała z obniżonym stężeniem witaminy B12 i kwasu foliowego. Również w tej grupie zaobserwowano istotny statystycznie związek pomiędzy wysokim stężeniem homocysteiny i gorszym wykonaniem testów neuropsychologicznych w różnych obszarach funkcji poznawczych.

Badaniach genetyczne wykazały możliwy związek między polimorfizmem T833C (rs5742905) genu CBS i ChAD. Nie udało nam się jednak potwierdzić związku między chorobą afektywną dwubiegunową i polimorfizmem C677T (rs1801133) genu MTHFR, jak sugerują wcześniejsze badania.

Nasze najnowsze badanie polegające na zastosowaniu terapii elektrowstrząsowej z użyciem ketaminy u pacjentów afektywnych dwubiegunowych w trakcie epizodu depresji lekoopornej wykazało podwyższony poziom homocysteiny u 36,5% chorych na początku badania. Zaobserwowaliśmy również istotne statystycznie obniżenie się poziomu homocysteiny u pacjentów po zakończonej kuracji elektrowstrząsowej.

Wlew ketaminy w depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej: czynniki skuteczności

Agnieszka Permoda-Osip[1], Alicja Bartkowska-Śniatkowska[2], Janusz Rybakowski[1]
[1]Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego, Poznań
[2]Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatrycznej Uniwersytetu Medycznego, Poznań

Ketamina jest pochodną fencyklidyny, używana jako lek do wywołania znieczulenia ogólnego tzw. „anestezji dysocjowanej". Lek działa antagonistycznie na receptory glutaminergiczne NMDA wykazując szybki efekt przeciwdepresyjny. Po wlewie ketaminy wykazano również redukcję myśli i zamiarów samobójczych. Efekt pojawia się już po kilku godzinach i utrzymuje się do 14 dni.

Lepszy efekt ketaminy uzyskano u pacjentów, którzy nadużywali lub byli uzależnieni od alkoholu oraz u pacjentów rodzinnie obciążonych alkoholizmem. Wydaje się, że w mechanizmie tego zjawiska może odgrywać rolę wpływ alkoholu na receptory glutaminergiczne NMDA. Wśród czynników biochemicznych związanych z korzystnym działaniem ketaminy stwierdziliśmy wyższe wyjściowe stężenie witaminy B12. Jej stężenie korelowało ujemnie z poziomem homocysteiny, agonisty receptorów NMDA, mogącej mieć znaczenie w patogenezie depresji. Na przestrzeni lat wykazaliśmy również wyższe stężenie receptora 1 czynnika wzrostu śródbłonka naczyniowego (VEGF) w grupie pacjentów z lepszym efektem ketaminy. W kontekście roli VEGF w patogenezie depresji i działaniu leków przeciwdepresyjnych, wyniki uzyskane w pracy mogą wskazywać na możliwość udziału receptora 1 VEGF również w mechanizmie reakcji na wlew ketaminy. W naszych badaniach zaobserwowaliśmy również szybkie, korzystne działanie wlewu ketaminy na funkcje poznawcze.

Nasze najnowsze badanie wskazuje, że skuteczność wlewu ketaminy może mieć związek ze stężeniem witaminy B12 (cjanokobalaminy) przed zastosowaniem tej procedury. Dowodem tego są lepsze rezultaty infuzji u pacjentów z wyższym poziomem tej witaminy, u pacjentów, u których dokonano suple-

mentacji tą witaminą oraz uzyskana korelacja między współczynnikiem poprawy, a poziomem witaminy B12.

Schizofrenia - czy może choroba dyssolucyjna?

Janusz Perzyński
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

Blisko 50-letnie doświadczenie kliniczne w badaniach nad schizofrenią (m.in. 30-letnia, ciągła obserwacja grupy tych samych chorych podczas kolejnych hospitalizacji i remisji, wykorzystująca wyniki kilku skal klinicznych, rejestrujących symptomatologię wytwórczą i ubytkową) pozwala – jak się wydaje – na przedstawienie kilku refleksji.

Stworzony przez E. Bleulera termin „schizofrenia" oznaczał grupę psychoz charakteryzujących się objawami „osiowymi", których obecność warunkowała diagnozę, oraz objawami „dodatkowymi", pozwalającymi jedynie na określenie jednej z czterech postaci choroby. W podręcznikach psychiatrii objawy osiowe schizofrenii często były opisywane jako pojedyncze symptomy tak jak np. urojenia, a nie jak cechy składające się z wielu symptomów czy częściej symptomokompleksów. Wprowadzony przez E. Bleulera termin „autyzm" jako cecha decydująca o rozpoznaniu schizofrenii, miał różne formy kliniczne. Wystarczy wspomnieć znakomite opisy autyzmu podane np. przez: E. Kretschmera, E. Minkowskiego czy A. Kępińskiego. Termin ten bywał stosowany także poza schizofrenią. Używano go przy opisach zachowań np. twórców, pisarzy czy kompozytorów („autyzm twórczy") lub więźniów obozów koncentracyjnych („autyzm obronny"). W przypadku schizofrenii używano określenia „autyzm patologiczny". Przesunięcie, przez „reformatorów" psychiatrii bleulerowskiego autyzmu do zaburzeń neurorozwojowych spowodowało okaleczenie kryteriów diagnostycznych schizofrenii. Być może jest to jeden z powodów, obserwowanego w ostatnich latach, błędnego rozpoznawania tej choroby. U pacjentów Kliniki lubelskiej weryfikacja nieprawidłowej diagnozy schizofrenii dotyczyła najczęściej pacjentów z cechami schizoidalnymi osobowości cierpiących na depresję.

Prof. Jan Mazurkiewicz pisał, że termin „ schizofrenia" jest: - „ mylną nazwą, gdyż w rzeczywistości nie jest schizofrenią, nie jest żadnym rozszczepieniem umysłu ale jest chorobą piętrowo-dyssolucyjną. Poznanie teorii psychofizjologicznej prof. Jana Mazurkiewicza pozwala na zrozumienie schizofrenii jako procesu dyssolucyjnego. Prowadzone od kilkudziesięciu już lat badania Kliniki lubelskiej pozwoliły na przełożenie wiedzy teoretycznej, nakreślonej przez koncepcję prof. J. Mazurkiewicza, na praktykę kliniczną. W niniejszej pracy przedstawiono najważniejsze badania pozwalające, przy spojrzeniu na schizofrenię jako chorobę dyssolucyjną, na prawidłową diagnozę – już na etapie fazy prodromalnej (mapa dyssolucyjna) oraz ocenę prognostyczną (kierunek dyssolucji).

Teoria psychofizjologiczna profesora Jana Mazurkiewicza

Janusz Perzyński
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

Profesor Jan Mazurkiewicz (1871–1947) po uzyskaniu, w 1896 roku, dyplomu lekarza kontynuował studia podyplomowe w Grazu i Paryżu. Twórczość naukowa obejmowała początkowo prace dotyczące podłoża anatomicznego i fizjologii wyższych czynności nerwowych by stopniowo wzbogacać się o najnowsze osiągnięcia neurofizjologii i psychologii. Liczne publikacje owocowały uzyskaniem, w 1909 roku, stopnia doktora habilitowanego, a następnie – po 10 latach, tytułem profesora.

Od kwietnia 1919 roku prof. J. Mazurkiewicz kierował, pierwszą w odrodzonej Ojczyźnie, katedrą psychiatrii Uniwersytetu Warszawskiego. Był też aktywnym organizatorem lecznictwa psychiatrycznego, m.in. współtwórcą i dyrektorem szpitali w Kochanówce i Kobierzynie. W Uniwersytecie Warszawskim pełnił funkcję dziekana a następnie rektora.

Był członkiem Polskiej Akademii Umiejętności, a od 1923 roku – nieprzerwanie, aż do śmierci w 1947 roku – pełnił funkcję prezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Działalność naukowa została zwieńczona stworzeniem oryginalnej teorii psychofizjologicznej, zawartej w monumentalnym dziele: - "Wstęp do psychofizjologii normalnej". Maszynopis pracy, ukończonej tuż przed śmiercią w październiku 1947 roku, Profesor przekazał swoim asystentom. Panujący wówczas, w powojennej Polsce, totalitaryzm lansujący zniekształconą teorię Pawłowa, ograniczającą życie psychiczne człowieka do poziomu odruchowości warunkowej, sprawił, że oryginalne dzieło Jana Mazurkiewicza nie miało szans na publikację. Tom pierwszy, zawierający opis ewolucji funkcji korowo-psychicznych, od czynności instynktowych, poprzez cztery piętra rozwojowe, aż do złożonych dynamizmów narządu czołowego, udało się uczniom prof. J. Mazurkiewicza wydać drukiem w 1950 roku, jako: - „ dar rządu szwedzkiego dla kulturalnej odbudowy w Polsce". W tomie drugim przedstawiono mechanizmy tworzenia się zaburzeń psychicznych, będących następstwem procesu odwrotnego do ewolucji, czyli dyssolucji aktywności korowo-psychicznej. Tom drugi został wydrukowany w Polsce w 1958 roku. W niniejszym doniesieniu naszkicowano najważniejsze cechy procesu ewolucyjno – dyssolucyjnego wskazując na rozwijające teorię psychofizjologiczną badania Kliniki lubelskiej, pozwalające na korzystanie z koncepcji prof. Jana Mazurkiewicza w praktyce lekarza psychiatry.

Stwardnienie rozsiane jako choroba neurodegeneracyjna

Krystyna Pierzchała
Katedra i Klinika Neurologii w Zabrzu Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

Stwardnienie rozsiane (SR) jest przewlekłą chorobą ośrodkowego układu nerwowego, która dotyczy głównie młodych dorosłych, częściej kobiet. W etiopatogenezie rozważa się współistnienie czynników genetycznych i środowiskowych. Choroba najczęściej przebiega w postaci zaostrzeń i remisji prowadząc do narastającej niesprawności ruchowej i deficytów poznawczych. Rozpoznanie oparte jest głównie o badanie MR głowy i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Aktualne kierunki leczenia to immunosupresja lub immunomodulacja dla złagodzenia przebiegu choroby oraz leczenie objawowe.

SR zaliczane jest tradycyjnie do chorób pierwotnie demielinizacyjnych, tzn. takich, w których mielina stanowi pierwotny cel procesu chorobowego. Jednakże w ostatnich latach zwrócono uwagę na udział patologii aksonalnej, a nawet neuronalnej w rozwoju choroby. Uszkodzenie istoty szarej prowadzi do zaniku mózgu, co jest widoczne w badaniach neuroobrazowych OUN. Klinicznie objawia się jako drgawki (częstość padaczki w SR – 2,9% vs. 0,4% w populacji ogólnej) oraz zaburzenia funkcji poznawczych (uszkodzenie włókien kojarzeniowych, zaburzona transmisja synaptyczna). Zaburzenia funkcji poznawczych dotyczą 30-70% chorych, około 45% chorych ma zaburzenia funkcji intelektualnych już na początku choroby. Zaburzenia dotyczą głównie pamięci, szybkości procesów kojarzeniowych, uwagi, kalkulacji oraz fluencji słownej. Zaobserwowano lepszą korelację niesprawności ruchowej z wskaźnikami uszkodzenia istoty szarej

niż istoty białej. Zależność ta silniejsza jest w postaci postępującej. Aktualnie trwają badania nad terapią hamującą lub ograniczającą uszkodzenie zarówno demielinizacyjne jak i neuronalne w SR.

Neurofizjologiczne mechanizmy wzbudzenia we śnie u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i bezsennością

Tadeusz Piotrowski[1], Anna-Justyna Piotrowska[1], Aleksander Prejbisz[2], Marek Kabat[2], Magdalena Makowiecka-Cieśla[2], Elżbieta Szwench-Pietrasz[2], Ewa Warchoł-Celińska[2], Waldemar Szelenberger[1], Andrzej Januszewicz[2]

[1]Katedra i Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

[2]Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Instytut Kardiologii, Warszawa

Badania epidemiologiczne wskazują, że około 40 % wszystkich osób z nadciśnieniem tętniczym skarży się na problemy ze snem. Wykazano dodatnią korelację między stopniem nasilenia bezsenności ocenianym za pomocą Ateńskiej Skali Bezsenności a wysokością ciśnienia skurczowego i rozkurczowego. Stwierdzono znaczne współwystępowanie bezsenność z nadciśnieniem tętniczym. Obserwowano również wyższe wartości ciśnienia tętniczego u osób z bezsennością w porównaniu do osób bez bezsenności. U pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i bezsennością częściej występuje brak spadku nocnego ciśnienia tętniczego (non-dipping), większa liczba wybudzeń w nocy oraz mniejszą liczbę snu wolnofalowego w porównaniu z pacjentami z nadciśnieniem tętniczym bez bezsenności.

Celem pracy jest zbadanie neurofizjologicznych mechanizmów wzbudzenia we śnie na podstawie wskaźników polisomnograficznych, ilościowej analizy EEG oraz wybranych parametrów biochemicznych (neuropeptyd Y, aktywność reninowa osocza, noradrenalina, adrenalina, kortyzol) u pacjentów z bezsennością przewlekłą i nadciśnieniem tętniczym.

Ostatecznej analizie poddano wyniki 67 osób w tym: 17 pacjentów z bezsennością (INS), 16 pacjentów z bezsennością i nadciśnieniem (INS+NT), 17 pacjentów nadciśnieniem tętniczym (NT) oraz 17 osób zdrowych. U wszystkich osób przez dwa kolejne dni przeprowadzono badanie polisomnograficzne (PSG) oraz całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego (ABPM). Jakość snu oceniano na podstawie wywiadu i wyniku uzyskanego w Ateńskiej Skali Bezsenności. U osób badanych wykonywano także Skalę Depresji Hamiltona. Pacjenci wypełniali ponad to Inwentarz Depresji Becka oraz Skalę Nadmiernego Wzbudzenia. Stadia snu oznaczono metodą analizy wzrokowej wg. krteriów Rechtstaffena i Kalesa. Na podstawie wyników ABPM osoby, u których nie stwierdzono fizjologicznego spadku ciśnienia tętniczego podczas snu, zakwalifikowano do grupy non-dippers, pozostałe osoby do grupy dippers. W czterech grupach przeprowadzono analizę widma EEG we śnie wolnofalowym i wyliczono mapy powierzchniowe mocy bezwzględnej fal delta.

Wyniki: Po uwzględnieniu wpływu wieku, BMI, edukacji i HDRS wykazano również, że stężenie NPY o godz. 8.00 i 22.00 nadal dodatnio korelowało z ilością stadium 4 (TS4) i z ilością stadium 3+4. Aktywność reninowa osocza po uwzględniu wpływu wieku, BMI, edukacji i HDRS nadal korelowała dodatnio z ilością stadium 4. W kolejnych następujących po sobie cyklach snu stwierdzono ujemną korelację między wiekiem a mocą fal delta, narastającą stopniowo ujemną korelację między ciśnieniem rozkurczowym w ciągu dnia a mocą fal delta oraz ujemną korelację między ciśnieniem rozkurczowym w nocy a mocą fal delta.Wymienione powyżej korelacje były najbardziej istotne w odprowadzeniach czołowych. Stwierdzono także dodatnią korelację między spadkiem ciśnieniem rozkurczowego w nocy a mocą fal delta, najbardziej istotną w cyklu 1.

Stężenie NPY o godz. 22.00 (NPY22) korelowało dodatnio z mocą fal delta, najbardziej w cyklu 2 (rys. 47). W kolejnych następujących po sobie cyklach snu odnotowano stopniowo malejącą dodatnią korelację między mocą fal delta a aktywnością reninową osocza, zarówno o godz. 8.00, jak i o godz. 22.00.

Wnioski: Wzrost ciśnienia tętniczego jest niezależnym od wieku, BMI, wykształcenia i nastroju czynnikiem wpływajacym niekorzystnie na jakość snu. Mechanizmem odpowiedzialnym za spadek jakości snu u pacjentów z nadciśnieniem tętniczymy i bezsennością jest wzmożona aktywność układu współczulnego. NPY poprzez anagonistyczne działanie na układ współczulny oraz pozytywny wpływ na generowanie fal delta w okolicach czołowych wpływa korzystnie na strukturę i jakość snu. Wyniki te sugerują, że u podstaw wpływu wzrostu ciśnienia tętniczego (zarówno skurczowego jak i rozkurczowego) na jakość snu leży jego negatywny wpływ na generowanie fal delta, szczególnie w odprowadzeniach czołowych, który może prowadzić do zmniejszenie odsetka snu wolnofalowego.

Ocena aktywności wyspy w uwadze wzrokowej u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi

Tadeusz Piotrowski, Anna-Justyna Piotrowska

Katedra i Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Celem pracy była ocena neurofizjologicznych wskaźników zaburzeń uwagi u chorych z epizodem depresji. Grupę badaną stanowiło 39 chorych (29 kobiet i 10 mężczyzn) z rozpoznaniem epizodu niepsychotycznej depresji jednobiegunowej, bez leków, a grupę kontrolną - 28 zdrowych ochotników (19 kobiet, 9 mężczyzn). Ocena psychiatryczna wspomagana była standaryzowanymi kwestionariuszami i skalami.

Do oceny behawioralnych wyników testu uwagi ciągłej CAT (Continuous Attention Test) przyjęto standardowe wskaźniki psychometryczne (Pigache, 1976). Endogenne potencjały wywołane (ERP, event-related potentials) rejestrowano podczas wykonywania CAT. Sygnał EEG zbierano z częstotliwością próbkowania 500 Hz, z zastosowaniem filtru dolnozaporowego 0,15 Hz i górnozaporowego 30 Hz. Biopotencjały rejestrowano z 21 elektrod rozmieszczonych według systemu 10-20. Granice występowania składowych ERP wyznaczono na podstawie oceny Global Field Power (GFP). Pomiarów latencji i ampliudy załamków dokonano w odprowadzeniach Fz, Cz, Pz, Oz, P3 i P4. Wyniki badań psychometrycznych i neurofizjologicznych korelowano z wiekiem, wykształceniem, czasem trwania choroby, liczbą epizodów depresji w wywiadzie oraz wynikami skal depresji BDI, MADRS, HDRS-17, HDRS/MES i MES.

Chorzy różnili się od osób zdrowych wyższą punktacją w skalach depresji BDI, HDRS i MADRS. Wraz ze wzrostem liczby przebytych epizodów depresji w wywiadzie stwierdzono istotny wzrost wartości BDI, HDRS/MES oraz skali melancholii MES.

Potwierdzono zaburzenia uwagi w homogennej próbie pacjentów z niepsychotyczną depresją jednobiegunową. Pacjenci uzyskali gorsze niż zdrowi wyniki testu uwagi ciągłej: wskaźnika ominięć (Io) i wskaźnika błędów (Ie). Wskaźnik błędów (Ie) wzrastał razem ze wzrostem liczby epizodów depresji. Wskaźnik fałszywych alarmów (Ico), wskaźnik ominięć (Io) i wskaźnik błędów (Ie) korelowały dodatnio z czasem trwania choroby.

Analiza przetwarzania informacji za pomocą endogennych potencjałów wywołanych (ERP) nie wykazała istotnych różnic między chorymi a zdrowymi w zakresie zarówno amplitudy, jak i latencji wczesnych składowych P1, N1 i P2, zarówno po bodźcu

wyróżnionym, jak i standardowym. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupą pacjentów a grupą kontrolną dotyczących amplitudy składowej P3a i P3b, co świadczy o tym, że przedstawieni chorzy nie angażowali mniejszych zasobów poznawczych podczas przetwarzania bodźców. Nie stwierdzono również istotnych różnic między półkulowych dla latencji i amplitudy poszczególnych składowych ERP

Latencja P3a i P3b była dłuższa u chorych, mimo że chorzy i zdrowi nie różnili się czasem reakcji. latencja P3a u chorych korelowała dodatnio z wynikami skal depresji BDI, HDRS, MADRS, HDRS/MES i MES i wskaźnikiem fałszywych alarmów. Ponieważ latencja P3a odzwierciedla odwrócenie uwagi od poprzedniego bodźca, wydłużenie latencji P3a może wyjaśniać większą liczbę błędów.

Wpływ wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3 na objawy kliniczne, funkcje neuropoznawcze i poznanie społeczne w AN

Agnieszka Piróg-Balcerzak, Barbara Remberk, Joanna Brągoszewska
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem, którego etiologia nie jest jednorodna, leczenie nadal nie jest w pełni skuteczne, a jednocześnie rozpowszechnienie jadłowstrętu wzrasta. Z tego powodu stale poszukiwane są nowe propozycje terapeutyczne. Przewlekłe niedożywienie i niedobory składników budulcowych pojawiające się w trakcie jadłowstrętu psychicznego skutkują znacznymi zaburzeniami zdrowia somatycznego i psychicznego. Oprócz zaburzeń osi hormonalnych, objawów ze strony układu sercowo – naczyniowego, krwiotwórczego, kostnego, nieprawidłowości parametrów lipidowych i wątrobowych, obserwuje się również negatywne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym. Badania wykonywane rezonansem magnetycznym wskazują na znaczny, choć z reguły odwracalny, spadek objętości mózgu, najczęściej w obrębie istoty szarej i poszerzenie komór mózgu. Odnotowywane są też zmiany we wszystkich podstawowych układach neuroprzekaźnikowych, co może być przyczyną współwystępowania różnych zaburzeń i chorób psychicznych. Najczęściej występują pełne zespoły depresyjne (do 80 % osób), zaburzenia obsesyjno- kompulsyjne, napady lęku panicznego (20-60%), fobia społeczna czy zespół lęku uogólnionego. Ponadto w trakcie trwania jadłowstrętu u większości osób nasilają się, z reguły występujące już wcześniej, problemy w funkcjonowaniu społecznym. Obserwowane są też deficyty społecznego poznania jak również deficyty neuropoznawcze dotyczące centralnej koherencji czy stylu myślenia Z kolei wielonienasycone kwasy tłuszczowe (WNKT) omega - 3 są ważnym składnikiem budulcowym błon komórkowych i wewnątrzkomórkowych wszystkich komórek organizmu. Stanowią one około 25 % suchej masy mózgu i pełnią liczne funkcje regulujące i modulujące działanie receptorów ośrodkowego układu nerwowego. W licznych badaniach wykazano, że u osób z zaburzeniami lub chorobami psychicznymi stężenia WNKT omega – 3 we krwi lub błonach komórkowych są obniżone. Jednocześnie są dowody wskazujące na pozytywny wpływ suplementacji tymi substancjami w powyższych populacjach. Jednoczesne działania przeciwzapalne i wazodylatacyjne kwasów omega – 3 i pozytywny wpływ na profil lipidowy mogą również, w sposób pośredni, wpływać na funkcjonowanie centralnego układu nerwowego.

WNKT omega – 3 są substancjami „niezbędnymi" lub „warunkowo niezbędnymi" co oznacza, że muszą być dostarczane do organizmu wraz z pożywieniem, gdyż organizm ludzki albo ich nie produkuje, albo produkuje w bardzo niewielkiej, niewystarczającej ilości. Dieta stosowana w ostatnich kilkudziesięciu latach (tzw. dieta zachodnioeuropejska) nie dostarcza odpowiedniej ilości WNKT omega -3, przez co proporcje WNKT omega 3 : omega -6 są zaburzone W jadłowstręcie psychicznym, gdzie ograniczanie pożywienia wysokotłuszczowego jest jednym z pierwszych podejmowanych działań może dochodzić do znacznych, dalszych niedoborów tych substancji.

Dotychczasowe badania, oceniające wpływ suplementacji WNKT omega – 3 w jadłowstręcie psychicznym dają obiecujące wyniki jakkolwiek nie wykonywano jeszcze badań randomizowanych szacujących skuteczność tych substancji w tej grupie osób. W Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii przeprowadzono 10 tygodniowe randomizowane badanie kontrolowane placebo oceniające skuteczność suplementacji WNKT omega – 3 u nastoletnich dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym. Oceniano wpływ WNKT omega – 3 na zmianę masy ciała, BMI, postawy wobec odżywania (oceniane za pomocą skali EAT-26) nasilenie depresji (oceniane za pomocą Skali Depresji Becka i Skali Depresji Hamiltona) i natręctw (Y-BOCS) ogólne wrażenie kliniczne (CGI) i ogólne samopoczucie badanych dziewcząt (PGI) . Oceniono również wpływ WNKT omega -3 na funkcje poznawcze i poznanie społeczne.

Urojenia w psychiatrii sądowej

Jerzy Pobocha
Indywidualna Praktyka Lekarska, Szczecin

Krytycznie przeanalizowano historię i różne definicje urojeń – według: DSM-III, DSM-IVR, ICD-10 oraz spotykane w podręcznikach psychiatrii klinicznej/sądowej i słownikach. Omówiono przykłady błędnych rozpoznań w opiniach sądowo-psychiatrycznych, np. takich jak: „schizofrenia utajona", paranoja hipochondryczna, błędnie rozpoznana schizofrenia w przypadku Breivika w Norwegii. Wykazano, że na procesy myślowe – sądzenie, wpływ mają: inne zaburzenia psychiczne – np. lęki, osobowość, stan somatyczny, wykształcenie i poziom intelektualny, środowisko kulturowe, orientacja polityczna i/lub religijna. Czyli urojenia to błędne sądy, których nie można skorygować, ale i wyjaśnić w inny sposób jako: przekonania, nastawienia, przesądy, myśli nadwartościowe, czy natrętne, fobie oraz symulacje lub udawanie. Przyczyną błędnego diagnozowania przez biegłych psychiatrów urojeń jest: zbyt mała wiedza i doświadczenie kliniczne, nieuwzględnianie wpływu tych wymienionych wyżej czynników na myślenie i zachowanie się opiniowanego oraz stosowanie skróconych, niepełnych definicji urojeń, jak i skłonność do nad wymiarowych diagnoz.

Piśmiennictwo: Blaney P.H., Millon T.: Oxford textbook of psychopathology. Oxford University Press, 2009, 361-396; Garety P.: Therapeutic advances for people with delusions will come from greater specification and empirical investigation. World Psychiatry, 2015, 14, 2, 180-181, i inne prace na ten temat w tym piśmie.

Kontradyktoryjność

Jerzy Pobocha
Indywidualna Praktyka Lekarska, Szczecin

W pracy omówiono zmiany w kodeksie karnym i w kodeksie postępowania karnego jakie obowiązują w Polsce od 1 lipca 2015. Jest to odejście od procesu inkwizycyjno-skargowego do, w większym stopniu, kontradyktoryjnego. Omówiono wady dotychczasowego postępowania karnego, powodującego m.in. przewlekłość postępowania (w 2013 roku średnio 4,2 lat) mimo, że Polska ma o 35% więcej sędziów i wydaje o 53% więcej niż średnia europejska. W nowym modelu procesu kontradyktoryjnego przygotowanie i gromadzenie materiału dowodowego

należy do stron postępowania, które mają przeciwstawne interesy. Sąd tylko bada i ocenia dowody oraz wydaje wyrok. Zmiana kodeksu postępowania karnego dopuszcza w art. 167 § 1, aby w wyjątkowych, uzasadnionych wypadkach, sąd mógł przeprowadzać dowody. Na podstawie danych z piśmiennictwa omówiono plusy i minusy procesu kontradyktoryjnego, m.in. według prof. M.Z. Szwarca oraz Rady Głównej Związku Zawodowego Prokuratorów i Pracowników Prokuratury. Kontradyktoryjność pośrednio dopuszcza prywatne opinie sądowo-psychiatryczne zgodnie z art. 393 § 3 k.p.k., kodeksowo traktowane jako „oświadczenia, publikacje, listy oraz notatki". Opinia prywatna nie jest traktowana wprost jako dowód w sprawie, ale nie może być pomijana jak „nieistniejący" dowód. W procesie cywilnym, zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z 2011 roku, pominięcie „prywatnej" opinii biegłego, stanowi naruszenie przepisu art. 378 k.p.c., co powoduje uchylenie takiego wyroku. Wskazano na wpływ prywatnych opinii na ułatwienie kontroli jakości opinii sądowo-psychiatrycznych, dokonywaną przez prokuraturę i sąd. Organy te, nie mając „wiadomości specjalnych", niekiedy nie są w stanie wykryć błędów ekspertyz psychiatrycznych.

Piśmiennictwo: Zdrojewska M.: Współczesne ukształtowanie zasady kontradyktoryjności w świetle nowelizacji kodeksu postępowania karnego. Referat wygłoszony na II Kongresie Nauk Sądowych, Warszawa, 20 czerwca 2015, s. 2; Kruszyński P., Zdrojewka M.: Nowy model postępowania karnego ukształtowany nowelą do k.p.k. z 27 września 2013 r. Palestra, 2014, 1-2, s. 55 i nast.; Sepioło I.: Model kontradyktoryjnego procesu karnego w świetle noweli do k.p.k. z 27 września 2013 r. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny, 2014, LXXVI, zeszyt 3, 135-147.

rTMS- marzenia a rzeczywistość. Wyniki badań i możliwości zastosowania w przyszłości

Anna Poleszczyk, Anna Antosik-Wójcińska
II Klinika Psychiatryczna IPiN, Oddział Chorób Afektywnych, Warszawa

Przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (transcranial magnetic stimulation – TMS) jest metodą nieinwazyjnej i bezbolesnej stymulacji układu nerwowego. Jej działanie opiera się na prawie indukcji elektromagnetycznej Faradaya (szybko narastające pole magnetyczne powstające na skutek przepływu prądu w cewce stymulującej powoduje przepływ prądu w tkance nerwowej i depolaryzację neuronów). W celach terapeutycznych stosuje się TMS w postaci serii bodźców (repetitive transcranial magnetic stimualtion – rTMS) generowanych z niską ≤ 1 (low frequency rTMS – LF-TMS) lub wysoką ≥ 5 (high frequency - rTMS – HF-rTMS) częstotliwością (mają przeciwstawny wpływ na pobudliwość kory ruchowej – odpowiednio zmniejszający i zwiększający ją). Najliczniejszą grupą chorych objętych badaniami nad terapeutycznym zastosowaniem rTMS są osoby z depresją. U tych pacjentów stwierdzono zaburzenia czynności okolic czołowych kory mózgu (zmniejszona czynność po stronie lewej, zwiększona czynność po stronie prawej), a także zaburzenia równowagi w czynności ośrodków korowych i podkorowych (odpowiednio zmniejszenie i zwiększenie). To leży u podstaw zastosowania HF-rTMS i LF-rTMS odpowiednio w okolicy kory przedczołowej grzbietowo-bocznej po stronie lewej i prawej (left/rightdorsolateralprefronatalcortex – L/R-DLPFC) u osób z depresją. Ponadto wiadomo, że okolica ta jest synaptycznie połączona z ośrodkami limbicznymi regulującymi nastrój człowieka. Powtarzane sesje stymulacji prowadzą do zmian neurobiologicznych w miejscu stymulacji i w odległych strukturach mózgu. Mechanizmy przeciwdepresyjnego działania rTMS nie zostały do końca poznane (neuroprzekaźniki, czynniki neurotroficzne, oś podwzgórze-przysadka-nadnercza, ekspresja genów, pobudliwość korowa, przepływ krwi, czynnościowa łączność).

Według najnowszych metaanaliz badań z randomizacją przeprowadzonych metodą podwójnie ślepej próby z zastosowaniem stymulacji pozorowanej („sham") wskaźniki reakcji na leczenie (spadek nasilenia objawów depresji w Hamilton Depression Rating Scale-21 - HDRS-21 ≥50%) przy zastosowaniu HF-rTMS wynosiły 29% w grupie stymulowanej aktywnie i 10% grupie otrzymującej stymulację pozorowaną („sham"), a przy zastosowaniu LF-rTMS odpowiednio 38% i 15% (badania mniej liczebne niż dotyczące HF-rTMS). W badaniu nad zastosowaniem HF- rTMS prowadzonym w II Klinice Psychiatrycznej IPiN wzięło udział 40 osób z depresją w przebiegu CHAJ i CHAD. Wskaźnik reakcji na leczenie w całej grupie pacjentów wynosił 35% i wyniki leczenia nie różniły się istotnie u pacjentów z CHAJ i CHAD.

Szereg zagadnień dotyczących terapeutycznego stosowania rTMS u osób z depresją wymaga dalszych badań (optymalne parametry stymulacji i miejsce stymulacji, stosowanie rTMS w połączeniu z lekami, miejsce rTMS w algorytmie leczenia, poszukiwanie czynników predykcyjnych reakcji na leczenie rTMS itp.). Postęp wiedzy i rozwój techniczny pozwolą z pewnością na zwiększenie skuteczności terapeutycznej rTMS.

Kliniczne i neurofizjologiczne czynniki predykcyjne reakcji na leczenie rTMS u osób z depresją

Anna Poleszczyk, Anna Antosik-Wójcińska
II Klinika Psychiatryczna IPiN, Oddział Chorób Afektywnych, Warszawa

Wprowadzenie: Depresja w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej (CHAJ) jest jedynym w psychiatrii w pełni uznanym wskazaniem do zastosowania terapeutycznego przezczaszkowej stymulacji magnetycznej serią bodźców (rTMS). Mniej badań dotyczy chorych z depresją w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD), jednakże wyniki dotychczas przeprowadzonych badań wskazują na brak istotnej różnicy w skuteczności rTMS u chorych z depresją w przebiegu CHAJ i w grupach mieszanych obejmujących także pacjentów z CHAD. Poszukuje się nadal mechanizmów działania rTMS, a także czynników predykcyjnych reakcji na leczenie rTMS zarówno o charakterze klinicznym, neurofizjologicznym jak i w badaniach neuroobrazowych. Dotychczas zgromadzone dane są nieliczne i niejednoznaczne.

Cel badania: Poszukiwanie klinicznych i neurofizjologicznych czynników predykcyjnych reakcji na leczenie rTMS o wysokiej częstotliwości (HF), stosowanej w okolicy kory przedczołowej grzbietowo-bocznej po stronie lewej (L-DLPFC) w grupie chorych z depresją lekooporną w przebiegu CHAJ i CHAD.

Materiał i metody: 40 chorych poddano terapii HF-rTMS o częstotliwości 10 Hz, o czasie trwania serii bodźców wynoszącym 4 s, z przerwą 26 s. Łącznie stosowano 3000 bodźców/sesję, przez 5 dni roboczych w ciągu 4 tygodni. Natężenie pola magnetycznego wynosiło 120% progu pobudliwości korowej (MT). rTMS była dodana do nie w pełni skutecznego leczenia przeciwdepresyjnego i normotymicznego. U pacjentów oznaczano przed i po zakończeniu terapii okres wyciszenia (silent period) oraz przed, po każdym tygodniu i po zakończeniu terapii próg pobudliwości korowej (MT). Wyniki leczenia odniesiono do szeregu zmiennych klinicznych.

Wyniki: Uzyskano istotną statystycznie poprawę stanu psychicznego pacjentów mierzoną w skalach HDRS-21, BDI, CGI, PGI. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między wynikiem leczenia a czasem trwania obecnego epizodu, liczbą

nieudanych terapii, czasem trwania choroby czy stosowanym leczeniem farmakologicznym. Gorsze wyniki obserwowano m.in. u pacjentów z większą liczbą hospitalizacji w wywiadzie, ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi i przyjmujących leki pochodne benzodiazepin i leki z grupy cyklopirolonów i imidazopirydyny. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zmian w wartości MT przed i po terapii, ani związku wyjściowych wartości tego parametru z wynikiem leczenia.

Wnioski: rTMS istotnie statystycznie obniżyła nasilenie objawów depresji w obiektywnych i subiektywnych skalach psychometrycznych. Tak jak w przypadku innych metod terapeutycznych cięższy dotychczasowy przebieg choroby, czy współistniejące zaburzenia psychiczne mogą negatywnie wpływać na wyniki terapii rTMS. Wartości parametrów TMS rejestrowane z kory ruchowej nie wykazują związku z wynikiem leczenia. Być może bardziej przydatne dla badania neurofizjologii zaburzeń psychicznych okażą się parametry rejestrowane z różnych obszarów mózgu przy zastosowaniu EEG-TMS.

Consequences of sexual violence in children and adolescents

Vladimir Ponomaryov
Depart. of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology; Medical Faculty of Kharkiv Karazin National University, Kharkiv-(Charków)

In region sample of 44 children and adolescents (social orphans) who suffered sexual violence (SV) at the average age of 11.5±1.2 years, the effect of SV has been studied. The control group consisted of social orphans with no signs of SV in the history. The CARE questionnaire (Questionnaire for the assessment of life events for children and teenagers, Childhood and Adolescense Review of Experiences), and the Beck's Hopelessness Scale have been used. The study has found out that, in average, SV occurred before the age of 9 (8.55±1, 4). The average severity of the first episode of SV according to the CARE ranged from 5 to 6 (5,5±2,8) points. Clinically significant heterogeneity in terms of "hopelessness" ($p<0.01$) in the compared samples has been established. A more pronounced degree of hopelessness in "social orphans" who suffered from SV, as compared to their peers without such experience, has been revealed. The severe degree of hopelessness (>15 points according to the Beck's Hopelessness Scale) in abused adolescents has been proposed to be considered as a marker of increased suicide potential.

Praktyczne zastosowanie neuroleptyków atypowych w psychiatrii dzieci i młodzieży we wskazaniach i poza wskazaniami

Lidia Popek
Instytut Psychiatrii i Neurologii Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Warszawa

Leki antypsychotyczne II generacji znajdują coraz szersze i częstsze zastosowanie w leczeniu szerokiego spektrum zaburzeń u dzieci i młodzieży takich, jak zaburzenia psychotyczne, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia ze spektrum autyzmu, zaburzenia zachowania i inne. Dzieje się tak, mimo braku wystarczającej wiedzy na temat ich działania w populacji dziecięcej oraz różnych objawów ubocznych podczas ich stosowania. Wyniki randomizowanych kontrolowanych badań (RCTs) wskazują na wyraźną skuteczność, jednak większość RCTs była prowadzona w oparciu o małą liczbę uczestników, przez zbyt krótki czas, a wiele z nich było sponsorowanych przez firmy farmaceutyczne. Dodatkowym utrudnieniem jest fakt, że wiele spośród stosowanych neuroleptyków atypowych nie ma wskazań rejestracyjnych do leczenia pacjentów poniżej 18 roku życia. Powoduje to stosowanie tej grupy leków poza wskazaniami, czyli w ramach eksperymentu leczniczego, a więc w przekonaniu klinicysty, że jest to jedyna droga umożliwiająca poprawę stanu zdrowia i szczególnego przygotowania pacjenta i jego rodziny do takiej propozycji. W tej sytuacji cenna jest wymiana doświadczeń między klinicystami dotyczących leczenia neuroleptykami atypowymi, co w perspektywie mogłoby doprowadzić do przygotowania zasad stosowania tej grupy leków w populacji wieku rozwojowego.

Najczęstsze trudności w terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności

Ewa Poradowska, Agnieszka Wrzosek-Borodiuk
Instytut Psychiatrii i Neurologii, III Klinika Psychiatryczna i Ośrodek Medycyny Snu, Warszawa

W Polsce, jak i w większości krajów uprzemysłowionych, bezsenność jest jednym z najczęstszych zaburzeń, z którym pacjent zgłasza się do lekarza. Według najnowszych danych, co drugi Polak w ciągu roku okresowo cierpi na bezsenności, długotrwałe problemy ze snem zgłasza w badaniach sondażowych opinii publicznej co czwarty Polak. Większość pacjentów nie szuka jednak od razu pomocy lekarza, ale najczęściej sięga po preparaty promujące sen, które dostępne są bez recepty. W drugiej kolejności pacjenci udają się do lekarza pierwszego kontaktu. Stosuje się wtedy najczęściej leczenie objawowe, jednym z leków nasennych, które postrzegane są przez większość pacjentów, ale też dużą część lekarzy jako skuteczne i bezpieczne leczenie bezsenności. Rzadko już podczas pierwszej wizyty pacjenta z bezsennością lekarz znajduje czas na dokładniejsze różnicowanie przyczyn bezsenności i interwencje, mające na celu usunięcie czynników ją utrwalających. Zaniedbywanie przez lekarzy metod niefarmakologicznych w leczeniu bezsenności oraz brak prawidłowego ustalenia przyczyny zaburzeń snu, należą do najczęstszych przyczyn małej skuteczności leczenia bezsenności w Polsce. Duża część pacjentów, zgłaszających się na terapię CBT bezsenności, przyjmuje od wielu lat leki nasenne, przy czym jakość ich snu jest niesatysfakcjonująca, a perspektywa zmniejszenia dawki leku, lub całkowitego odstawienia, budzi duży lęk i sprzeciw. Ponadto, u większości, bezsenność współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi lub chorobami somatycznymi, co nie pozostaje bez wpływu na przebieg terapii i skutkuje niską motywacją oraz brakiem przekonania do zmiany utrwalonych zachowań, związanych ze snem. Dodatkowo mała dostępność terapii CBT bezsenności uniemożliwia skorzystanie z tej formy pomocy wszystkim pacjentom. Wydaje się też, że nadal brak jest zaufania do metod psychoterapeutycznych pracy z bezsennością, zarówno po stronie lekarzy, jak i pacjentów.

Prezentacja ma na celu przedstawienie najczęstszych trudności, pojawiających się w terapii CBT bezsenności, a także omówienie, jak sobie z nimi radzić.

Praca z dysocjacją w modelu psychodynamicznym

Katarzyna Prot-Klinger
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa

Dysocjacja jest procesem zerwania połączenia pomiędzy wydarzeniami w przeszłości. Dysocjacja może dotyczyć doświadczania bólu w ciele, w czasie doświadczenia traumatycznego służyć znieczuleniu części ciała. Zerwanie może dotyczyć

połączenia pomiędzy aktualnymi wydarzeniami, a ich emocjonalnym lub poznawczym znaczeniem, a także pomiędzy aktualnymi wydarzeniami, a ich symboliczną reprezentacją. Tego rodzaju zerwanie połączenia skutkuje często rozpoznaniem psychozy. Dysocjacja stała się na tyle znakiem traumy, że jeżeli mamy pacjenta z objawami dysocjacyjnymi to zastanawiamy się nad doświadczeniem traumatycznym nawet jeżeli pacjent nam tego nie ujawnia. W terapii bliskie jest mi myślenie wywodzące się z teorii relacji z obiektem – budowanie przestrzeni pośredniczącej, w której w bezpieczny sposób pacjent może wiedzieć i nie-wiedzieć, odtwarzać wydarzenie traumatyczne w relacji z terapeutą, który wytrzymuje kolejne identyfikacje – ofiary, sprawcy, milczącego świadka. Terapia pacjentów z doświadczeniem traumatycznym wymaga długiego czasu i poczucia stabilnej relacji terapeutycznej. W swoim wystąpieniu opiszę przebieg indywidualnej psychoterapii pacjentki z doświadczeniem psychozy, często wchodzącej w stan dysocjacji.

Uwarunkowania zaburzeń psychicznych u hospitalizowanych żołnierzy Polskich Kontyngentów Wojskowych

Andrzej-K. Radzikowski, Stanisław Ilnicki
Wojskowy Instytut Medyczny, Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii, Warszawa

Wstęp: W latach 2005-2011 w Klinice Psychiatrii i Stresu Bojowego WIM w Warszawie przebywało 205 żołnierzy, pełniących w przeszłości służbę w Polskich Kontyngentach Wojskowych poza granicami kraju. Celem ich hospitalizacji, poza diagnostyką i leczeniem, była ocena zdolności do dalszej służby w wojsku, z ewentualnym ustaleniem uszczerbku na zdrowiu dla potrzeb orzecznictwa wojskowo - lekarskiego. Szacunkowo stanowili oni 80-90% polskich żołnierzy, których stan psychiczny po powrocie z misji wymagał pobytu szpitalnego.

Cel pracy: Charakterystyka badanej populacji żołnierzy pod kątem cech osobowych oraz grup rozpoznań klinicznych, mających wspólne następstwa orzeczniczo – odszkodowawcze.

Materiał i metody: Z archiwalnego zbioru 290 historii chorób, z pomocą opracowanego kwestionariusza wyłoniono zmienne dotyczące analizowanych cech. Analizowano: dane z linii życiowej sprzed wstąpienia do służby, aktualną sytuację rodzinną, przebieg służby w kraju, doświadczenia ze służby poza granicami państwa. Przeanalizowano rozkład tych zmiennych w trzech podgrupach pacjentów, wyodrębnionych pod kątem prognozy orzeczniczej wg aktualnie obowiązujących przepisów.

Wyniki: Rozpoznanie psychiatryczne skutkujące orzeczeniem uszczerbku na zdrowiu stwierdzono u 33,6% badanych (grupa I). Zaburzenia kwalifikujące do uzyskania renty wojskowej stwierdzono u 23,4% (grupa II). Zaburzenia psychiczne, niedające podstaw, by zaliczyć żołnierza do grupy I ani II, stwierdzono u 43% pacjentów (grupa III). Przeważająca większość pacjentów (65-90%) zanegowała problemy zdrowotne okresu dzieciństwa, adolescencji i wczesnej dorosłości, zaburzenia zachowania i trudności relacyjne w grupie rówieśniczej, problemy w nauce, bądź dysfunkcjonalny charakter rodziny pochodzenia. Rozkład tych cech w grupach nie różnił się istotnie.

Większość hospitalizowanych (80%) nadal służyła w wojsku. Ok. 70% funkcjonowało w związku małżeńskim i miało dzieci. Połowa deklarowała zgodne pożycie rodzinne, zaś co czwarty badany podał konfliktowość pożycia, bądź samotność. Z rodziną lub partnerem zamieszkiwało 80% badanych, ok. 10% podało samotne zamieszkanie z wyboru, zaś ok. 7.5% - wymuszoną rozłąkę z rodziną wskutek odległego miejsca służby. Blisko 80% żołnierzy dysponowało mieszkaniem własnościowym. Jedynie dzietność i stan cywilny żołnierzy istotnie różniły się w grupach I-III.

Stwierdzono natomiast istotne statystycznie zróżnicowanie w grupach, w przypadku cech związanych z przebiegiem służby w kraju oraz i doświadczeniami z misji. Wśród żołnierzy z grupy I przeważali szeregowi na kontrakcie, z krótkim stażem służby, pełniący ją w warunkach największego narażenia bojowego, wielokrotnie doświadczający narażenia życia i zdrowia. W większości byli kawalerami. Co drugi z nich doznał na misji obrażeń somatycznych. W grupie II dominowali żołnierze służby stałej, z wieloletnią wysługą, po wielu wyjazdach na misje, lecz w mniej niebezpieczne miejsca. Pełnili służbę w misjach w mniejszym narażeniu zdrowia i życia. Problemy zdrowia somatycznego dotyczyły schorzeń internistycznych, związanych z wiekiem. W większości byli żonaci. Grupa III była najbardziej zróżnicowana pod względem wieku, specjalności wojskowej, narażenia bojowego na misji. Najczęściej stwierdzano w niej brak stabilizacji życiowej pacjentów (samotność, rozpad małżeństw, potomstwo z kilku związków, również przysposobione), rotację do kraju w ciągu pierwszego miesiąca misji.

Dyskusja wnioski: Nie stwierdzono u żołnierzy cech osobowych z okresu dzieciństwa, adolescencji oraz wczesnej dorosłości, które mogłyby stanowić predyktory zaburzeń psychicznych w następstwie służby w misjach.

Stwierdzane zaburzenia psychiczne mają związek głównie z warunkami służby, trudnościami w readaptacji po powrocie, ewentualnym współistnieniem podłoża endogennego lub osobowościowego.

Trudności readaptacji dotyczą zarówno rodziny, jak i powrotu do służby w warunkach garnizonowych. Długotrwały pobyt żołnierza poza domem powoduje osłabienie więzi rodzinnych, zakłócenia funkcjonowania systemu rodzinnego. Ujawniane przez żołnierza zaburzenia emocjonalne, zmiany zachowania, „samoleczenie" alkoholem, nierzadko skłaniają ich partnerki życiowe do ultymatywnych rozstrzygnięć: albo on zgłosi się na terapię albo ona zakończy związek.

Problemy w jednostce wojskowej dotyczą powrotu do nierzadko zrutynizowanych i zbiurokratyzowanych zadań służbowych. Rytm funkcjonowania garnizonu, w konfrontacji z obowiązkami na misji, bywa odbierany jako banalny i nieatrakcyjny. Wracający żołnierz, po długiej nieobecności w jednostce (przygotowania do misji, pobyt w PKW, urlopy po powrocie) może także doświadczać przejawów niechęci od kolegów, którzy w tym okresie wykonywali dodatkowo jego obowiązki.

Glutamatergiczna teoria depresji - badania własne

Maria Radziwoń-Zaleska[1], Beata Ryszewska-Pokraśniewicz[2]
[1]Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM, Warszawa
[2]Szpital Nowowiejski, Warszawa

Badania na zwierzętach oraz badania kliniczne coraz częściej potwierdzają udział kompleksu receptora NMDA w leczeniu depresji. Wiele badań wskazuje na blokowanie receptora NMDA i powodowanie zmian adaptacyjnych przez leki przeciwdepresyjne (LPD).

Koncepcja teorii glutaminergicznej depresji wiąże się także z udziałem czynnika neurotroficznego - BDNF. Z danych zawartych w aktualnym piśmiennictwie wynika, że w trakcie stosowania LPD poziom BDNF we krwi wzrasta. Wykazano, że BDNF powoduje zmniejszenie ekspresji mRNA podjednostek receptora NMDA. Dzięki badaniom przeprowadzonym na zwierzętach wykazano, że poprzez modulację układu glutaminergicznego magnez, cynk i akamprozat mogą wykazywać działanie przeci-

wdepresyjne. Do badań są włączani pacjenci u których stwierdzono epizod depresyjny wg ICD-10. Następnie po włączeniu leku p/depresyjnego - fluoksetyny u pacjentów, metodą podwójnie ślepej próby jest/będzie dołączony magnez, cynk, akamprozat lub placebo. Ocena rezultatów jest prowadzona na następujących poziomach: ocena stanu klinicznego, ocena leku przeciwdepresyjnego i potencjalizujacego we krwi, ocena neurofizjologiczna - ocena zmian w zapisie farmakoelektroencefalograficznym (metoda opracowana w Katedrze i Klinice Psychiatrycznej WUM), oraz badania markerów biochemicznych (BDNF oraz IL-6 i IL-10). Badania są w toku.

(grant NCN 2012/07/B/NZ7/04375).

Skuteczność programu rehabilitacji psychospołecznej osób z zaburzeniami psychicznymi w środowiskowej opiece psychiatrycznej

Paweł Rasmus[1], Krzysztof Pękala[1], Elżbieta Kozłowska[2], Tomasz Sobów[1]
[1]Zakład Psychologii Lekarskiej UM, Łódź
[2]Studenkie Koło Naukowe Psychologii w Medycynie UM, Łódź

Wstęp: Choroby psychiczne są uznawane za zjawiska negatywne dla pacjenta, przede wszystkim, dlatego, że wiążą się z zaburzeniami w codziennym funkcjonowaniu i pełnieniu ról społecznych oraz znacznym obniżeniem jakości życia. Według Ministerstwa Zdrowia w Polsce, w 2010 roku z Poradni Zdrowia Psychicznego skorzystało 4,36 % populacji kraju. Środowiskowe Domy Samopomocy zostały utworzone dla osób, których niepełnosprawność psychiczna, umysłowa, intelektualna ogranicza, bądź zupełnie uniemożliwia codzienne życie, naukę, pracę czy pełnienie określonych ról społecznych. Najczęściej są to osoby z zaburzeniami psychicznymi takimi jaki schizofrenia, depresja, choroba afektywna jedno – i dwubiegunowa.

Materiały i metody: Badaniami została objęta grupa 22 osób - 8 kobiet i 14 mężczyzn, będących uczestnikami programu rehabilitacji psychospołecznej. W badaniu podłużnym zostały użyte cztery kwestionariusze psychologiczne: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, Skala Kompetencji Osobistej, Test Orientacji Życiowej, Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności oraz ankieta własnego autorstwa dotycząca problemu wykluczenia społecznego.

Wyniki: Przeprowadzone analizy statystyczne wyników uzyskanych w odstępie pół roku, tak w listopadzie 2014 (L 2015), jak i maju 2015 (M 2015) wykazały istotne różnice dla następujących zmiennych: nasilenie zachowań zdrowotnych ($p = 0,006$) oraz uogólnionej własnej skuteczności ($p = 0,01$). Wnioski. Uczestnictwo w zajęciach realizowanych przez instytucje działające na rzecz pacjentów środowiskowej opieki psychiatrycznej może zwiększyć poziom nasilenia ich zachowań zdrowotnych oraz zwiększyć przekonanie osób z zaburzeniami psychicznymi co do ich skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami.

Nieadekwatna tachykardia zatokowa - prawdowpodobne podłoże psychogenne

Paweł Rasmus[1], Jarosław Kasprzak[2], Paweł Ptaszyński[3], Tomasz Sobów[1]
[1]Zakład Psychologii Lekarskiej UM, Łódź
[2]Katedra i Klinika Kardiologii UM, Łódź
[3]Klinika Elektrokardiologii, Katedra Kardiologii i Kardiochirurgii UM, Łódź

Wstęp: U podstaw badań nad związkiem między psychiatrią, psychologią kliniczną a medycyną somatyczną leży stwierdzony wpływ czynników psychospołecznych na rezultaty leczenia biologicznego. Wielowymiarowe zależności między naukami humanistycznymi i medycznymi mają coraz większe znaczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów oddziałów kardiochirurgicznych i elektrokardiologicznych oraz rehabilitacji kardiologicznej.

Nieadekwatna tachykardia zatokowa (IST) należy do zespołów z grupy zaburzeń regulacji autonomicznej. Skomplikowany obraz kliniczny i mnogość objawów sprawiają, że pacjenci – niekiedy przez wiele lat – mają poczucie poważnej choroby somatycznej, która istotnie obniża jakość życia.

Odpowiednia diagnoza kardiologa i psychologa, a nierzadko również skorzystanie z konsultacji psychiatrycznej mogą zapobiec wzrostowi ryzyka pogorszenia zdrowia somatycznego i psychicznego pacjenta.

Cele: Celem pracy była ocena możliwego związku między poziomem lęku, cechami osobowości, kontroli emocji, inteligencji emocjonalnej, radzenia sobie ze stresem a występowaniem objawów IST.

Metody: Uczestniczkami było 31 kobiet z rozpoznaniem IST (średnia wieku 31,8 ± 8,72). Zastosowano narzędzia psychologiczne: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI), Inwentarz osobowości NEO-FFI, Skalę kontroli emocji (CECS), Popularny Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej (PKIE) Kwestionariusz Radzenia sobie ze Stresem (CISS).

Wyniki: Stwierdzono, że istnieje statystycznie istotna różnica między grupą kobiet z IST a grupą zdrowych kobiet w zakresie poziomu lęku jako cecha. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w zakresie innych mierzonych zmiennych psychologicznych.

Terapie komórkami macierzystymi w medycynie regeneracyjnej – obecny stan wiedzy

Mariusz Ratajczak
University of Louisville, Louisville

Medycyna regeneracyjna ciągle poszukuje komórki macierzystej zdolnej do regenerowania i odbudowywania czynnościowego uszkodzonych narządów (np. mięśnia sercowego, skóry, wątroby, tkanki nerwowej oraz płuc). Po okresie fascynacji potencjalnym wykorzystaniem w medycynie regeneracyjnej macierzystych komórek embrionalnych izolowanych z zarodków oraz tzw. indukowanych pluripotencjalnych komórek macierzystych pozyskiwanych poprzez transformację komórek już zróżnicowanych, które to strategie mimo ogromnych nakładów finansowych nie znalazły jak do tej pory praktycznego zastosowania w klinice, powraca się z powrotem do potencjalnego wykorzystania komórek macierzystych izolowanych z tkanek uzyskanych po porodzie. Komórki macierzyste pozyskiwane z dorosłych tkanek nie niosą bowiem ze sobą ryzyka powstawania potworniaków a ich efekt terapeutyczny jak wykazały badania naszego zespołu polega głównie na 1) zahamowaniu apoptozy komórek uszkod-

zonych poprzez wydzielane przez podawane komórki macierzyste czynniki białkowe i lipidowe o charakterze troficznym i stymulującym angiogenezę, 2) epigenetycznej zmianie komórek uszkodzonych poprzez przekazywane z komórek stosowanych w terapii mRNA, miRNA, białka i mitochondria, oraz na 3) występowaniu pomiędzy podawanymi w leczeniu komórkami innych bardziej wczesnych rozwojowo komórek o charakterze pluripotencjalnym (np. obecności tzw. małych komórek przypominających komórki embrionalne, ang.; very small embryonic like stem cells; VSELs). Szczególne nadzieje wiąże się właśnie z wykorzystaniem w medycynie regeneracyjnej tych małych komórek. Najnowsze badania nie tylko potwierdzają charakter pluripotencjalny komórek VSELs ale co najważniejsze opracowano techniki namnażania tych komórek w hodowlach in vitro. W ten sposób możliwe staje się namnożenie bardzo rzadkich komórek VSELs poza ustrojem w celu podania pacjentom. Podsumowując, terapeutyczne działanie komórek macierzystych izolowanych z dorosłych tkanek w terapii regeneracyjnej polega na ich efektach parakrynnych oraz na potencjale pluripotencjalnym wczesnych rozwojowo komórek macierzystych obecnych w tkankach pozyskanych po porodzie (np. szpiku kostnym, krwi pępowinowej, tkance tłuszczowej).

Monitorowanie leczenia lekami przeciwpsychotycznymi u dzieci i młodzieży. Możliwości terapeutyczne

Barbara Remberk
IPiN, Warszawa

Występowanie powikłań metabolicznych takich jak wzrost masy ciała, otyłość, hiperglikemia czy hiperlipidemia podczas stosowania leków przeciwpsychotycznych (LPP) drugiej generacji było wielokrotnie potwierdzone. Z dotychczasowych doniesień wynika, że dzieci i młodzież mogą być bardziej wrażliwe na działania niepożądane leków niż dorośli. Częstość stosowania leków przeciwpsychotycznych u dzieci i młodzieży rośnie, a równocześnie większość wskazań, z powodu których stosowane są u dzieci i młodzieży leki przeciwpsychotyczne – takich jak zaburzenia zachowania lub zespól nadpobudliwości psychoruchowej - trudno uznać za wskazania bezwzględne w tradycyjnym tego słowa znaczeniu. Mimo istniejącej wiedzy na temat powikłań metabolicznych związanych ze stosowaniem LPP wykorzystanie tych wiadomości w praktyce wydaje się ograniczone.

Według zaleceń przedstawionych przez Jaremę i wsp. (2008) przed leczeniem należy zebrać wywiad dotyczący chorób somatycznych u pacjenta i w rodzinie, przeprowadzić badanie fizykalne, pomiar ciśnienia krwi i tętna, ocenić wskaźnik BMI oraz zmierzyć obwód talii. Zalecane badania laboratoryjne obejmują morfologię krwi, transaminazy, poziom bilirubiny, kreatyniny, elektrolity, glikemię, lipidogram oraz do rozważenia poziom prolaktyny i hormonów tarczycy. Należy również wykonać badanie EKG. W czasie leczenia należy regularnie oceniać ciśnienie, tętno i EKG. Kontrola masy ciała zalecona jest po miesiącu leczenia, parametrów biochemicznych po 3 miesiącach. W przypadku niektórych leków wskazana jest kontrola poziomu prolaktyny. Ponadto w przypadku olanzapiny i kwetiapiny należy skontrolować masę ciała i obwód talii częściej: po 2 i 4 tygodniach leczenia, a następnie co miesiąc. Z kolei na podstawie metaanalizy badań kontrolowanych Pringsheim i wsp. (2011) sformułowali zalecenia dotyczące dzieci i młodzieży, które w ogólnym zarysie są podobne. W skrócie, według autorów, oceny fizykalnej pacjenta należy dokonywać co miesiąc, natomiast kontrola badań laboratoryjnych zalecana jest co 3 miesiące.

Spośród leków mniej popularnych w Polsce w leczeniu dzieci i młodzieży w niewielkim stopniu związany z przyrostem masy ciała jest ziprasidon. Omówione zostaną również dane dotyczące stosowania u dzieci i młodzieży innych mniej dostępnych leków takich jak paliperidon, lurasidon czy asenapina. W razie wystąpienia metabolicznych działań niepożądanych rekomendowane następujące interwencje obejmują zmianę trybu życia i odżywiania wspomagane interwencjami poznawczo-behawioralnymi, analizę prowadzonego leczenia: czy lek jest stosowany w najmniejszej skutecznej dawce, czy pacjent nie przyjmuje dodatkowych leków związanych z przyrostem masy ciała i ewentualnie czy możliwa jest miana leku na inny. Jako postępowanie kolejnego rzutu w przypadku otyłości wymieniane jest zastosowanie metforminy. W przypadku nadciśnienia i hiperglikemii zalecane sa konsultacje specjalistyczne (Ho i wsp. 2011).

Bibliografia: Ho J, Panagiotopoulos C, McCrindle B, Grisaru S, Pringsheim T; CAMESA guideline group. Management recommendations for metabolic complications associated with second generation antipsychotic use in children and youth. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011 Aug;20(3):234-41; Jarema M. Zalecenia w sprawie stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji. Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii, 2008, 3, 177–182; Pringsheim T, Panagiotopoulos C, Davidson J, Ho J; Canadian Alliance for Monitoring Effectiveness and Safety of Antipsychotics in Children (CAMESA) guideline group. Evidence-based recommendations for monitoring safety of second-generation antipsychotics in children and youth. Paediatr Child Health. 2011 Nov;16(9):581-9.

Markery etapów przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej

Agnieszka Remlinger-Molenda, Ewa Ferensztajn-Rochowiak, Janusz Rybakowski
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Poznań

Zgromadzone w ostatnich latach dowody na tzw. neuroprogresję choroby, pozwoliły na opracowanie etapów przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej (ChAJ) w oparciu o koncepcję allostazy i obciążenia allostatycznego. W przebiegu choroby dochodzi do zmian w zakresie układu neuroendokrynnego, głównie osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (PPN), układu odpornościowego, mechanizmów stresu oksydacyjnego, neuroprzekaźników, czynników neurotrofowych oraz zmian strukturalnych i funkcjonalnych mózgu. W 2007 roku Fava i Tossani przedstawili koncepcję etapów przebiegu ChAJ jako model pięciu następujących po sobie stadiów o określonych cechach klinicznych.

ChAJ charakteryzuje się obecnością przewlekłego stanu zapalnego i aktywacją odpowiedzi komórkowej. Potwierdzono zwiększone stężenie cytokin prozapalnych: IL-1, IL-6 i TNF-alfa oraz aktywację limfocytów T. Ponadto zmiany stężeń markerów zapalnych, np. białka C-reaktywnego, korelują z liczbą przebytych epizodów depresyjnych, a stężenia IL-1 i TNF-alfa są bardziej podwyższone u pacjentów z 3 lub więcej przebytymi epizodami depresji. W ChAJ występuje obniżone stężenie związków antyoksydacyjnych, takich jak koenzym Q10, witamina E, cynk, glutation oraz zmniejszona aktywność enzymów antyoksydacyjnych.

Dysfunkcja układu serotoninergicznego w ChAJ polega na zwiększonej aktywności enzymu metabolizującego tryptofan (2,3-dioksygenazy indolowej), prowadząc do obniżenia stężenia serotoniny i tryptofanu w surowicy krwi i mózgu. Wskazuje na związek między objawami depresji, a wpływem odpowiedzi zapalnej na układ noradrenergiczny. Wykazano także nieprawidłowe stężenia czynników neurotrofowych w depresji, głównie obniżone stężenie czynnika neurotrofowego pochodzenia mózgowego (brain derived neurotrophic factor), prowadzące do zaburzeń neurogenezy w hipokampie i zmniejszenia przeżywalności komórek.

Ostatnio badacze holenderscy (Verduijn i wsp.) opublikowali wyniki badania, wykazujące, iż szereg mechanizmów patofizjologicznych (zapalenie, oś podwzgórzowo-przysadkowa-nadnerczowa, stężenie witaminy D w surowicy krwi) ulega największemu zaburzeniu w początkowych etapach choroby i dalej nie dochodzi do nasilenia dysregulacji wraz z postępem choroby mierzonym ilością epizodów i/lub przewlekłością ich przebiegu. Wskazuje to, że nie ma prostej zależności między natężeniem zaburzeń patofizjologicznych, a progresją kliniczną ChAJ.

Styl żywienia w rodzinie jako czynnik ryzyka oraz czynnik zdrowienia w jadłowstręcie psychicznym. Czynniki leczące i efektywność

Katarzyna Rojewska
SP Szpital Kliniczny nr 1 w Zabrzu, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze

Wystąpienie powstało w oparciu o badania własne przeprowadzone wśród rodzin dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym oraz wśród rodzin dziewcząt zdrowych.

Postawy rodziców i opiekunów wobec jedzenia i karmienia dzieci w piśmiennictwie są jednoznacznie uznawane za znaczące. Kształtowanie się właściwych nawyków żywieniowych rozpoczyna się już we wczesnym dzieciństwie. Największy wpływ na nie mają rodzice, zwłaszcza matki, których wpływy na dietę dziecka są większe niż innych osób z otoczenia dzieci. Dziewczęta chore na anoreksję prezentują odmienne od dziewcząt zdrowych preferencje pokarmowe i zachowania żywieniowe. Rodzina stanowi nierozerwalny element zdrowienia tych pacjentek.

Celem badania była m.in.: 1. analiza różnic w zakresie stylu żywienia w rodzinie pomiędzy rodzinami dziewcząt chorych na anoreksję oraz rodzinami dziewcząt zdrowych; 2. analiza wpływu zwyczajów żywieniowych w rodzinie na akceptację pokarmu dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym.

Materiał i metody: Badaniem objęto 132 rodziców: 81 rodziców dziewcząt z AN postać restrykcyjna (43 matki i 38 ojców) i 51 rodziców dziewcząt zdrowych (32 matki i 19 ojców). W badaniach wykorzystano Ankietę Zwyczajów Żywieniowych Rodziny opracowaną z udziałem autorki dysertacji.

Analiza statystyczna: Analizę statystyczną przeprowadzono posługując się programami Microsoft EXcel 2007 i Statistica 9.0 stosując następujące testy statystyczne: Test t-Studenta i test Chi2. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki na poziomie $p<0,05$.

Wyniki: Rodziny dziewcząt z AN pod względem struktury i statutu socjoekonomicznego nie różniły się zasadniczo od rodzin dziewcząt zdrowych. pomiędzy obiema badanymi grupami rodzin w zakresie stylu żywienia w rodzinie wykazano więcej podobieństw niż różnic. Wiele z wykazanych różnic wynikało z wtórnego wpływu choroby na żywienie w rodzinach dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym. Rodziny dziewcząt z AN istotnie różniły się od rodzin dziewcząt zdrowych w zakresie: 1) funkcji zastępczych jakie jedzenie pełniło w rodzinie (matki dziewcząt chorych w szczególny sposób wykorzystują jedzenie jako zastępczą formę okazywania uczuć, troski i pocieszenia); 2) potrzeby idealizacji funkcjonowania rodziny m.in. w zakresie żywienia; 3) większej konfliktowości w kwestiach związanych z żywieniem.

Terapia tańcem i ruchem w leczeniu zaburzeń afektywnych i lękowych

Anna Rojewska-Nowak
Ośrodek Leczenia Depresji i Nerwic „Sikornik" Centrum Zdrowia Psychicznego, Gliwice

Wystąpienie dotyczyć będzie zastosowania terapii tańcem i ruchem w celu wspomagania procesu leczenia osób z trudnościami zdrowotnymi w obszarze zaburzeń afektywnych, lękowych (nerwicowych). Poruszona zostanie bardzo istotna rola współpracy terapeuty tańcem i ruchem z terapeutami werbalnymi, lekarzami psychiatrii oraz przedstawione zostaną korzyści płynące z pracy teamowej. Referat wygłoszony zostanie w oparciu o doświadczenia własne z praktyki w teamach terapeutycznych gliwickiego Ośrodka Leczenia Depresji i Nerwic „Sikornik" Centrum Zdrowia Psychicznego.

Mocne strony charakteru jako predyktory zdrowienia u osób chorujących na schizofrenię

Paulina Rozya, Maryla Sawicka
Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa

Celem badania jest sprawdzenie czy istnieje związek pomiędzy chorobą psychiczną i mocnymi stronami charakteru jednostki oraz jej poczuciem zadowolenia z życia, jak również stworzenie modelu mocnych stron charakteru predestynujących do zdrowienia.

Według psychologicznej koncepcji cnót i mocnych stron charakteru autorstwa Petersona i Seligmana (2004), cnoty to podstawowe właściwości człowieka, cenione przez filozofów moralności i myślicieli religijnych na przestrzeni wieków, powszechne i właściwie uniwersalne: mądrość (wisdom), odwaga (courage), humanitaryzm (humanity), sprawiedliwość (justice), umiarkowanie (temperance) i transcendencja (transcendence). Cnoty w tym ujęciu nie są mierzalne, a ich psychologicznym wskaźnikiem są mocne strony charakteru (character strengths), będące swoistymi przejawami cnót, a zarazem sposobami na ich osiąganie. Każdej cnocie przyporządkowany jest zbiór kilku mocnych stron charakteru. Są to pozytywne cechy człowieka uznawane w różnych kulturach i okresach historycznych za istotne dla osiągnięcia dobrego, szczęśliwego życia. Ludzie różnią się od siebie zarówno prezentowanym zestawem mocnych stron charakteru, jak i stopniem ich nasilenia. W literaturze istnieje jeden katalog 24 mocnych stron charakteru stworzony przez Petersona i Seligmana, ale 2 zestawy nazw dla tych mocnych stron oraz 2 narzędzia pomiaru (Najderska i Cieciuch, 2013). W badaniu zastosowano Kwestionariusz do pomiaru mocnych stron charakteru - International Personality Item Pool–Values in Action (IPIP-VIA) autorstwa Goldberga, w polskiej adaptacji M. Najderskiej i J. Cieciucha. Wykorzystano również Skalę Satysfakcji z Życia (The Satisfaction with Life Scale – SWLS) Dienera, Emmonsa, Larsona i Griffina zaadaptowaną przez Juczyńskiego.

Bibliografia: 1. Najderska, M., Cieciuch, J. (2013). Polska adaptacja kwestionariusza do pomiaru mocnych stron charakteru International Personality Item Pool – Values in Action (IPIP-VIA). Wyniki wstępne. Studia Psychologica UKSW, 13(1), s. 65-83; 2. Park, N., Peterson, C., Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and well-being. Journal of Social and Clinical Psychology, 23(5), 603–619.

Fizjologiczne zmiany w trakcie ciąży i ich potencjalny wpływ na jakość snu

Anna Różańska-Walędziak[1], Krzysztof Czajkowski[2]
[1]Szpital Kliniczny im. Św. Anny Mazowieckiej przy II Klinice Położnictwa i Ginekologii WUM, Warszawa
[2]II Klinika Położnictwa i Ginekologii WUM, Warszawa

W organizmie kobiety ciężarnej zachodzi szereg zmian fizjologicznych mających na celu przystosowanie się do zmienionych potrzeb organizmu matki i płodu. Zmiany te spowodowane są zmieniającym się w ciąży profilem hormonalnym kobiety. Ciałko żółte ciążowe, a następnie łożysko są źródłem ciągłej syntezy progesteronu i estrogenów, w szczególności estradiolu, których stężenie wzrastające stopniowo przez całą ciążę odpowiada za większość zmian adaptacyjnych. Ze względu na powyższe zmiany u kobiet ciężarnych istnieje znacząco wyższe ryzyko rozwoju zaburzeń snu w porównaniu z populacją ogólną, a ich nasilenie pogłębia się w miarę jej upływu. Zaburzenia snu w znaczący sposób wpływają na pogorszenie jakości życia oraz dobrostan ciężarnej i płodu. U źródeł zaburzeń snu u kobiet ciężarnych leżą zarówno dolegliwości fizyczne, takie jak nudności, wymioty, bóle podbrzusza i okolicy krzyżowej, zwiększona częstość oddawania moczu, w tym także w nocy, jak i inne czynniki: utrudnione oddychanie, uczucie duszności czy powiększający się obwód brzucha. Innym czynnikiem mogącym zakłócać właściwy przebieg snu może być „zespół niespokojnych nóg". Do najważniejszych zmian przebiegu snu w ciąży zalicza się skrócenie czasu trwania snu, przebudzenia w czasie snu, objawy bezsenności, chrapanie i niską wydajność snu. W celu zapobiegania występowania „zespołu żyły głównej dolnej", pacjentkom ciężarnym, szczególnie w zaawansowanej ciąży zaleca się unikanie pozycji leżącej na plecach i przyjmowanie pozycji na lewym boku, co często nie jest zgodne z wcześniejszym przyzwyczajeniami i może prowadzić do trudności z zasypianiem i obniżenia komfortu snu.

Powiększająca się macica uciska na pęcherz moczowy i powoduje wzrost częstości oddawania moczu, w szczególności w I trymestrze i pod koniec ciąży. Potrzeba częstego oddawania moczu, występująca także w nocy, zakłóca przebieg i obniża jakość snu. W ciąży pojawiają się zmiany adaptacyjne w układzie oddechowym, które służą usprawnieniu wymiany gazowej. Dochodzi do przekrwienia błony śluzowej z powodu poszerzenia naczyń włośniczkowych w całych drogach oddechowych. Progesteron sprzyja obniżeniu napięcia mięśni gładkich dróg oddechowych. Wpływa na zwiększenie wentylacji pęcherzykowej poprzez poszerzenie tchawicy i oskrzeli. Mniejsze napięcie mięśni brzusznych powoduje, że tor oddychania zmienia się z żebrowego na przeponowy. Większa objętość oddechowa i mniejsza objętość zalegająca prowadzą do zwiększenia się wentylacji pęcherzykowej płuc o około 65%. Nieco zwiększa się częstość oddechów i o około 50% rośnie wentylacja minutowa, wzrasta też zużycie tlenu. W pęcherzykach płucnych spada stężenie dwutlenku węgla i dochodzi do „hiperwentylacji ciężarnej", spowodowanej działaniem progesteronu na ośrodek oddechowy. Obniżenie ciśnienia parcjalnego dwutlenku węgla w pęcherzykach płucnych prowadzi do występowania uczucia duszności. Uczucie duszności, zmiana toru oddychania i częstości oddechów prowadzą do zaburzeń snu, mogą też powodować trudności w znalezieniu komfortowej pozycji w czasie zasypiania.

Prawdopodobnym czynnikiem zwiększającym częstość występowania chrapania w populacji kobiet ciężarnych jest obrzęk śluzówki dróg oddechowych, powodowany przez zwiększenie stężenia estradiolu w ciąży. Obrzęk błony śluzowej prowadzi do zwężenia dróg oddechowych, a co za tym idzie do chrapania. Patomechanizm występowania bezdechów w czasie snu polega na zwężaniu się w różnym stopniu lub zamykaniu górnych dróg oddechowych pomiędzy nagłośnią a podniebieniem miękkim. W miarę upływu ciąży problem może się nasilać.

Skrócenie czasu snu w ciąży jest niezależnym czynnikiem ryzyka rozwoju cukrzycy poprzez wpływ na metabolizm glukozy i zwiększenie masy ciała w ciąży, ponadto krótki czas trwania snu jest czynnikiem ryzyka rozwoju otyłości.

Karol de Beaurain – nieznany psychoanalityk znanego artysty

Krzysztof Rutkowski, Edyta Dembińska
Katedra Psychoterapii UJ CM, Kraków

Wykład przypomina postać doktora Karola de Beaurain psychiatry, jednego z pierwszych Polaków leczących psychoanalizą, dotychczas znanego przede wszystkim z przeprowadzenia psychoanalizy Witkacego.

Urodzony w 1867 roku Beaurain studiował medycynę na uniwersytetach szwajcarskich (Zurich, Berno, Genewa), tam też obronił doktorat. Przygotowany do pracy lekarza uzdrowiskowego po powrocie na ziemie polskie osiadł w Poroninie, gdzie poza pełnieniem funkcji lekarza okręgowego zaangażował się w działalność społeczną i kulturalną. Około roku 1910 zainteresowania zawodowe dr Beauraina zwróciły się w kierunku psychiatrii i psychoterapii. Pod koniec 1911 przeprowadził się do Zakopanego, gdzie otworzył prywatną praktykę w zakresie „chorób nerwowych". W tym samym czasie zaczął również leczyć pierwszych pacjentów z wykorzystaniem technik psychoanalizy.

Stanisław Ignacy Witkiewicz i Eugenia Dunin-Borkowska pacjenci Karola de Beaurain są pierwszymi znanymi z nazwisk pacjentami leczonymi psychoanalizą w historii polskiej medycyny.

Odtworzono losy dr Beaurian podczas I wojny światowej, najpierw jako lekarza wojskowego w Skoczowie, a następnie asystenta Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej prof. Piltza w Krakowie biorącego czynny udział w tworzeniu wielowymiarowego programu leczenia nerwic wojennych. Po zakończeniu wojny Beaurain początkowo pozostał asystentem Kliniki Psychiatrii w Krakowie. Jednak już w 1921 roku przeniósł się do Krajowego Zakładu Psychiatrycznego w Dziekance pod Poznaniem, wspomagając swoim doświadczeniem zawodowym wielkopolską psychiatrię, która po odejściu niemieckiego wykwalifikowanego personelu cierpiała na ogromnie niedobory kadrowe. Wzrastająca liczba pacjentów i przeciążenie obowiązkami zawodowymi najprawdopodobniej doprowadziły do przedwczesnej śmierci dr Karola de Beuarain w trakcie pełnienia funkcji ordynatora Krajowego Zakładu Psychiatrycznego w Owińskach w lutym 1927 roku.

Psychoterapia a New Age

Krzysztof Rutkowski
Katedra Psychoterapii UJ CM, Kraków

Rozkwit ruchu New Age zbiega się w czasie z powstawaniem licznych technik psychoterapeutycznych. Przypadające na lata '60 XX wieku zmiany społeczne niewątpliwie przyczyniły się do zmiany praw pacjentów, wpływając także na relacje lekarz – pacjent.

Sam termin New Age nie ma uznanej jednoznacznej definicji. Odpowiada jednak licznym śladom w kulturze, sztuce, stroju, nauce, formach relacji społecznych, ruchom pacyfistycznym, rewolucji seksualnej a więc zmianom ściśle społecznym i kulturowym. Z tych względów zasługuje na taką samą pozycję jak np. terminy secesja czy odrodzenie, choć zwykle jako pełnoprawna nazwa epoki nie jest stosowany.

Wywodząc się z założenia „zmiany epok" w ujęciu astrologicznym od podstaw wykracza poza założenia naukowe czy artystyczne, wywołując tym niekiedy reakcje odrzucenia. W tym ujęciu u schyłku XX wieku i na początku XXI trwa zmiana eonów znaków zodiaku ze znaku ryb na znak wodnika, czemu miały odpowiadać zmiany dotyczące cywilizacji.

Niezależnie od przyczyn powstania i dalszego rozwoju ruch New Age nie tylko ze względu na swą siłę ale również poprzez promowanie wartości jednoznacznie pozytywnych trwale zmienił kulturę.

Celem wystąpienia jest zwrócenie uwagi na genezę ruchu New Age, jego wpływ na psychoterapię i obecne pozostałości w psychoterapii.

Hiperprolaktynemia w przebiegu zaburzeń osobowości i zaburzeń nerwicowych i jej zmiany w czasie psychoterapii

Krzysztof Rutkowski, Edyta Dembińska, Jerzy-A. Sobański, Michał Mielimąka, Katarzyna Cyranka
Katedra Psychoterapii UJ CM, Kraków

Założenia: Podwyższenie PRL jest opisywane jako obserwacje kliniczne u niektórych pacjentów, najczęściej z rozpoznaniem osobowości z pogranicza F60.31. W piśmiennictwie światowym brak jest oceny tego zjawiska, choć ma ono znaczące implikacje kliniczne. Większość publikacji dotyczy oceny hiperporlaktynemii polekowej w przebiegu leczenia neuroleptykami psychoz, brak natomiast oceny objawów idiopatycznych.

Ocena częstości występowania hiperprolaktynemii w tej grupie pacjentów ma znaczące implikacje kliniczne. Obecnie nie ma bezpiecznych środków farmakologicznych pozwalających na leczenie podwyższonego poziomu prolaktyny u osób z zaburzeniami psychicznymi. Wszystkie stosowane leki mają wysokie ryzyko wywoływania objawów zaburzeń psychicznych u osób zdrowych (np. wahania nastroju, impulsywność itp.) a u osób z zaburzeniami psychicznymi powszechnie wywołują pogorszenie objawów. Z tych przyczyn w tej grupie chorych stosuje się leczenie tylko w przypadku poważnych objawów hiperprolaktynemii, gdy potencjalne korzyści przewyższają ryzyko. Potwierdzenie przewidywanej zmiany poziomu prolaktyny następującej w przebiegu leczenia zaburzeń psychicznych pozwoli poprawić ocenę rokowania i ułatwi decyzje o wprowadzaniu środków farmakologicznych obniżających poziom prolaktyny.

Cel: Celem badania jest ocena częstości występowania hiperprolaktynemii w grupie pacjentów z rozpoznaniami F40-F69 wg ICD-10, ocena poziomu podwyższenia PRL oraz stwierdzenie czy ew. uzyskane zmiany poziomu PRL wiążą się ze zmianami stanu klinicznego obserwowanymi w czasie leczenia.

Metodyka: Badanie obejmuje zebranie wyników stężenia prolaktyny w surowicy. Powtórzenie badania po ok. 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia w celu oceny zmiany. Badana jest dwukrotnie ta sama grupa pacjentów, przed i po zakończeniu kompleksowej psychoterapii w Oddziale Dziennym Zakładu Psychoterapii SU.

Wyniki: Wyniki wstępne zebrane od 29 pacjentów (72,4% kobiet) wykazały występowanie hiperprolaktynemii u 37,5% mężczyzn i 38% kobiet. Dalszych 37,5% mężczyzn i 33,3% kobiet miało wyniki graniczne.

Porównując wyniki przed rozpoczęciem leczenia i po 3 miesiącach intensywnej psychoterapii odnotowano w 10 przypadkach na 16 spadek poziomu PRL (62,5%), w tym u 3 osób poziom PRL znormalizował się po terapii, w 6 spadł, ale pozostał w obszarze normy, a w 1 spadł, ale pozostał w obszarze wartości podwyższonych.

Podsumowanie: Hiperprolaktynemia jest częstym objawem pojawiającym się w przebiegu zaburzeń osobowości. Psychoterapia może mieć istotny wpływ na normalizację parametrów klinicznych prolaktyny.

Mężczyzna choruje

Joanna Rymaszewska
Uniwersytet Medyczny, Wrocław

Czy są różnice płci w odbiorze informacji o chorobie, własnej niesprawności nią wywołaną? Czy mężczyźni inaczej reagują na dolegliwości somatyczne niż kobiety? W potocznym rozumieniu tak. Po dyskusji o tematyce rozdziału z wieloma osobami, zauważyłam, że dla każdego rozmówcy istnienie takich różnic było oczywiste. Ale czy poglądy te są poparte dowodami?

Rzut oka na współczesny otwarty rynek wiedzy wszelakiej, czyli Internet, umożliwia dostrzeżenie jednoznacznych reakcji na hasło „mężczyzna choruje": „Facet nie choruje! Facet od razu umiera!", „Jak wytrzymać z chorym facetem i nie zwariować?", „Jest tylko jedna rzecz gorsza od kobiety z miesiączką – facet z gorączką" itp.

Są one odzwierciedleniem dość powszechnej opinii, że u mężczyzn często występuje rys histrioniczny w podejściu do swojego zdrowia. Czyja to opinia? Wydaje się, że raczej kobiet. Fakt, iż to kobiety dominują w zawodzie lekarza, może mieć konsekwencje w podejściu do przejętego stanem swojego zdrowia mężczyzny. Uważają, że jego skargi są dziecinne, wyolbrzymia je, a One, bywa, te pretensje bagatelizują. Czy są ku temu powody? Z drugiej strony żyjemy w kulturze propagującej stereotyp mężczyzny niezłomnego, który ma być silny, twardy, mocny, zdobywający, opiekujący się itd. Co więcej, w niektórych środowiskach nadal preferowany jest wzorzec Macho Man czy Marlboro Man. Powszechnie oczekuje się, że mężczyzna nie będzie się skarżył na ból, okazywał słabości i będzie samowystarczalny. Podczas prezentacji podejmiemy dyskusję na temat stereotypów męskości w chorobie.

Centrum Spotkań dla osób z otępieniem oraz ich opiekunów–ocena jakościowa oraz ilościowa adaptacji amsterdamskiego modelu wsparcia (projekt JPND MeetingDem)

Joanna Rymaszewska[1], Dorota Szcześniak[1], Mateusz Babicki[2], Katarzyna Urbańska[3]
[1]Uniwersytet Medyczny, Wrocław
[2]Studenckie Koło Naukowe, Uniwersytet Medyczny, Wrocław
[3]studia doktoranckie, Uniwersytet Medyczny, Wrocław

Wstęp: Meeting Centre Support Programme (MCSP) to zintegrowany, oparty na dowodach oraz skoncentrowany na jednostce program wsparcia dla osób z otępieniem, który został wdrożony oraz pozytywnie oceniony w 123 centrach w Holandii. Wyniki badań holenderskich podkreślają korzystny wpływ Centrów Spotkań na zadowolenie użytkowników, redukcję objawów depresyjnych oraz zaburzeń zachowania, zwiększenie poczucia własnej wartości, opóźnienie w instytucjonalizacji, jak i niższy poziom obciążenia opiekunów i wzmocnienia poczucia ich kompetencji.

Cel: Projekt MEETINGDEM, realizowany od marca 2014 roku w we Wrocławiu oraz w ośrodkach naukowych w Holandii,

Wielkiej Brytanii i we Włoszech, ma na celu adaptację oraz ewaluację modelu Centrów Spotkań w Europie.

Materiał i metoda: Realizacja projektu przebiega dwuetapowo: 1. faza PRZYGOTOWAWCZA - utworzenie grupy inicjującej w każdym kraju, opracowanie planu wdrożenia oraz adaptacja narzędzi implementacyjnych; 2. faza IMPLEMENTACJI i EWALUACJI – utworzenie Centrum Spotkań oraz jakościowa i ilościowa (ang. mixed-methodsdesing) ocena modelu w porównaniu do grupy kontrolnej w 3 odstępach czasowych (T1 w 1 miesiącu; T2 po 6 miesiącach uczestnictwa w programie).

Wyniki: Rezultatem etapu 1. było zidentyfikowanie barier i czynników wspomagających wdrożenie modelu w krajach uczestniczących na poziomie: (1) makro (prawo, regulacje, funkcjonowanie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej); (2) mezo (współpraca pomiędzy organizacjami w danym regionie) oraz (3) mikro (stereotypy, entuzjazm, zasoby finansowe oraz strukturalne), czego efektem było utworzenie pierwszego Centrum Spotkań we Wrocławiu we współpracy z MOPSem, częściowo finansowanego z Wydziału Zdrowia Miasta Wrocławia. Etap 2. projektu jest w trakcie realizacji. Zaprezentowane zostaną efekty etapu 1. opracowane w oparciu o analizę jakościową (NVivo 11) przeprowadzonych 10 wywiadów z osobami zaangażowanymi w adaptację modelu holenderskiego oraz pierwsze wyniki analiz ilościowych (Statistica) w zakresie satysfakcji opiekunów oraz użytkowników Centrum.

Podsumowanie: Faza przygotowawcza była niezbędna do prawidłowego przygotowania programu do warunków polskich. Zidentyfikowanie barier i ograniczeń oraz wykorzystanie czynników wspierających ideę CS pozwoliło na zakończenie fazy przygotowawczej otwarciem CS we Wrocławiu. Zakłada się, iż pierwsze wyniki badań ilościowych skoncentrowanych na satysfakcji użytkowników modelu będą przemawiać za tworzeniem kolejnych Centrów Spotkań dla osób z otępieniem i ich opiekunów.

Rozpowszechnienie zjawiska uzależnienia od Internetu wśród młodzieży miejskiej miasta Katowice w wieku 18-20 lat

Aleksander Salomon-Perzyński[1], Anna Sobieraj[2], Agata Kepa[3], Ewelina Rybak[3], Magdalena Pudło[3], Michalina Janiec[3], Aleksandra Palczynska[3], Katarzyna Sluja[3], Patryk Rodek[3], Małgorzata Janas-Kozik[4]

[1]SPSK Katowice, Katowice
[2]GCM Katowice Ochojec, Katowice
[3]Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice
[4]Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Katedra Psychiatri i Psychoterapii SUM, Sosnowiec

Uzależnienie od internetu są zjawiskiem stosunkowo nowym w psychiatrii, nie występuje jednak w klasyfikacji iCD-10 Jako wyodrębnione zaburzenie jest natomiast przypisywane do grupy Zaburzenia nawyków i popędów, nieokreślone (F63.9). Do tego nie skonstruowano jeszcze kryteriów diagnostycznych ani jednolitej definicji. W Polsce problem ten jest określany jako: Zespół uzależnienia od Internetu (ZUI), chociaż napotyka się również terminy takie jak: patologiczne używanie internetu, nadużywanie internetu, kompulsywne używanie internetu. Zaburzenie to jest szczególnie niebezpieczne u adolescentów, często nieświadomych konsekwencji nadmiernego korzystania z Internetu.

Jest to narastający problem XXI wieku, a na tyle nowy, że wciąż brakuje odpowiedniej ilości badań w tym temacie. Tym bardziej, że uzależnienie, czy szkodliwe używanie Internetu w klasyfikacji DSM-5 (która będzie podstawą dla nowej klasyfikacji ICD-11) rozumiane jest jako uzależnienie behawioralne. Pierwsze objawy uzależnienia młodzieży od Internetu są niespecyficzne. Należą do nich: pogorszenie wyników w nauce wynikające przede wszystkim z trudności w koncentracji uwagi, którym nierzadko mogą towarzyszyć zaburzenia nastroju: od euforii przez lęk po agresję. Młodzież często zgłasza pogorszenie stanu zdrowia, które wynika z niehigienicznego trybu życia, jak np. brak ruchu, niewłaściwy czas oraz ilość przyjmowanych posiłków, brak snu. Problemem są również trudności w relacjach z ludźmi, konflikty, narastające poczucie osamotnienia. Prowadzi to do braku satysfakcji w wielu obszarach życia adolescenta, do rezygnacji z zainteresowań oraz problemów zdrowotnych, jak np. pogorszenie wzroku, skrzywienie kręgosłupa, otyłość, bóle głowy.

Badaniem objęto grupę adolescentów wieku 18-20 lat, będących uczniami i uczennicami szkół ponadgimnazjalnych w Katowicach. Celem pracy jest oszacowanie skali używania szkodliwego lub uzależnienia od Internetu wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Katowicach. Wykorzystano 2 kwestionariusze: Test Użytkowania Internetu (TUI) (polska adaptacja Internet Addiction Test (IAT) K. Young) oraz Skala depresji Becka (Beck Depression Inventory, BDI).

Tendencje suicydalne wśród młodzieży województwa śląskiego - abstrakcja czy realia?

Aleksander Salomon-Perzyński[1], Anna Sobieraj[2], Wacław Dyrda[3], Kinga Krzyżowska[3], Anna Matusiak[3], Agata Kepa[3], Kamila Paluch[3], Małgorzata Janas-Kozik[4]

[1]SPSK Katowice, Katowice
[2]Górnośląskie Centrum Medyczne SUM, Katowice
[3]Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice
[4]Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Katedra Psychiatri i Psychoterapii SUM, Sosnowiec

WSTĘP: Samobójstwa stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów wśród polskiej młodzieży. Statystyki policyjne wskazują na utrzymujący się na przestrzeni ostatnich lat niepokojący trend wzrostowy w liczbie podejmowanych zamachów samobójczych w grupach wiekowych 15-19 i 20-24 lat. Myśli samobójcze (MS) stanowią pierwszy uchwytny etap w procesie kształtowania się decyzji o popełnieniu samobójstwa, dlatego możliwość podjęcia odpowiedniej interwencji w celu prewencji samobójstw na tym etapie jest szczególnie ważna. Wymaga to jednak ustalenia czynników ryzyka występowania myśli samobójczych oraz tendencji samobójczych wśród adolescentów.

CEL: Ustalenie czynników ryzyka występowania myśli samobójczych wśród katowickiej młodzieży licealnej w wieku 18-20 lat.

MATERIAL I METODY: W badaniu wykorzystano kwestionariusz zaprojektowany oraz zwalidowany przez Studentów STN Psychiatrii Wieku Rozwojowego przy Katedrze Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Do badania włączono grupę 965 uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Katowicach (dziewcząt, n= 360; chłopców, n=605) z medianą wieku 19 lat. W analizie statystycznej posłużono się modelami wieloczynnikowej regresji logistycznej oraz testem istotności różnic chi kwadrat, obliczenia przeprowadzono w programie Statistica 2010.

WYNIKI I WNIOSKI: Występowanie myśli samobójczych deklarowało 289 badanych (289/965; 29,95%). Spośród analizowanych czynników znamienny wpływ na ryzyko wystąpienia myśli samobójczych miały: w grupie czynników socjoekonomicznych - deklarowana sytuacja materialna rodziny oraz poziom wykształcenia ojca (OR 1,52 i 1,37; odpowiednio);

w grupie czynników środowiskowych - choroby psychiczne w rodzinie (OR 3,58), próby samobójcze w rodzinie (OR 2,44), samobójstwo dokonane w rodzinie (OR 2,12), zachowania samobójcze w otoczeniu (OR 2,51), w grupie pozostałych czynników ryzyka - występowanie chorób przewlekłych (OR 1,8), subiektywna ocena stanu zdrowia (OR 1,21), deklarowane odbycie wizyty u psychologa i psychiatry (OR 2,98; OR 4,93). Stwierdzono istnienie istotnej zależności między występowaniem myśli samobójczych a paleniem tytoniu (OR 1,24), spożywaniem alkoholu (OR 1,19), stosowaniem dopalaczy (OR 1,51) oraz stosowaniem narkotyków (OR 1,21). Jedynym znamiennym czynnikiem protekcyjnym było deklarowane uprawianie sportu (OR 0,70). Nie uzyskano znamiennej zależności między występowaniem myśli samobójczych a stosunkiem do religii, uczęszczaniem na zajęcia pozalekcyjne, jak również posiadanym hobby.

WNIOSKI: Uzyskane przez nas wyniki wskazują na potrzebę przeprowadzenia szerokiej kampanii edukacyjnej na temat problematyki samobójstw wśród młodzieży. Co więcej, w świetle naszych wyników, uzasadnione jest podjęcie profesjonalnych wielowymiarowych działań mających na celu prewencję samobójstw, ukierunkowanych w szczególności na grupę adolescentów obciążonych czynnikami ryzyka występowania myśli oraz tendencji samobójczych.

Dlaczego zestresowani ludzie nie mogą mieć dzieci?

Jerzy Samochowiec
Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin

Dlaczego czynniki psychiczne mają istotny udział w etiopatogenezie niepłodności? Jaka jest rola psychiatry, psychologa i seksuologa w terapii niepłodności? Wystąpienie skupi się na omówieniu roli czynników psychicznych u kobiet, jakie mają znaczenie i udział w etiopatogenezie niepłodności.

Omówione zostaną czynniki stresowe związane z: 1. ustaleniem problemu bezpłodności 2. diagnostyką związanej z leczeniem bezpłodności 3.l leczeniem ginekologicznym 4. nieudanymi próbami leczenia bezpłodności. W badaniu występowania kobiecych problemów związanych z distresem związanym z problemami seksualnymi (PRESIDE-Prevalence of Female Sexual Problems Associated With Distress and Determinants of treatment Seeking u n=31581 kobiet w USA, 53% of kobiet donosiło o występowaniu problemów związanych z brakiem orgazmu (4,6%), kłopotami z pobudzeniem (5,1%), brakiem potrzeb (9,5%). Spadek libido spowodowany był także niską samooceną, wahaniami nastroju, depresją i napiętymi relacjami z partnerem.

Psychobiospołeczny model kobiecych zaburzeń seksualnych ma wymiar: biologiczny (zdrowie somatyczne), psychologiczne (lęki, samoocena), socjokulturowe (normy społeczne, oczekiwania) i interpersonalne. Zaburzenia te można podzielić na nabyte i wrodzone, a także uogólnione i sytuacyjne. szczyt przypada na lata 30-50. Omówione zostaną zasady diagnostyki i interwencji.

Piśmiennictwo: 1. Shifren JL et al. Obstet Gynecol 2008; 2. Laumann E et al. JAMA 1999; 3. Altof SE et al. J Sex Med. 2005; 4. Rosen RC, Barsky JL. Obstet Gynecol Clin North Am. 2006.

Zwiazek polimorfizmu genu COMT Val158Met z odpowiedzią na leki przeciwpsychotyczne: metaanaliza dziesięciu badan

Jerzy Samochowiec[1], Eric Huang[2], James Kennedy[3]
[1]Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin
[2]Centre for Addiction and Mental Health, Toronto
[3]University of Toronto, Toronto, ON, Canada, Toronto

Katechol-O-metylotransferazy (COMT) odgrywa zasadniczą rolę w degradacji m.in. dopaminy a polimorfizm tego genu COMT Val158Met (rs4680) wiąże się z istotnymi różnicami aktywności enzymatycznej co powoduje różne stężenie dopaminy w korze przedczołowej.

Metody: Za pomocą analizy baz: PubMed, Web of Science, bazy danych PsycInfo uzyskano po kontakcie z autorami koresponsującymi 23 badania dotyczącymi związków genu COMT Val158Met i przeciwpsychotycznej odpowiedzi u pacjentów ze schizofrenią i zaburzeniami schizoafektywnymi. Jako pozytywnej odpowiedzi na leczenie uznanoco najmniej 30% zmniejszenie punktacji PANSS.

WYNIKI: Dziesięć badania spełnione kryteria włączenia do metaanalizy. Pięć dodatkowych baz danych włączono do metaanalizy: w sumie analiza dotyczyła 1416 pacjentów. Osoby homozygotyczne Met / Met ze schizofrenią reagowały szybciej i lepiej niż osoby które posiadały allel Val (p = 0,039, Ormet / Met = 1,37, 95% CI: 1.02-1.85). Pacjenci Met / Met poprawiali się szybciej w zakresie objawów pozytywnych. w porównaniu do nosicieli Val-allela (p = 0,030, SMD = 0,24, 95% CI: 0.024-0.46).

WNIOSKI: Nasze analizy sugerują, że polimorfizm COMT Val158Met związany jest z lepszą odpowiedzią na leki przeciwpsychotyczne w schizofrenii i chorobie schizoafektywnej.

Rola markerów biologicznych w psychiatrii – od endofenotypów po testy diagnostyczne. Metody genetyczne

Jerzy Samochowiec
Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin

W wykładzie zaprezentowane będą ewolucje współczesnej klasyfikacji chorób opartej na genetyce. Akcentowane be znaczenie makrofenotypów, endo i sub-fenotypów, omówione zostaną np. asocjacje pomiędzy polimorfizmem polimera DAO / G 72, a urojeniami prześladowczymi. Neo-Kraepeliański ruch w latach 70-tych XX wieku wprowadził operacyjną definicję fenotypu.Ostro zdefiniowane operacyjne kryteria diagnostyczne (RDC, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) i ustrukturyzowany wywiad diagnostyczny (SADS, SCID, DIGS) to podstawa dla określania fenotypów w badaniach genetycznych.

Na podstawie dwóch dekad badań genetyczno-molekularnych w schizofrenii, chorobie afektywnej dwubiegunowej i jednobiegunowej podkreślone zostaną uwarunkowania rodzinne, badania asocjacyjne, sprzężone, GWAS, badania nad CNV. Przedstawione będą istniejące już testy genetyczne dla psychiatrii (Gene Tests for Psychiatry Pisk Polarize): NeuroMark, Psynomics-CHAD, SureGene, Psychonomics.

Operacyjne kryteria okazały się być wiarygodne oraz odegrały zasadniczą rolę w badaniach nad sprzężeniami i asocjacjami genetycznymi ale: 1) Bieżące psychiatryczne diagnozy nie mogą być oparte na danych biologicznych (tj. np. na badaniach krwi, itp.); 2) Operacyjne kryteria są konstrukcjami, które podlegają zmianom (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-5...) ; 3) Diagnozy oparte o kryteria DSM w dalszym ciągu obejmują heterogeniczne obrazy kliniczne.

Fenotyp zespół wszystkich obserwowalnych cech danego organizmu a dla nas fenotyp można identyfikować z chorobą "Omy" przez analogię do "genomów", czyli całość informacji zawartej w czymś, np. proteom - dla białek występujących w organizmie. Fenom całość informacji o cechach organizmu, lub... o cechach choroby.

Genomiczne podejście do zagadnienia ma na celu dokonanie kontrolnych badań genomu skierowanych na wykrycie ewentualnych wariacji wskazujących na chorobę w pojedynczym eksperymencie. (Badania nad genomem przy użyciu sprzężeń przybliżają nas do możliwości identyfikowania genów odpowiedzialnych za choroby psychiczne). Fenomiczne podejście skierowane jest na zredukowanie genetycznej heterogeniczności i na wyizolowanie skutków oddziaływania mniejszej liczby genów na dany podtyp choroby. (ChAD z komponentą psychotyczną). Epigenomiczne podejście ma na celu dokonanie kontrolnych badań genomu w celu wykrycia modyfikujących markerów (takich, jak metylacja DNA) wywołujących zmianę ekspresji genu. Znaki takie mogą odzwierciedlać wpływ czynników środowiskowych. (ChAJ, ChAD, schizofrenia oraz autyzm).

Komórki macierzyste w psychiatrii

Jerzy Samochowiec[1], Jolanta Kucharska-Mazur[1], Mariusz Ratajczak[2]
[1]*Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin*
[2]*University of Louisville, Louisville*

Aby rozstrzygnąć rolę krążących VSELs u pacjentów z ostrą psychozą konieczne są dalsze badania. Komórki te mogą przypuszczalnie różnicować się do komórek różnych listków zarodkowych, w tym – komórek nerwowych, co może odgrywać rolę w procesach regeneracji tkanki mózgowej. Mamy też świadomość, że potencjalny remodelling tkanki mózgowej w przebiegu schizofrenii wymaga dalszych badań. Faktem jest natomiast, że nieprawidłowa neurogeneza jest sugerowana jako przyczyna zaburzeń umysłowych, ale jest nadal kwestią otwartą, czy zachodzi ona w trakcie embrionalnej neurogenezy, czy w dojrzałym mózgu.

Dalsze badania są także potrzebne, aby lepiej zrozumieć działanie czynników modulujących przemieszczanie się komórek macierzystych. Wyniki dotyczące osoczowego poziomu SDF-1 w pierwszym epizodzie psychotycznym są jak dotąd nierozstrzygające i faktycznie nasz zespół nie obserwował istotnych zmian poziomu tej chemokiny w PB. Podobnie nierozstrzygające są badania dotyczące aktywacji kaskady dopełniacza. Na przykład zaproponowano, że dopełniacz odgrywa podwójną rolę w schizofrenii: neuroprotekcyjną w etiologii, a neurodegeneracyjną patogenezie. Znaczna lub przewlekła aktywacja kaskady dopełniacza może wpływać na uszkodzenie komórek i prowadzić do zaburzeń neurodegeneracyjnych. Jednak aktualne badania wskazują, że C3a jest zaangażowany w podstawową i indukowaną ischemią neurogenezę oraz remodelling i eliminację synaps. Doniesienia z piśmiennictwa wskazują także, że bioaktywne składowe kaskady dopełniacza C3a i C5a wpływają na neurogenezę oraz aktywność chemotaktyczną i fagocytarną gleju.

Ponadto końcowy produkt aktywacji kaskady dopełniacza, C5b-C9, znany także jako kompleks atakujący błonę (MAC), z jednej strony jest mediatorem nekrozy neuronalnej związanej z lizą, a z drugiej – stymuluje proliferację komórek Schwanna i jest inhibitorem apoptozy oligodendrocytów. Obecne badania naszego zespołu wskazują, że aktywacja końcowych etapów kaskady dopełniacza i powstanie MAC są konieczne do mobilizacji komórek macierzystych ze szpiku kostnego do krwi obwodowej.

Fakt, że pochodzące ze szpiku kostnego komórki regulują zachowania typu lękowego, jest obecnie udowadniany u myszy. W szczególności, w odpowiedzi na powtarzane społeczne niepowodzenie (RSD) spowodowane przez agresywnego intruza, normalne myszy wykazują zachowanie typu lękowego, korespondujące z zależnym od tej ekspozycji wzrostem liczby krążących monocytów oraz cytokin i chemokin zaangażowanych w rekrutację komórek mieloidalnych oraz zwiększoną obecność monocytów w przestrzeni okołonaczyniowej, parenchymie kory przedczołowej, jądrze migdałowatym i hipokampie. Interesujący wydaje się fakt, że myszy z deficytem receptorów chemokin związanych z przemieszczaniem się monocytów, myszy z nokautem receptora chemokiny 2 (CCR2) lub nokautem receptora fraktalkinowego (CX3CR1) nie są zdolne do rekrutowania makrofagów do mózgu i nie wykazują zachowania typu lękowego w odpowiedzi na RSD. Ta obserwacj

Model naprawczy w rehabilitacji osób chorych na schizofrenię - zasady, założenia i oczekiwania

Maryla Sawicka[1], Paweł Bronowski[1], Stanisław Wójtowicz[2]
[1]*Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa*
[2]*Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa*

Rehabilitacja psychiatryczna stanowi wieloczynnikowy system oddziaływań na pacjenta oraz na jego środowisko. Rehabilitacja osób chorych na schizofrenię opiera się przede wszystkim na metodach treningowych, których skuteczność jest udokumentowana od kilkudziesięciu lat. Ich skuteczność odnosi się tak do samego funkcjonowania pacjentów w wymiarze osobistym jak i do pozytywnych zmian w systemie rodzinnym. Aktualnie funkcjonują trzy modele treningowe, które stanowią bardziej lub mniej jednolite systemy oddziaływań realizując podstawowy cel jakim jest poprawa kompetencji społecznych. Modele te to:

- model podstawowy- celem jest tworzenie schematów funkcjonowania społecznego poprzez intensywne „przeuczanie" zachowań których brak jest w repertuarze skutecznego funkcjonowania pacjentów;

- model rozwiązywania problemów społecznych – nauka skutecznego przetwarzania informacji społecznych tak aby zminimalizować błędy w uczeniu się społecznym poprzez wypracowywanie adekwatnych umiejętności komunikacyjnych;

- model naprawczy – zakłada, że podstawą trudności w funkcjonowaniu społecznym są deficyty poznawcze dotyczące: pamięci, uwagi, planowania, myślenia abstrakcyjnego. Z tego powodu usprawnianie funkcjonowania poznawczego stanowi podstawę dla wszystkich innych oddziaływań rehabilitacyjnych.

Model naprawczy zakłada hierarchiczne oddziaływania rehabilitacyjne gdzie usprawnienie podstawowych funkcji poznawczych stanowi bazę dla innych bardziej złożonych umiejętności takich jak: rozwiązywanie problemów społecznych, budowanie wglądu chorobowego, identyfikowanie intencji i emocji innych ludzi.

Rewiring Faulty Circuits – The Role of Deep Brain Stimulation

Thomas Schlaepfer
Chair of Psychiatry and Psychotherapy at the University Hospital Bonn, Bonn

The introduction of Deep Brain Stimulation for treatment resistant disorders might very well lead to the most significant development in clinical psychiatry of the last forty years – possibly offering a rise of hope for patients to whom medicine had hitherto little to offer. Furthermore, translational research on neuromodu-

lation will allow us to glean something about the underlying cause of patient's illnesses before figuring out a treatment that addresses the source of the problem. Major depression offers perhaps the best example of the rapid progress being made in understanding the biology of mental illness. Studies on the underlying neurobiology of major depression have typically focused on the description of biological differences between patients and healthy subjects such as alterations of monoaminergic or endocrine systems. Psychotropic drugs work by altering neurochemistry to a large extent in widespread regions of the brain, many of which may be unrelated to depression. We believe that more focused, targeted treatment approaches that modulate specific networks in the brain will prove a more effective approach to help treatment-resistant patients. In other words, whereas existing depression treatments approach this disease as a general brain dysfunction, a more complete and appropriate treatment will arise from thinking of depression as a dysfunction of specific brain networks that mediate mood and reward signals. A better understanding of defined dysfunctions in these networks will invariably lead to a better understanding of patients afflicted with depression and perhaps contribute to a de-stigmatization of psychiatric patients and the medical specialty treating them.

Czy addyktywna koncepcja zaburzeń uprawiania hazardu (DSM-5) i badania nad funkcjami metapoznawczymi mogą mieć wpływ na orzekanie w przedmiocie poczytalności?

Andrzej Silczuk
Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa

Dotychczas nie opracowano powszechnie akceptowanej i jednoznacznej doktryny orzekania o (nie-)poczytalności osób z zaburzeniami uprawiania hazardu (ZUH). Po części wynika to z faktu niejednoznacznej pozycji nozologicznej tej grupy zaburzeń, która do niedawna pod nazwami „hazardu patologicznego" i „hazardu problemowego" była plasowana m.in. w grupie zaburzeń kontroli impulsów (np. ICD-10) lub, rzadziej, wśród swoistych natręctw. Te starsze koncepcje mogły implikować stwierdzanie ograniczonych możliwości kontrolowania zachowań, jednak nie dotyczyło to sfery rozeznania znaczenia czynu.

Zaliczenie ZUH do nowej większej kategorii zaburzeń nałogowych może implikować orzecznictwo w przedmiocie poczytalności w tych zaburzeniach podobnie jak zaburzeniach używania substancji.

Zarówno w ZUH, jak i u osób z zaburzeniami używania substancji, wykonano wiele badań nad metapoznaniem, które wniosły wątpliwości, co do dotychczasowego orzecznictwa. Metapoznanie to zdolność uświadamiania sobie, a jeszcze prościej: myślenia, na temat własnych myśli. U osób z ZUH w szeregu badań stwierdzono poważne zaburzenia metapoznawcze. Często są to zaburzenia utrwalone i mogą znacząco utrudniać krytycyzm co do samego ZUH jak i jego konsekwencji. Co zatem idzie, zaburzenia metapoznania mogą znacząco wpływać na „zdolność rozumienia zarzucanego czynu".

Problemowi hazardziści cechują się upośledzeniem zdolności metapoznawczych podczas zadań niezwiązanych z uprawianiem hazardu, co oznacza z kolei, że hazard patologiczny jest związany ze słabym wglądem w ogólnym tego terminu znaczeniu. W badaniach konsekwentnie stwierdzano, iż osoby grające - nie są w pełni zdolne do racjonalnej oceny swojej aktywności i czynności związanych z graniem [Ladoucer i wsp. 1988, Wagenaar 1988, Walker 1992, Griffiths 1995]. Szczególne nasilenie zaburzeń funkcji poznawczych, zdolności do metapoznawczej oceny sytuacji, krytycyzmu w przypadku innych zaburzeń psychicznych wpływa na poczytalność, a w tym na wolicjonalność podejmowanych działań. Hazard o nasileniu patologicznym również. Jest sprawą otwartą, czy zaburzenia metapoznawcze dotyczą głównie sfery uprawiania hazardu, czy też rozciągają się na inne, potencjalnie kryminogenne sfery.

Sprawa orzekania o poczytalnośći w ZUH powinna być przedmiotem dyskusji w gronie nie tylko psychiatrów, gdyż ma ona swoje istotne konteksty pozamedyczne.

Silne Ja? Zachowania autodestrukcyjne i agresywne dorastających dziewcząt w kontekście ich doświadczeń rodzinnych

Katarzyna Sitnik-Warchulska
1) Zakład Psychologii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny 2) Centrum Terapii Systemowej i Pomocy Psychologicznej DIADA w Gliwicach,.

Wstęp: W ostatnich latach obserwuje się wzrost skrajnych zachowań autodestrukcyjnych i agresywnych u młodzieży. Polskie badania wskazują na występowanie samouszkodzeń nawet u około 24,91%, a myśli samobójczych u 47, 65% nastolatków w wieku 13-19 lat. Jednocześnie wskazuje się, że 24% ankietowanych w Polsce uczniów, w wieku 13 lat, uczestniczyło co najmniej w trzech bójkach w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia samobójstwo stanowi obecnie drugą przyczynę zgonów w grupie wiekowej 15-29 lat. Z kolei przemoc interpersonalna stanowi trzecią przyczynę zgonów w grupie wiekowej 10-29 lat.

Niepokój środowisk klinicznych wzbudza przede wszystkim wzrost zachowań samobójczych lub przemocowych w grupie dorastających dziewcząt. Dziewczęta znacznie częściej dokonują samouszkodzeń, częściej też rozważają samobójstwo i snują konkretne plany w tym kierunku. Często również są sprawcami przemocy. Zgodnie z obserwacjami badawczymi stopień ich zaangażowania w bezpośrednią agresję fizyczną jest co najmniej tak wysoki jak chłopców.

Dotychczasowe doniesienia badawcze wskazują na raczej procesualny charakter zachowań autodestrukcyjnych i agresywnych. Przegląd doniesień klinicznych nasuwa również refleksję o podobieństwie czynników ryzyka tych zachowań i częściowym podobieństwie ich obrazu klinicznego.

Do czynników ryzyka skrajnych zachowań autodestrukcyjnych oraz agresywnych w okresie adolescencji zalicza się szereg czynników rodzinnych, t.j. samotność, traumatyczne doświadczenia z przeszłości (m.in. doświadczenia przemocy, molestowania, utraty osób znaczących), konfliktowe, dysfunkcjonalne relacje rodzinne, choroby w rodzinie, niski status ekonomiczny rodziny, przekazy rodzinne i społeczne dotyczące destrukcyjnych zachowań. W tym kontekście szczególnie ciekawa wydaje się analiza spostrzeganych deficytów i zasobów rodzinnych przez dziewczęta podejmujące skrajnie róże zachowania destrukcyjne.

Cel: Podczas prezentacji zostaną przedstawione wyniki badań dotyczące potencjalnego związku doświadczeń rodzinnych z zachowaniami samobójczymi lub przemocowymi w populacji adolescentów. Analizie zostanie poddana struktura systemu rodzinnego, konstelacji rodzinnych, doświadczeń rodzinnych, przekazów rodzinnych oraz stylu funkcjonowania rodzinnego dziewcząt w środkowej fazie dorastania, podejmujących skrajne zachowania autodestrukcyjne (Zachowania samobójcze) lub skrajne zachowania agresywne (Zachowania przemocowe).

Materiał i metody: Prezentowane badanie objęło blisko 100 dziewcząt w wieku 13-17 lat, po próbach samobójczych lub stosujących przemoc interpersonalną. Analizie zostaną poddane genogramy tych dziewcząt i wyniki Testu Uzupełnień Zdań.

Wyniki: Przeprowadzone analizy wskazują na szczególne znaczenie takich czynników jak: doświadczenia utrat w rodzinie, określone choroby w rodzinie, używki, dystans emocjonalny lub ambiwalencja w relacjach rodzinnych, style funkcjonowania rodzinnego oparte na nadmiernym związaniu lub sztywności. Istotne dla predykcji zachowania autodestrukcyjnego lub agresywnego okazują się przy tym nie same czynniki a specyficzne ich konfiguracje, wyznaczające różnice międzygrupowe. Konfiguracje tych czynników wyróżniono w oparciu o analizę dyskryminacyjną.

Wnioski: Wyniki przedstawionych badań wskazują na związek funkcjonowania dziewcząt podejmujących skrajne zachowania autodestrukcyjne lub agresywne ze strukturą rodziny, specyficznym stylem funkcjonowania rodzinnego oraz typem relacji wewnątrzrodzinnych. Zastosowany w badaniu model analizy statystycznej okazał się wysoce poprawny. Wyniki badań mogą być użyteczne dla prewencji oraz planowania procesu diagnozy i terapii adolescentów podejmujących zachowania destrukcyjne. Praktyczny wymiar tych badań zostanie omówiony oraz poddany refleksji w trakcie prezentacji.

Okiełznać wrogość. Współpraca psychiatry i psychologa w diagnozie i terapii adolescentów z zaburzeniami zachowania

Katarzyna Sitnik-Warchulska[1], Agnieszka Kapinos-Gorczyca[2]

[1]1) Zakład Psychologii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny 2) Centrum Terapii Systemowej i Pomocy Psychologicznej DIADA w Gliwicach,.

[2]1) Centrum Zdrowia Psychicznego Feniks w Gliwicach 2) Centrum Diagnostyki i Terapii InCorpore w Katowicach,.

Wstęp: Współczesne media dostarczają coraz liczniejszych przykładów łamania barier i obowiązujących norm społecznych, szczególnie ze strony młodych ludzi. Od lat 90 dwudziestego wieku obserwuje się w tej grupie wzrost zachowań związanych z uszczerbkiem na zdrowiu, pobiciem i gwałtem innych osób. Skojarzone z tymi zachowaniami rozpoznanie Zaburzeń zachowania stawiane jest w ostatnich latach w Polsce coraz częściej. Są one diagnozowane, gdy dziecko lub nastolatek angażuje się w wyjątkowo brutalne zachowania, z pewną świadomością ich konsekwencji lub/i możliwego wpływu innych. Na otoczeniu pacjenci z Zaburzeniami zachowania sprawiają wrażenie przekonanych o swojej sile, impulsywnych, nieprzystosowanych i wrogo nastawionych do innych. W konsekwencji, wzbudzają oni nierzadko złość i potrzebę wyraźnych sankcji lub konsekwencji społeczno- prawnych.

Portret psychologiczny nastolatków z Zaburzeniami zachowania nie jest jednak tak jednoznaczny. Ich wysokie poczucie wartości ma raczej charakter życzeniowy, ukrywający rzeczywisty deficyt w obrazie własnej osoby. Badania jednej z autorek wystąpienia wskazują, że ekspresja siebie w kategoriach siły, nastolatków z Zaburzeniami zachowania, współistnieje de facto z nieufnością, lękami przed słabością, dezaprobatą, samotnością, poczuciem winy oraz wyraźną potrzebą bliskości.

Przegląd badań nad wynikami leczenia Zaburzeń zachowania także dostarcza wielu wątpliwości. Istnieją doniesienia wskazujące na wątpliwy efekt farmakoterapii czy psychoterapii grupowej. Jednocześnie, dowodzi się celowości i skuteczności multimodalnych, zintegrowanych oddziaływań diagnostycznych i terapeutycznych wobec adolescentów z Zaburzeniami zachowania.

Cel i metody: Podczas prezentacji autorki przedstawią psychospołeczny model diagnozy i terapii pacjentów z Zaburzeniami zachowania. Model ten realizowany jest z sukcesem zarówno w praktyce szpitalnej (dzienny oddział), jak i ambulatoryjnej. Został on oparty na doświadczeniach klinicznych autorek wystąpienia oraz współczesnych doniesieniach badawczych. Zakłada on aktywny udział pacjentów, ich rodzin oraz środowiska terapeutycznego i edukacyjnego. W ramach tego modelu realizowane są między innymi konsultacje medyczne, diagnoza psychologiczna, różne formy psychoterapii, psychoedukacja oraz ustruktualizowana współpraca zespołu leczącego i edukującego. W referacie zostaną omówione koszty wtórne diagnozy Zaburzeń zachowania, określone przez autorki mianem „nad-diagnozy". Poruszone zostaną również kwestie kontekstu społecznego i kulturowego diagnozy tych zaburzeń.

Podczas wystąpienia autorki odwołają się także do obserwacji oraz wypowiedzi nastolatków z Zaburzeniami Zachowania na temat siebie i otoczenia (w tym lekarzy i terapeutów) oraz skutecznych form komunikacji i pomocy. Dane te zostaną zestawione z doniesieniami klinicznymi oraz obserwacjami dokonanymi w grupie adolescentów bez trudności w zachowaniu.

Podsumowanie: Prezentowany model psychospołecznej diagnozy i terapii stanowi próbę spojrzenia na Zaburzenia zachowania z wielu perspektyw. Zachowania agresywne, narażające na ciągłe sankcje mogą być maską dla ciągłej potrzeby walki o utrzymanie siły i znaczenia. Rezygnacja z tych zachowań może stanowić ryzyko większej dysfunkcji. Proponowany model leczenia skoncentrowany jest na wzmacnianiu zasobów oraz aktywnym angażowaniu adolescentów z Zaburzeniami Zachowania i ich otoczenia.

TBARS w chorobie afektywnej jedno- i dwubiegunowej

Marcin Siwek[1], Dominika Dudek[2], Krzysztof Styczeń[2], Magdalena Sowa-Kućma[3], Paulina Misztak[3], Bernadeta Szewczyk[3], Gabriel Nowak[3], Janusz Rybakowski[4]

[1]Klinika Psychiatrii Dorosłych SU, Kraków

[2]Zakład Zaburzeń Afektywnych, Katedra Psychiatrii UJ CM, Kraków

[3]Zakład Neurobiologii, Instytut Farmakologii PAN, Kraków

[4]Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań

Zaburzenia afektywne są chorobą o złożonej biologicznej etiologii, z udziałem czynników genetycznych i epigenetycznych oraz różnych stresorów środowiskowych. Rosnąca liczba badań wskazuje, że indukcja stresu oksydacyjnego i nitrozowego, które towarzyszą odpowiedzi zapalnej, może odgrywać ważną rolę w mechanizmach leżących u podłoża depresji (MDD) i choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD).

Badania przedkliniczne i kliniczne wykazały, że w przebiegu zaburzeń afektywnych ma miejsce wzrost poziomu markerów stresu oksydacyjnego, a także obniżenie stężeń czy aktywności wielu endogennych związków oraz enzymów przeciwutleniających. Między innymi, często opisywanym zjawiskiem jest podwyższenie stężenia markerów peroksydacji lipidów, takich jak TBARS (thiobarbituric acid reactive substances). Podwyższenie stężenia we krwi pacjentów, aktywności TBARS, notowane było– w zależności od badań - u leczonych lub nieleczonych pacjentów, znajdujących się w fazie manii, depresji lub eutymii. Z drugiej strony, pojedyncze doniesienia wskazują na brak różnic w stężeniach TBARS pomiędzy zdrowymi ochotnikami, a pacjentami leczonymi litem lub znajdującymi się na wczesnym etapie chorowania na CHAD lub MDD. W badaniu pary bliźniąt monozygotycznych zaobserwowano normalizację poziomu TBARS po skutecznym leczeniu antymaniakalnym.

W przeprowadzonym przez nas badaniu, obejmującym 129 pacjentów z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej oraz 50 zdrowych ochotników poziomy TBARS w ostrym epizodzie manii / hipomanii i depresji (ale nie w remisji) były istotnie wyższe niż u zdrowych ochotników. W odniesieniu do stopnia zaawansowania CHAD (tzw. staging, wg kryteriów Kapczinskiego i wsp.), zarówno we wczesnym jak i zaawansowanym stadium CHAD wykazano podwyższenie stężenia TBARS w fazie depresji. Natomiast w fazie remisji, w porównaniu do zdrowych ochotników, stężenie TBARS pozostawało podwyższone wyłącznie u osób, u których stwierdzono bardziej zaawansowane, późniejsze stadium CHAD. Nasze badania wskazują, że podniesiony poziom TBARS odzwierciedla nasilenie stresu oksydacyjnego w przebiegu CHAD – zarówno w ostrych epizodach choroby (mania/hipomania, depresja), jak i w jej późniejszych, bardziej zaawansowanych stadiach (w tym wypadku niezależnie od jej fazy).

Zastosowanie farmakoelektroencefalografii w praktyce klinicznej

Michał Skalski
Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM, Warszawa

Farmakoelektroencefalografia - farmako-EEG (ang.: pharmaco - EEG) jest dziedziną elektroencefalografii (EEG), zajmującą się badaniem wpływu leków na czynność bioelektryczną mózgu. Pierwszych obserwacji, dotyczących wpływu leków na zapis EEG dokonał Hans Berger – ojciec elektroencefalografii, już w latach 20 i 30-tych XX wieku. Jego spostrzeżenia dotyczyły wpływu 50 mg kokainy, (która powodowała wzrost amplitudy rytmu alfa) oraz kombinacji 20 mg morfiny i 1 mg skopolaminy (wywołujące spadek amplitudy rytmu alfa). Badając wpływ leków psychotropowych na zapis EEG stwierdził, że przy braku efektu leczniczego – nie obserwowano zmian w EEG. W latach pięćdziesiątych XX wieku, nastąpił szybki rozwój psychofarmakologii, wprowadzono wiele nowych leków psychotropowych. W badaniach farmako-EEG wykazano, że wywołane przez leki zmiany w zapisie EEG, które początkowo wydawały się unikalne dla poszczególnych leków, są specyficzne dla poszczególnych klas czy grup leków psychotropowych. Fundamentalną rolę w rozwoju farmako-EEG odegrało odkrycie nowych technik, służących do ilościowej analizy zapisu EEG. Analiza widmowa EEG jest dzisiaj dominującą techniką w ocenie wpływu leków psychotropowych na zapis EEG. Pierwsze standardy farmako-EEG opracowano na osobach zdrowych, po jednorazowym podaniu różnych dawek leków psychotropowych, i badania te służyły głównie do poszukiwania nowych leków psychotropowych. Fizjologiczną miarą działania anksjolitycznego leków jest wzrost czynności beta1, natomiast działania przeciwpsychotycznego – nasilenie fal theta, oraz stłumienie fal alfa i beta. Działanie przeciwdepresyjne wyraża się w zapisie EEG stłumieniem fal alfa oraz wzrostem fal theta i szybkich fal beta2.

Podstawowe profile zmian w EEG dla leków przeciwdepresyjnych zostały opracowane głównie dla TLPD. Odkrycie w końcu lat 80-tych działania przeciwdepresyjnego fluwoksaminy i fluoksetyny, a następnie pozostałych leków z grupy SSRI spowodowało wzrost zainteresowania ich wpływem na zapis farmako–EEG. Podjęto próby poszukiwania zmian w zapisie EEG, charakterystycznych dla SSRI. Dotychczasowe, nieliczne obserwacje wskazują na różnice w zakresie mocy fal alfa i theta (podczas stosowania SSRI), odmienne dla TLPD (wzrost fal beta), co może wynikać z różnic w mechanizmie działania obu grup leków. W naszym ośrodku od ponad 20 lat prowadzone są badania dotyczące zastosowania farmako-EEG w praktyce klinicznej, tzn. u pacjentów z depresją w trakcie wielotygodniowej terapii. Pierwsze badania potwierdziły, że zmiany w EEG pod wpływem leków są takie same u ludzi zdrowych i chorych, oraz to, że krótkotrwałe zmiany w EEG utrzymują się przez cały okres terapii, są nawet coraz wyraźniejsze. Badania farmko-EEG prowadzone u pacjentów leczonych TLPD, wykazały również ich znaczenie prognostyczne, tzn. uzyskanie profilu przeciwdepresyjnego w pierwszych dobach leczenia zwiększało szanse pacjenta na skuteczny efekt terapii. Kolejny etap zastosowania badań farmako-EEG nastąpił wraz ze zmianami standardów leczenia farmakologicznego depresji i powszechnym stosowaniu leków z grupy SSRI. Zgodnie z wcześniejszymi przypuszczeniami okazało się, że w trakcie leczenia lekami z grupy SSRI profile farmako-EEG były bardziej różnorodne niż przy stosowaniu leków z grupy TLPD, były też mniej specyficzne dla działania przeciwdepresyjnego. W związku z takimi mniej charakterystycznymi zmianami także wartość prognostyczna badań farmako-EEG była mniejsza dla leków z grupy SSRI.

Aktualnie badania farmako-EEG prowadzone w naszym ośrodku służą ocenie potencjalizacji działania leków przeciw depresyjnych. Zgodnie z nowymi koncepcjami związanymi z poprawą skuteczności leczenia przeciwdepresyjnego poprzez dodawanie różnych substancji modyfikujących ich działanie, przy pomocy badań farmako-EEG staramy się ocenić, czy dodawania jonów Mg i Zn zmieni działanie leków przeciwdepresyjnych, które można „zmierzyć" przy pomocy badań farmako-EEG.

(grant NCN 2012/07/B/NZ7/04375)

Zaburzenia snu u kobiet w okresie menopauzy

Michał Skalski[1], Dorota Wołyńczyk-Gmaj[2]
[1]Poradnia Leczenia Zaburzeń Snu przy Katedrze i Klinice Psychiatrycznej WUM, Warszawa
[2]SWZPZPOZ, Warszawa

Badania epidemiologiczne przeprowadzone w Polsce pokazują, że ponad 50% kobiet po 50-tym i ponad 60% po 60-tym roku życia cierpi na bezsenność. Wydaje się, że przyczyną obniżonej jakości snu wśród kobiet w piątej i szóstej dekadzie życia są przede wszystkim zmiany hormonalne wywołane menopauzą. W okresie okołomenopuzalnym stopniowemu zmniejszeniu ulega produkcja estrogenu i progesteronu w jajnikach. Po wystąpieniu ostatniej miesiączki kobiety zaczynają zgłaszać wiele problemów związanych ze snem.

Do obniżenia jakości snu w okresie menopauzy przyczyniają się przede wszystkim dolegliwości fizyczne towarzyszące menopauzie - uderzenia gorąca, wzmożona potliwość, zaburzenia oddychania. Napady gorąca, rozpoczynają się od twarzy i rozchodzą się w kierunku klatki piersiowej; efektem takiego kilu minutowego uderzenia ciepła jest znaczny spadek wydajności snu. Zlewne poty, zmuszają do wielokrotnej zmiany bielizny w ciągu nocy. Chrapanie i trudności w nabieraniu powietrza, to główne objaw obturacyjnego bezdechu podczas snu, powodującego znaczne spłycenie snu. Wszystkie te dolegliwości zwykle nasilają się w nocy, stąd ich wpływ na zaburzenie przebiegu snu i pogorszenie funkcjonowania w ciągu dnia.

Drugim istotnym powodem pogorszenia snu w okresie menopauzy, są choroby psychiczne. Po 40 r.ż. obserwuje się u kobiet znaczący wzrost występowania zaburzeń depresyjnych i zaburzeń lękowych. Choroba afektywna jednobioegunowa, (wg klasyfikacji ICD-10 zaburzenia depresyjne nawracające), zwykle zaczyna się u kobiet po 40 r.ż. Każdej depresji towarzyszą zaburzenia snu, zwykle bezsenność, rzadziej, nadmierna senność.

Kolejnym ważnym powodem zaburzeń snu u kobiet w okresie menopauzy, mogą być problemy społeczne – związane z pracą zawodową i życiem domowym. W leczeniu bezsenności u kobiet w okresie menopauzy obok typowej terapii zaburzeń snu, czy zaburzeń psychicznych, wskazane jest łagodzenie objawów

okołomenopauzalnych poprzez stosowanie hormonalnej terapii zastępczej.

Sen u kobiet i mężczyzn

Michał Skalski
Poradnia Leczenia Zaburzeń Snu przy Katedrze i Klinice Psychiatrycznej WUM, Warszawa

Kobiety dużo częściej niż mężczyźni skarżą się na problemy ze snem. Według badań przeprowadzonych w październiku 2005 przez TNS OBOP blisko połowa kobiet w Polsce odczuwa codziennie lub prawie codziennie różnego typu problemy ze snem. Czy zatem kobiety śpią gorzej niż mężczyźni? W wieku niemowlęcym: 1) Nie ma różnic w architekturze snu dziewczynek i chłopców; 2) Nie ma różnic w analizie ilościowej i jakościowej EEG we śnie; 3) U chłopców krótszy całkowity czas snu i częstsze wybudzenia; 4) Zmienne dane dotyczące snu REM związane prawdopodobnie ze stopniem dojrzałości OUN; 5) Większe ryzyko wystąpienia SIDS (SIDS – Sudden Death Infant Syndrom – zespół nagłej śmierci niemowląt) u chłopców, ale raczej związane z wolniejszym dojrzewaniem rytmu okołodobowego. W wieku dziecięcym: 1) Dłuższy sen u dziewczynek; 2) Wcześniejsza pora zasypiania u dziewczynek; 3) Więcej problemów ze snem u chłopców – parasomnie, sen przerywany, hipersomnia. W wieku młodzieńczym: 1) Dłuższy sen u dziewcząt; 2) Większa senność u dziewcząt; 3) Częstsze przebudzenia u chłopców; 4) Brak różnic w badaniach polisomnograficznych. W wieku dojrzałym: 1) Sen oceniany subiektywnie sen jest najsłabszy w późnej fazie lutelanej cyklu miesięcznego; 2) W badaniu polisomnograficznym rejestruje się wpływ fazy cyklu na architekturę snu – wzrost ilości snu NREM i zmniejszenie REM w drugiej połowie cyklu (nasenno-uspokajający wpływ progesteronu).

Jak widać w badaniach porównawczych między obu płciami nie ma wielkich różnic, można nawet powiedzieć, że sen kobiet jest generalnie nieco lepszy. Dlaczego zatem problem zaburzeń snu dotyczy głównie kobiet. Przyczyną tego, że kobiety są bardziej narażone na problemy związane ze snem niż mężczyźni, mogą być zmiany zachodzące w poziomie dwóch hormonów: estrogenów oraz progesteronu. W trakcie trwania cyklu miesięcznego w organizmie kobiety odbywa się burza hormonalna. Zmiany, które zachodzą oddziałują na sen, jego głębokość i przebieg jest zróżnicowany w zależności od fazy cyklu.

Progesteron: 2) Podany i.v. powoduje sedację i zwiększa ilość snu NREM poprzez stymulację receptorów GABA; 3) Niski poziom progesteronu u kobiet na początku I fazy cyklu miesięcznego powoduje większą ilość zaburzeń snu; 3) Zwiększa częstotliwość i objętość oddechową – zmniejsza SDB.

Estrogeny: 1) U ludzi zwiększają ilość snu REM; 2) Skracają latencję snu, zmniejszają ilość wzbudzeń i wybudzeń, wydłużają całkowity czas snu; 3) Obniżają temperaturę ciała, regulują czas największego spadku temperatury ciała; 4) Są agonistami serotoninergicznymi, zmniejszają aktywność MAO – efekt p/depresyjny?

Kortyzol: 1) Estrogeny regulują poranne wydzielanie kortyzolu; 2) W okresie menopauzy szczyt stężenia kortyzolu we krwi są wcześniej i są wyższe; 3) W okresie menopauzy zwiększa się ilość wydzielanego kortyzolu w odpowiedzi na niewielki nawet stres.

Współwystępowanie objawów z dolnego odcinka dróg moczowych (LUTS) z lękiem i depresją

Michał Skalski
Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Kraków

Objawy z dolnego odcinka dróg moczowych (LUTS) są szczególnie rozpowszechnione i dokuczliwe w dorosłej populacji. Przeprowadzone do tej pory badania wykazały częste występowanie objawów lęku i depresji u chorych dotkniętych LUTS. Ta zależność ma charakter dwukierunkowy i w sposób istotny wpływa na przebieg zarówno samych LUTS, jak również depresji i lęku. Ponadto etiopatogenezę LUTS, depresji i lęku łączą prawdopodobnie te same mechanizmy hormonalne, związane z neuroprzekaźnikami, związane z aktywnością układu limbicznego i kory mózgowej oraz związane z zaburzeniami snu. Pomimo tego, że dokładny mechanizm łączący występowanie LUTS z depresją i lękiem pozostaje nieznany, wskazane są multidyscyplinarne podejście oraz skojarzone leczenie chorych ze współwystępującymi objawami LUTS oraz depresją lub/i lękiem.

Bezsenność a zaburzenia rytmu okołodobowego

Michał Skalski
Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

Ocenia się, że wśród pacjentów zgłaszających się do lekarza z powodu bezsenności lub nadmiernej senności około 10-20% stanowią pacjenci z zaburzonym rytmem okołodobowym. Co gorsza większość z tych pacjentów nie jest właściwie rozpoznana i w efekcie jest nieprawidłowo leczona.

Zaburzenia rytmów okołodobowych, należą grupy dyssomnii. Problemem jest to, że pory snu (godziny zasypiania i budzenia się) rażąco odbiegają od oczekiwań pacjentów lub od akceptowanych społecznie pór. Mimo pewnego podobieństwa do bezsenności lub nadmiernej senności, mechanizm zaburzeń rytmu okołodobowego jest zupełnie inny. O ile w bezsenności lub nadmiernej senności „uszkodzenie" obejmuje układy aktywujące lub hamujące w mózgu, o tyle w zaburzenia rytmu źródłem choroby jest zegar biologiczny.

Ogólne kryteria rozpoznania zaburzeń okołodobowego rytmu snu i czuwania wg ICSD-3

A. Przewlekłe lub nawracające zaburzenie wzorca (schematu) rytmu snu-czuwania wywołane głownie zmianą pór (godzin) endogennego zegara okołodobowego lub rozbieżnością między endogennym rytmem okołodobowym sen-czuwanie, a porami pożądanymi lub wymaganymi przez czynniki środowiskowe lub harmonogramów aktywności społecznej/zawodowej.

B. Zaburzenie rytmu okołodobowego prowadzi do wystąpienia objawów bezsenności, nadmiernej senności, lub obu.

C. Zaburzenia snu i czuwania powodują istotne klinicznie upośledzenie lub pogorszenie funkcjonowania psychicznego, fizycznego, społecznego, zawodowego, edukacyjnego lub w innych ważnych dla pacjenta obszarach.

Zaburzenia z opóźnioną faza snu-czuwania jest najczęstszym zaburzeniem rytmu okołodobowego. Charakteryzuje się wyraźnie opóźnionym zasypianiem i w konsekwencji także budzeniem, o ponad 2 godziny w stosunku powszechnie akceptowanych pór snu.

Osoby z taką dolegliwością zwykle skarżą się na: 1) brak senności wieczorem; 2) zasypianie późno w nocy; 2) uczucie zmęczenia przez cały dzień; 3) kłopoty z porannym budzeniem.

Rozpowszechnienie tego zaburzenia w populacji ogólnej nie jest dokładnie znane. Ocenia się, że występuje u 7-16% osób młodych i w okresie dorastania, a 10% pacjentów zgłaszających się do lekarza z powodu przewlekłej bezsenności w rzeczywistości ma zaburzenia tego typu.

Dolegliwość zwykle ujawnia się ok. 20 r.ż., choć opisano przypadki zaczynające się we wczesnym dzieciństwie. Nieleczona, utrzymuje się praktycznie do końca życia. Około 40% pacjentów z opóźnioną fazą zasypiania ma podobne przypadki w najbliższej rodzinie, sugeruje się nawet autosomalny dominujący wzorzec dziedziczenia. Stwierdzono związek opóźnionej fazy zasypiania z polimorfizmem różnych genów: głównie hPer3 oraz CLOCK. Niezależnie od podłoża biologicznego, endogennego, spora część pacjentów ma wyuczoną opóźnioną fazę zasypiania, wywołaną przedłużaniem aktywności na późne pory nocne z jednoczesnym wycofywaniem się z aktywności w ciągu dnia (np. na skutek fobii szkolnej lub fobii społecznej). Leczenie chronobiologiczne polega na stopniowym przyspieszaniu pory budzenia się (np. o pół godziny na tydzień). Działanie zegara biologicznego można wzmacniać, podając wieczorem melatoninę i stosując poranną fototerapię.

Przyspieszona faza zasypiania polega na zasypianiu i budzeniu się kilka godzin wcześniej, niż wynika to z powszechnie akceptowanych pór snu i czuwania. Główne objawy to: 1) tendencja do zasypiania wczesnym wieczorem; 2) zmęczenie w ciągu dnia, zwłaszcza późnym popołudniem i wieczorem; 3) wczesne budzenie rano.

Nie wiadomo dokładnie, jak częstym zaburzeniem jest przyspieszona faza zasypiania. Szacuje się, że z powodu tej dolegliwości cierpi ok. 1% osób w średnim i starszym wieku. Zwykle rozpoczyna się w średnim wieku (choć znane są też przypadki występowania w dzieciństwie) i utrzymuje się przez wiele lat. Opisano rodzinne występowanie przyspieszonej fazy zasypiania, w większości przypadków stwierdzono mutację genu hPer2. Leczenie opiera się na terapii behawioralnej (stopniowym opóźnianiu pory zasypiania) często wzmacnianej chronoterapią (np. fototerapią bezpośrednio przez snem, melatonina podawana rano). Zaburzenia z nieregularnym rytmem snu-czuwania polegają na braku wyraźnego okołodobowego rytmu snu i czuwania. Okresy snu i czuwania mogą występować w sposób zupełnie przypadkowy w różnych porach doby, ale pacjenci lub ich opiekunowie zwykle zgłaszają skargi na bezsenność, lub nadmierną senność. Nieregularny rytm snu i czuwania zwykle występuje u osób z organicznym uszkodzeniem OUN (typowo w chorobie Alzheimera) oraz u dzieci z zaburzeniami rozwojowymi.

Swobodnie płynący rytm okołodobowy polega na tym, że biologiczne doba pacjenta trwa zwykle nieco dłużej niż 24 godziny. W związku z tym pacjent coraz później zasypia i budzi się, co przejawia się nawracającymi epizodami bezsenności w nocy i nadmiernej senności w ciągu dnia. Ta dolegliwość dotyka głównie osoby niewidome bez poczucia światła (np. bez gałek ocznych). Dokładnie nie wiadomo, jak często występuje, według różnych autorów u 40-70% niewidomych niereagujących na światło.

Podsumowanie: Duża część pacjentów skarżących się na bezsenność lub nadmierną senność może mieć zaburzenia rytmu okołodobowego związane z: 1) nieprawidłowym funkcjonowaniem zegara biologicznego; 2) brakiem synchronizatorów biologicznych; 3) brakiem synchronizatorów społecznych. W takim wypadku podstawowe znaczenie ma leczenie chronobiologiczne, mające na celu poprawę funkcjonowania zegara biologicznego i regulację okołodobowego rytmu snu i czuwania.

Genetyczne i neuropsychologiczne uwarunkowania podwyższonego ryzyka nadwagi i otyłości u chłopców z ADHD

Agnieszka Słopień[1], Tomasz Hanć[2], Aneta Borkowska[3], Monika Dmitrzak-Węglarz[4], Tomasz Wolańczyk[5], Natalia Pytlińska[1], Filip Rybakowski[6], Joanna Hauser[4]

[1]Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, UM, Poznań
[2]Zakład Biologii Rozwoju Człowieka, Instytut Antropologii UAM, Poznań
[3]Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii, UMCS, Lublin
[4]Zakład Genetyki w Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny, Poznań
[5]Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, WUM, Warszawa
[6]Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, IPiN, Warszawa

Opublikowane badania sugerują, że współwystępowanie ADHD i otyłości może być związane z genami: BDNF MC4R, DRD2 i DRD4, NUDT2, GPRC5B. Nieliczne doniesienia wskazały także na deficyty w zakresie funkcji wykonawczych i samoregulacji jako możliwą przyczynę zwiększonego ryzyka otyłości u dzieci z ADHD.

Metody: Grupę stanowiło 109 niespokrewnionych chłopców z rozpoznaniem ADHD w wieku między 7 i 18 r.ż. W badaniu analizowano: DRD2 (polimorfizm rs1799732), DRD3 (rs6280), DRD4 (rs1800955, rs1800443, 48 VNTR), DAT (rs27072, rs463379, VNTR 3' UTR), COMT (rs4680), SNAP25 (rs363039, rs363043, rs363050), 5HTR2A (rs17288723), BDNF (rs6265). Do oceny poziom funkcji wykonawczych wykorzystano: CPT, SC-WIT, TMT, MFFT, VFT, ROCF, WCST. W analizie statystycznej zastosowano: test Chi2-Pearsona, test Fishera, test ANOVA, U Manna-Whitneya, analizę skupień metodą k-średnich, regresję logistyczną.

Wyniki: Nadwaga występowała u 20 chłopców (18.35%), a otyłość u 4 (3.6%). Ze względu na niewielką liczbę chłopów z otyłością, we wszystkich analizach oceniano częstość występowania nadwagi rozumianej jako nieprawidłowo podwyższona masa ciała. Istotnie statystycznie rzadziej w grupie pacjentów z nadwagą występował: allel T rs1800955 DRD4 (p=0.03), allel A rs363039 SNAP25 (p=0.04), allel C rs363043 SNAP25 (p=0.01) oraz allel C rs17288723 5HTR2A (p=0.04). Genotypy CT i TT polimorfizmu rs1800955 genu DRD4 (p=0.03) były związane z mniejszą częstością nadwagi niż CC, podobnie jak GA i AA rs363039 SNAP25 (p=0.04) w porównaniu z GG. Natomiast genotyp TT rs363043 SNAP25 był związany z wyraźnie podwyższonym ryzykiem nadwagi w stosunku do TC i CC (p=0.02). Analiza nie wykazała żadnych istotnych statystycznie różnic w poziomie wyników testów neuropsychologicznych między pacjentami z nadwagą i pacjentami bez nadwagi.

Wnioski: Nadwaga u chłopców z ADHD jest związana z polimorfizmami pojedynczego nukleotydu 3 genów kandydujących: rs1800955 DRD4, rs363039 i rs363043 SNAP25 oraz rs17288723 5HTR2A, natomiast nie poprzez warunkowanie deficytów w wybranych funkcjach wykonawczych.

Osobowość nerwicowa a objawy z dolnego odcinka układu moczowego u pacjentów kwalifikowanych do leczenia psychoterapią w oddziale dziennym w latach 2004-2014

Jerzy-A. Sobański[1], Katarzyna Klasa[2], Michał Skalski[3], Tomasz Gołąbek[4], Agata Świerkosz[3], Mikołaj Przydacz[4], Krzysztof Rutkowski[1], Edyta Dembińska[1], Michał Mielimąka[1], Katarzyna Cyranka[1], Piotr-L. Chłosta[4], Dominika Dudek[5]

[1]Katedra Psychoterapii UJ CM, Kraków
[2]Zakład Psychoterapii SU, Kraków
[3]Klinika Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego, Kraków
[4]Klinika Urologii UJ CM, Kraków
[5]Zakład Zaburzeń Afektywnych, Katedra Psychiatrii UJ CM, Kraków

Cel. Ocena powiązania występowania objawów z dolnego odcinka układu moczowego u pacjentów kwalifikowanych do psychoterapii, z nasileniem i profilem ich nerwicowych zaburzeń osobowości.

Materiał i metody. Retrospektywna analiza kwestionariuszy zawartych w historiach chorób 2450 pacjentów z lat 2004-2014 pod kątem powiązań między zgłaszanymi w kwestionariuszu objawowym symptomami częstego oddawania moczu oraz bezwiednego oddawania moczu a globalnym nasileniem objawów nerwicowych (OWK), globalnego nasileniem nerwicowych zaburzeń osobowości (XKON) oraz nieprawidłowymi wartościami 24 skal kwestionariusza KON-2006. Powiązania w postaci współczynników OR z 95% przedziałami ufności zostały oszacowane za pomocą analiz regresji logistycznej.

Wyniki. Objawy z dolnego odcinka układu moczowego wiążą się z istotnie większym nasileniem neurotyczności zarówno opisywanej przez globalne nasilenie objawów (OWK) jak i przez współczynnik globalnego nasilenia nerwicowych zaburzeń osobowości (XKON) oraz z nieprawidłowymi wartościami skal kwestionariusza KON-2006. Dla występowania dla obu objawów stwierdzono powiązania ze skalami: Negatywna samoocena i Zawiść, dla występowania częstomoczu ze skalami Poczucie uzależnienia od otoczenia, Demobilizacja, Przekonanie o niezaradności życiowej i Poczucie braku wpływu, dla występowania moczenia ze skalami Poczucie wyobcowania i Egzaltacja – dla obu płci, a jedynie u mężczyzn – Unikanie (niska Skłonność do) ryzyka, Przekonanie o niezaradności życiowej, Trudności w relacjach interpersonalnych. Skrajne nasilenie częstomoczu - wiązało się z wieloma wymienionymi skalami silniej, a także nieco inaczej z innymi skalami np. u mężczyzn z Poczuciem przeciążenia i Wyobraźnią, fantazjowaniem.

Wnioski. Neurotyczne cechy osobowości opisywane przez nieprawidłowe wartości skal kwestionariusza KON-2006 wiążą się z obecnością (a także do pewnego stopnia z nasileniem) psychogennych objawów z dolnego odcinka dróg moczowych występujących u pacjentów oddziału dziennego leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości. Kierunek powiązania nie jest możliwy do określenia – w niektórych przypadkach przeżywanie i samoopis cech osobowości mogą być wtórne do cierpienia związanego z objawami częstomoczu i moczenia.

Rozpoznania zaburzeń nerwicowych wg ICD-10 stawiane przez psychiatrów versus wybrane symptomy zgłaszane przez pacjentów w kwestionariuszach objawowych

Jerzy-A. Sobański[1], Katarzyna Klasa[2], Krzysztof Rutkowski[1], Edyta Dembińska[1], Katarzyna Cyranka[1], Michał Mielimąka[1]

[1]Katedra Psychoterapii UJ CM, Kraków
[2]Zakład Psychoterapii SU, Kraków

Cel: Ocena powiązania rozpoznań zaburzeń nerwicowych stawianych przez psychiatrów z objawami sprawozdawanymi przez pacjentów w kwestionariuszach.

Materiał i metody: Analizy przeprowadzono dla grupy 1773 kobiet oraz 763 mężczyzn, którzy uzyskali diagnozę zaburzenia nerwicowego lub zaburzenia osobowości przed kwalifikacją do psychoterapii w latach 2004-2014 oraz wypełnili kwestionariusze objawowe KO'O'. Poszukiwano powiązań postawionego przez psychiatrę rozpoznania ze zgłaszaniem przez badanych w samoopisowym inwentarzu, wybranych objawów typowych ('markerowych') dla różnych zaburzeń nerwicowych, w tym zgłaszania ich w ogóle oraz jako symptomów o bardzo znacznej uciążliwości.

Wyniki: Dla niektórych rozpoznań stwierdzono wysoką zgodność ze zgłaszanymi objawami (np. diagnozie dystymii towarzyszyło zgłaszanie pesymizmu przez aż 90% badanych kobiet z tym rozpoznaniem), dla innych diagnoz stwierdzono znacznie niższą zgodność (np. rozpoznaniu agorafobii towarzyszyło zgłaszanie lęku agorafobicznego tylko przez 38% badanych, natomiast natrętnego sprawdzania przez aż 41% badanych z diagnozą agorafobii).

Przejściowy niedowład był wprawdzie objawem najczęściej zgłaszanym przez badane z rozpoznaniem zaburzeń dysocjacyjnych/konwersyjnych, ale pacjentki te znacznie częściej zgłaszały też inne objawy takie jak np. niezadowolenie życia seksualnego albo ból w okolicy serca.

Wnioski: Stwierdzona częściowa niespójność między rozpoznaniem a występowaniem i nasileniem objawów w samoopisie dokonanym przez pacjenta za pomocą kwestionariusza (inwentarza) objawowego, może nasuwać kilka wniosków a raczej podstawowych wątpliwości: 1) odnośnie do znaczenia niepewności/zmienności obrazu (tzw. zjawiska konkretyzacji) zaburzeń nerwicowych w sytuacji badania przez lekarza, oraz przeciwnie, zniekształcenia samoopisu w obejmującym tylko siedem dni badaniu kwestionariuszowym, oraz 2) prawdopodobnej nietrafności opisu zaburzeń nerwicowych przez klasyfikację ICD-10 i systemy jej podobne dzielące nerwice na drobne zaburzenia – zespoły objawowe.

Mechanizmy regulacji emocji w kontekście badań psychologicznych i neuroobrazowych

Andrzej Sokołowski[1], Ernest Tyburski[2], Wojciech Dragan[1]

[1]Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, Warszawa
[2]Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin

Jednym z ważniejszych czynników warunkujących zdrowie psychiczne jest prawidłowa regulacja emocji. Pomimo, że wykazano obecność zakłóceń tego procesu w różnych zaburzeniach psychicznych nadal nie są znane przyczyny tych nieprawidłowości. Ważną rolę w ich powstawaniu mogą stanowić czynniki ryzyka związane z wczesnym okresem życia. Obecnie uważa się, że czynniki środowiskowe modyfikują ekspresję genów poprzez co

wpływają na budowę i funkcjonowanie różnych obszarów mózgu, stanowiących podłoże realizacji procesów umysłowych. Podstaw odmiennego przetwarzania bodźców emocjonalnych poszukuje się w kontekście mechanizmu zmian o charakterze epigenetycznym, szczególnie w zakresie metylacji DNA. Regulacja emocji jest związana z aktywnością złożonej sieci neuronalnej obejmującej struktury korowe (głównie kora przedczołowa) i podkorowe mózgu (m.in. hipokamp i ciało migdałowate). Wykazuje się, że występowanie negatywnych zdarzeń w dzieciństwie jest związane z odmienną aktywnością neuronalną podczas wykonywania zadań wymagających regulacji emocji. Celem badania jest ocena zależności między ekspozycją na stresujące wydarzenia w dzieciństwie a zmianami epigenetycznymi oraz aktywnością mózgową związaną z regulacją emocji. Do pomiaru częstości występowania negatywnych zdarzeń w dzieciństwie posłuży Early Life Stress Questionnaire (ELSQ). Zrealizowano pierwszy etap badań obejmujący polską adaptację tego narzędzia. Zmiany epigenetyczne zostaną określone poprzez pomiar poziomu metylacji DNA z krwi obwodowej, natomiast aktywność mózgowa zostanie zbadana funkcjonalnym rezonansem magnetycznym. Podjęta zostanie próba wyjaśnienia mechanizmu regulacji emocji w grupie osób zdrowych w kontekście badań epigenetycznych, podstaw neuronalnych i występowania negatywnych zdarzeń w dzieciństwie. Ze względu na to, że doświadczanie negatywnych zdarzeń w dzieciństwie związane jest ze zwiększonym ryzykiem występowania objawów psychopatologicznych, rezultaty niniejszej pracy mogą być pomocne w zrozumieniu etiopatogenezy zaburzeń psychicznych.

Cynk w chorobie afektywnej jedno- i dwubiegunowej

Krzysztof Styczeń[1], Marcin Siwek[1], Magdalena Sowa-Kućma[2], Dominika Dudek[1], Paulina Misztak[2], Bernadeta Szewczyk[2], Gabriel Nowak[2], Janusz Rybakowski[3]

[1]Zakład Zaburzeń Afektywnych, Katedra Psychiatrii UJ CM, Kraków

[2]Zakład Neurobiologii, Instytut Farmakologii PAN, Kraków

[3]Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny, Poznań

Liczne doniesienia medyczne wskazują na istotną rolę cynku w patofizjologii zaburzeń afektywnych. Jednak w przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD) istnieje niewielka liczba badań potwierdzająca tą tezę, a badania przeprowadzone na grupie pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową (CHAJ) pozostają niejednoznaczne. Jednak w przypadku wielu badań wskazuje się na występowanie obniżonego poziomu cynku w epizodach depresyjnych zarówno w CHAD jak i CHAJ. W przeprowadzonym przez nas badaniu na dwóch grupach pacjentów, obejmującym 129 pacjentów z diagnozą CHAD, 114 pacjentów z diagnozą CHAJ oraz 50 zdrowych ochotników, poziom cynku u pacjentów z CHAD typu I w epizodzie depresyjnym był istotnie niższy niż u zdrowych ochotników i w epizodzie maniakalnym. Podobną zależność wykazano w grupie chorych z CHAJ, gdzie poziom cynku w depresji okazał się istotnie niższy niż u zdrowych ochotników. W przeprowadzonej analizie wyników grupy pacjentów z CHAD typu II nie wykazano istotnych różnić w stężeniu tego jonu pomiędzy badanymi podgrupami. Biorąc pod uwagę stopień zaawansowania CHAD (tzw. staging wg. kryteriów Kapczyńskiego i wsp.) w całej grupie pacjentów, osoby w depresji w późniejszym stadium choroby mieli niższe stężenia cynku niż osoby w remisji, zdrowi ochotnicy i pacjenci we wcześniejszych fazach CHAD. W CHAD nie wykazano zależności pomiędzy stężeniem cynku a ciężkością epizodów maniakalnych/ hipomaniakalnych czy typem epizodu depresyjnego, jednak w przypadku liczby epizodów maniakalnych/hipomaniakalnych w ostatnim roku choroby wykazano pozytywną korelację ze stężeniem cynku. Natomiast w grupie pacjentów z diagnozą CHAJ nie wykazano różnic w poziomie cynku między pacjentami w remisji a zdrowymi ochotnikami. Istotna różnica w stężeniu cynku występowała jedynie pomiędzy grupą pacjentów z i bez występującej lekooporności.

Uzyskane przez nas wyniki wskazują, że obniżony poziom cynku jest cechą charakterystyczną występującą zarówno w epizodzie depresyjnym w przebiegu CHAD typu I, jak i CHAJ. Dodatkowo zmniejszone stężenie tego jonu może występować w epizodach depresyjnych w zaawansowanej fazie CHAD.

Personalized medicine with omega-3 fatty acids for depression: clinical and biological aspects

Kuan-Pin Su

Department of Psychiatry & Mind-Body Interface Laboratory (MBI-Lab), China Medical University Hospital;Graduate Institute of Neural and Cognitive Sciences, China Medical University, Taichung

Omega-3 polyunsaturated fatty acids (PUFAs),including eicosapentaenoic acid (EPA) and docosahexaenoic acid (DHA), have a range of neurobiological activities to contribute to its potential antidepressant effects, which have been supported by recent well-conducted randomized-controlled trials (RCT). Based on the evidence that some MDD patients have increased inflammatory markers, and data suggesting that increasing omega-3 PUFA intake shifts eicosanoid metabolism toward production of anti-inflammatory substances, employing biomarkers of inflammation indeed facilitated identification of a more homogeneous cohort of subjects with MDD who would respond better to omega-3 PUFA antidepressant treatment. Pharmacotherapy for MDD in pregnant women and children is still a clinical dilemma. Omega-3 PUFAs are import_ant nutrients for pregnant women and young brains and have been found to improve depressive symptoms in both populations. Omega-3 PUFAs are well tolerated and accepted by general populations for their positive health effects. Thus, more research on stratifying depression is needed to justify the clinical application of omega-3 PUFAs as one of the first-line antidepressant treatments in specific populations of MDD.

Depresja jako determinanta diety (projekt europejski DEDIPAC KH); dieta i insulinooporność a przebieg CHAD

Aleksandra Suwalska

Pracownia Neuropsychobiologii, Katedra Psychiatrii, Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Poznań

Znaczenie diety dla zdrowia somatycznego jest oczywiste, podkreśla się związek diety z ryzykiem wielu chorób jak cukrzyca typu 2, udar, choroby układu krążenia, niektóre nowotwory. W celu promocji zdrowego stylu życia, w ramach JPI "A Healthy Diet for a Healthy Life" - JPI HDHL powstała pilotażowa inicjatywa DEDIPAC Centrum Wiedzy (DEDIPAC - the Knowledge Hub on the DEterminants of DIet and Physical Activity Choice). DEDIPAC KH stanowi naukową sieć zespołów badawczych pochodzących z 12 krajów europejskich powstałą celem poprawy stanu zdrowia obywateli przez zwiększenie ich motywacji i zdolności do prowadzenia zdrowego stylu życia. W projekcie DEDIPAC uczestniczy zespół naukowców z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. W ramach prac ekspertów DEDIPAC ustalane są determinanty zachowań żywieniowych, przedmiotem jest szereg grup czynników – m.in. czynność narządów zmysłów, sprawność poznawcza, sprawność fizyczna, czynniki społeczno-kulturowe

itd. Ważne miejsce wśród determinant zajmuje nastrój i jego zaburzenia.

Związek depresji i diety jest złożony, depresja stanowi determinantę diety, ale równocześnie dieta wywiera wpływ na występowanie depresji. Niektórzy badacze uważają depresję za chorobę dietozależną. Wyniki metaanaliz wskazują na protekcyjny wpływ diety środziemnomorskiej; znaczne spożycie owoców, warzyw, ryb i produktów z pełnego ziarna wiąże się z redukcją ryzyka zachorowania na depresję. Wyniki systematycznego przeglądu badań randomizowanych wskazują na skuteczność interwencji dietetycznych w zakresie zmniejszenia nasilenia depresji. W ostatnich latach pojawiają się również doniesienia na temat diety w chorobie afektywnej dwubiegunowej (CHAD), pacjenci często mają niezdrowy wzorzec diety, co może przyczyniać się do pogorszenia przebiegu choroby. Choroba afektywna dwubiegunowa (CHAD) związana jest ze znaczną współchorobowością obejmującą otyłość, cukrzycę typu 2 (DM2) oraz insulinooporność (IR), z kolei obecność chorób współistniejących wiąże się z bardziej chronicznym przebiegiem CHAD, lekoopornością i koniecznością zwiększonej opieki medycznej. Wczesne rozpoznanie i leczenie cukrzycy typu 2 lub insulinooporności u pacjentów z CHAD może przyczynić się do poprawy wyników terapii zaburzeń nastroju.

Jak bakterie wpływają na nasz nastrój i samopoczucie? Oś jelitowo-mózgowa

Patrycja Szachta
VitaImmun, Poznań

Mikrobiota jelitowa odgrywa niezwykle istotną rolę w utrzymaniu zdrowia. Bakterie jelitowe, wytwarzające szereg metabolitów, bezpośrednio wpływają na funkcjonowanie mózgu drogą osi jelitowo – mózgowej. Jest to dwukierunkowa sieć łącząca jelita i bytującą w nich mikroflorę jelitową z ośrodkowym układem nerwowym. To właśnie opisywany ekosystem jelitowy wpływa bezpośrednio na poziom cytokin prozapalnych, na produkcję neuromediatorów, wytwarzając jednocześnie szereg substancji uszczelniających barierę jelitową. Zaburzenie mikroflory jelitowej jest więc dyskutowane jako możliwy czynnik przyczynowy rozwoju zaburzeń neuropsychiatrycznych. Wykazano, że odpowiednio dobrane szczepy probiotyczne (tzw. psychobiotyki) istotnie wpływają na poprawę nastroju i zachowania pacjenta. Z tego względu ocena mikrobioty jelitowej i odpowiednio dobrana probiotykoterapia stać się może przyszłościowo wartościowym uzupełnieniem terapii u pacjenta z zaburzeniami neuropsychiatrycznymi.

Zaburzenia urojeniowe u osób po ciężkich uszkodzeniach mózgu - neuropsychologiczna diagnostyka i terapia

Leonard Szafraniec
Szpital im. WAM, Łódź

Obraz kliniczny osób po ciężkich uszkodzeniach mózgu (pourazowych, poudarowych, po zatruciach) jest bardzo zróżnicowany. Do czynników komplikujących obraz zaburzeń zalicza się: pourazową amnezję, deprywację sensoryczną mogącą powstać na skutek utraty czucia w niektórych częściach ciała, objawy psychotyczne mogące występować po wybudzeniu. Często także długotrwała śpiączka powoduje dezintegrację własnego "ja", gdyż przerwana jest ciągłość doświadczania własnego życia. Chory nie jest w stanie krytycznie ocenić swojej sytuacji i zaistniałych zmian w funkcjonowaniu przez długi okres po odzyskaniu przytomności, także z powodu powstałych po uszkodzeniu mózgu zaburzeń poznawczych. Jest przekonany, że np. powinien spotkać się z rodzicami, którzy nie żyją od kilku lat czy zgłosić się do jednostki wojskowej na ćwiczenia rezerwy, chociaż nie ma takiego ustawowego obowiązku. W takiej sytuacji trudno jest zróżnicować czy mamy do czynienia z zaburzeniami treści myślenia (urojeniami), konfabulacjami czy zaburzeniami zachowania.

Przedstawię studium przypadku 2 osób z uszkodzeniami mózgu (po urazie głowy w wypadku komunikacyjnym i po krwawieniu podpajęczynókowym) i rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych leczonych początkowo farmakologicznie a następnie poddanych terapii neuropsychologicznej.

Pierwotne zbieractwo

Tomasz Szafrański
CTP Neurosphera, Warszawa

Pierwotne zbieractwo (Hoarding Disorder) jest zdefiniowane jako uporczywy problem z wyrzucaniem, pozbywaniem się pewnych przedmiotów, niezależenie od wartości, która może być im przypisana przez innych. Zachowanie to prowadzi zwykle do szkód emocjonalnych, fizycznych, społecznych, finansowych i prawnych zarówno dla pacjenta jak i członków jego rodziny. Podłożem zbieractwa wydają się deficyty w przetwarzaniu informacji, problemy z organizacją, dysfunkcjonalne przekonania dotyczące posiadanych rzeczy i nadmierne emocjonalne przywiązanie. W 2013 roku wraz z wydaniem nowej edycji amerykańskiej klasyfikacji DSM-5 zbieractwo zyskało status oddzielnego rozpoznania. W prezentacji zostaną omówione kryteria rozpoznawania, podobieństwa i różnice pomiędzy zbieractwem i nałogami behawioralnymi, zasady leczenia.

Leczenie zaburzeń lękowych z ADHD w tle u osób dorosłych

Monika Szaniawska
Szpital Wolski i Poradnia Poza Schematami, Warszawa

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD, zaburzenie hiperkinetyczne) jest jednym z najczęściej rozpoznawanych zaburzeń psychologicznych (psychiatrycznych) okresu dziecięcego, i jak pokazały badania ostatnich lat, jest także zaburzeniem utrzymującym się w dorosłym życiu. W populacji osób dorosłych rozpowszechnienie ADHD szacuje się na około 3 - 5 %.

Utrzymywanie się przez całe życie problemów z koncentracją, nadruchliwością i nadmierną impulsywnością powoduje uogólnione i znaczne upośledzenie funkcjonowania zawodowego, edukacyjnego, neuropsychologicznego i społecznego. W przypadku dorosłych z ADHD, współzachorowalność jest raczej regułą niż wyjątkiem - w grupie dorosłych osób z ADHD częściej występują zaburzenia psychiatryczne – w tym zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju czy osobowości. Szacuje się, że średnio pacjenci z ADHD mają 3 zaburzenia współwystępujące (Biederman, Faraone, Spencer, Wilents, i in., 1993) ale też w drugą stronę, obecność przynajmniej trzech zaburzeń u danej osoby sprawia, że wzrasta szansa współwystępowania ADHD 8,3 razy częściej niż przeciętnie w populacji(Kessler, 2007). Na zlecenie WHO przeprowadzono sondażowe badanie epidemiologiczne na próbie 11 422 respondentów. Na podstawie tego badania stwierdzono, że dorośli z ADHD 4 –krotnie częściej cierpieli na zaburzenia lękowe, 3,9 razy częściej na zaburzenia nastroju i 7,2 razy częściej można było rozpoznać u nich 3 i więcej zaburzenia psy-

chiczne w porównaniu z osobami, u których nie zdiagnozowano ADHD (Fayyad, de Graaf, Kessler, i in., 2007).

Najczęściej u dorosłych razem z ADHD współwystępują zaburzenia lękowe – 25 – 40 % (Kooij, 2013; Biederman, i in., 2002; Biederman, Newcorn i Sprich, 1991; Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer i Van Brunt, 2007; Abikoff i in., 2005). Najczęściej współwystępujące zaburzenia lękowe z ADHD to zaburzenie lękowe uogólnione, ataki paniki, PTSD i fobia społeczna (Van Ameringen, Mancini, Simpson, Patterson, 2011). Z drugiej strony z badań epidemiologicznych wynika, że 17% osób cierpiących na zaburzenia lękowe również spełnia kryteria diagnostyczne ADHD w populacji ogólnej i od 20 do 33% osób z jakimkolwiek zaburzeniem lękowym ma również ADHD w populacji klinicznej (Van Ameringen, Mancini, Simpson, Patterson, 2011; Kessler, 2007a; Busko, 2008; Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer, Van Brunt, 2007; Szaniawska, 2015).

W Polsce raczej nie uwzględnia się objawów ADHD w diagnostyce różnicowej osób dorosłych zgłaszających się po pomoc psychiatryczną/psychologiczną, co w konsekwencji skutkuje tym, że u osób dorosłych z ADHD rozpoznawane są jedynie inne zaburzenia, w tym zaburzenia afektywne, lękowe i osobowości, co może wpływać na skuteczność prowadzonej terapii.

Badania, także moje własne, pokazują, że leczenie samych zaburzeń lękowych bez leczenia ADHD daje poprawę w leczeniu lęku, ale nie daje poprawy w postrzeganej przez pacjenta jakości życia. Warto zauważyć, że poprawa na polu zaburzeń współwystępujących takich jak depresja, lęk jest niewystarczająca do tego, aby odczuć lub uwierzyć w poprawę jakości swojego życia – mimo, iż pacjenci po terapii są mniej smutni i mniej lękowi, to satysfakcja z życia, zadowolenie z własnych osiągnięć ale także poczucie, że można lepiej radzić sobie z przeciwnościami w życiu nie zmienia się. Najprawdopodobniej dlatego, że ich pierwotny problem, jakim są od dzieciństwa trudności z koncentracją, impulsywność i inne objawy ADHD, nie zmienił się.

Osoby z ADHD często rozpoczynają i kończą terapię zaburzeń lękowych z przewlekłym poczuciem porażki, wynikającym z faktu, że zmniejszenie objawów nie wiąże się wprost z poprawą jakości życia. Dorośli pacjenci z ADHD doświadczają braku zgodności między własnymi osiągnięciami a potencjałem, oraz mają przekonanie, że muszą pracować znacznie ciężej niż inni, by osiągnąć takie same rezultaty (Ramsay i Rostain 2005). Często wykształcają styl radzenia sobie polegający na reagowaniu na trudne sytuacje unikaniem lub prokrastynacją, w nadziei, że problemy znikną lub same się rozwiążą. Przez udział w terapii może to się dla nich stać bardziej widoczne, skutkując większą świadomością powagi własnych problemów i żalem z powodu utraconych możliwości. Dlatego podejmując terapię z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia lękowe z ADHD w tle, bardzo ważne jest, żeby terapeuta cały czas zdawał sobie sprawę z ich trudności w obrębie poczucia własnej wartości i objawów takich jak trudności w koncentracji uwagi, planowaniu i kontrolowaniu swojego zachowania. Aby zwiększyć poczucie własnej skuteczności czy zadowolenie z życia oprócz leczenia lęku konieczne jest równoległe leczenie objawów ADHD u osób dorosłych. W wystąpieniu zostaną omówione także wskazówki kliniczne dla tej grupy pacjentów.

Badania genów osi stresu w zaburzeniach nastroju

Aleksandra Szczepankiewicz[1], Anna Leszczyńska-Rodziewicz[1], Beata Narożna[1], Joanna Pawlak[1], Monika Wiłkość[2], Monika Dmitrzak-Węglarz[1], Joanna Twarowska-Hauser[1]

[1]Uniwersytet Medyczny, Poznań

[2]Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

Wstęp: W przebiegu klinicznym choroby afektywnej jedno- i dwubiegunowej obserwuje się nadmierną aktywność osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (PPN), związaną fizjologicznie z prawidłową neuroendokrynną odpowiedzią organizmu na stres. Nieprawidłowa odpowiedź na bodźce stresowe jest przyczyną objawów obserwowanych w zaburzeniach nastroju. Hipotezę badawczą stanowiło założenie, że warianty genów bezpośrednio związane z regulacją osi stresu oraz wrażliwością i biodostępnością receptora glikokortykoidowego dla kortyzolu mogą modyfikować ryzyko rozwoju depresji oraz choroby afektywnej dwubiegunowej. Celem projektu była analiza związku między polimorfizmami genów związanych z osią stresu a podatnością na depresję i chorobę afektywną dwubiegunową.

Materiały i metody: Badaniem objęto pacjentów z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej (n=490) i jednobiegunowej (n=208) oraz grupę kontrolną (n=546). Oznaczenie polimorfizmów w genach NR3C1, CRHR1, AVPRB1, FKBP5, FKBP4, STIP1, BAG1, SRSF5 zostało wykonane za pomocą sond TaqMan z użyciem aparatu do detekcji kwasów nukleinowych w czasie rzeczywistym. Analizę statystyczną przeprowadzono przy pomocy pakietu Statistica. Analizę nierównowagi sprzężeń z uwzględnieniem haplotypów przeprowadzono z użyciem Haploview, a analizę interakcji z użyciem aplikacji MDR.

Wyniki: Dla depresji zaobserwowano związek 3 polimorfizmów genu NR3C1, 5 polimorfizmów genu FKBP5, 2 polimorfizmów genu STIP1 i jednego polimorfizmu genu SRSF5 z chorobą. W przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej zaobserwowano związek z polimorfizmem w genie BAG1. Analiza nierównowagi sprzężeń polimorfizmów FKBP5 wykazała istnienie silnego sprzężenia analizowanych polimorfizmów oraz istnienie dwóch haplotypów zwiększających ryzyko depresji. W analizie interakcji wykazano, że kombinacje określonych polimorfizmów genu FKBP5 (rs9470080) i NR3C1 (rs6198) (p=0,03) oraz polimorfizmów genów AVPR1b i CRHR1 (p=0,017) są silnym predyktorem zwiększonego ryzyka choroby afektywnej jednobiegunowej.

Wnioski: Uzyskane wyniki wskazują na istotną rolę polimorfizmu genów związanych z regulacją osi stresu i biodostępnością receptora glikokortykoidowego w podatności na depresję oraz, w mniejszym stopniu, na chorobę afektywną dwubiegunową.

Nadal razem czy osobno? Wpływ zdarzeń wojennych o charakterze traumatycznym i objawów zespołu stresu pourazowego na relację małżeńską polskich weteranów

Sylwia Szymańska

Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

Udział Polskich żołnierzy w misjach wojennych poza granicami kraju formalnie się zakończył, należy więc podsumowywać jaki miały one wpływ na życie psychiczne weterana. O zespole stresu pourazowego (PTSD), do którego dochodzi w wyniku działań bojowych, powiedziano już wiele. Przedstawione badanie wychodzi poza spektrum objawów PTSD, skierowując uwagę w kierunku rodzin weteranów, zastanawiając się nad tym, jaki wpływ na

relację małżeńską miał udział w misjach wojennych i historie zdarzeń traumatycznych oraz wynikające z tego objawy PTSD. Z jakimi symptomami PTSD rodziny polskich weteranów radzą sobie najtrudniej i dlaczego. Poprzez Teorię Powrotu do Domu zostanie przedstawione, że trudności adaptacyjne żołnierza wracającego z wojny do domu i do swoich bliskich, w ponownym odnalezieniu się do wspólnego życia w małżeństwie, dotykają każdą ze stron. Badaniami objęto grupę 30 weteranów misji wojen w Iraku i Afganistanie, oraz ich 30 małżonek. Do badań zastosowano skonstruowaną przez KPSBiP „Ankietę Zachowań Rodzinnych" zawierającą kluczowe pytania, wynikające z dziesięciu lat pracy terapeutycznej zespołu KPSBiP z weteranami misji wojennych, poruszające tematykę wpływu udziału w misjach wojennych na relację małżeńską.

Wyniki badań wskazują na to, że zarówno weterani misji wojennych jak i żony/partnerki życiowe zgodnie twierdzą, że udział w wojnie wpłynął negatywnie na relację małżeńską. Zgłaszają oni poczucie oddalenia emocjonalnego od siebie i mniejszego zaangażowania w życie rodzinne. Zmieniła się również komunikacja między nimi, jej rodzaj i jakość. Rodziny weteranów najtrudniej sobie radzą z objawami drażliwości, impulsywności i agresywnymi zachowaniami, które wpływają negatywnie na relację małżeńską i rodzicielską. Większość badanych weteranów nie ujawniła swoim partnerkom życiowym historii swoich doświadczeń misyjnych o charakterze traumatycznym. Obawiali się oni braku zrozumienia dla swoich przeżyć, osądu ich decyzji. Część z weteranów milczy, chcąc w ten sposób ochronić swoje najbliższe osoby przed bagażem ich doświadczeń bojowych. Zdecydowana większość partnerek życiowych weteranów deklaruje otwartość na poznanie historii zdarzeń misyjnych swoich mężów. Czują jednak obawy przed poznaniem historii zdarzeń traumatycznych, w których usłyszałyby o swoim mężu w perspektywie bycia ofiarą i/lub sprawcą tych zdarzeń. Partnerki boją się, że nie poradziłyby sobie z tym emocjonalnie i że wpłynęłoby to negatywnie na ich poczucie bliskości w małżeństwie.

Czy mnie słyszysz? Ekspozycja na stres bojowy a komunikacja w rodzinach polskich weteranów

Sylwia Szyszko-Ginalska[1], Sylwia Szymańska[2]
[1]Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii, Wojskowy Instytut Medyczny,, Warszawa
[2]Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

Żołnierze pełniący służbę w misjach pokojowych i wojennych narażeni są na szczególne ryzyko zawodowe, które w konsekwencji może wpływać na zmiany w ich funkcjonowaniu małżeńskim i rodzinnym. Wyniki badań zarówno polskich jak i zagranicznych wskazują na możliwość występowania u narażonych na doświadczanie stresu bojowego weteranów rozległych i nasilonych problemów w: dostosowaniu się do życia rodzinnego oraz w pełnieniu ról rodzicielskich po powrocie z misji (Wick i Nelson Goff, 2014) . W szczególności wskazuje się na możliwość występowania u weteranów tendencji do wycofywania się z życia rodzinnego i trudności w komunikacji małżeńskiej, a także ujawniających się na skutek doświadczanego stresu dysfunkcji w funkcjonowaniu psychicznym partnerek weteranów (Burgh i in., 2011). Ponadto doświadczanie przez weteranów objawów z obszaru PTSD w związku z ekspozycją na stres bojowy może wiązać się z możliwością ujawniania zachowań unikających lub agresywnych wpływających destabilizująco na relacje partnerskie i rodzinne (Swan i Scott, 2009).

Celem niniejszej prezentacji jest próba analizy funkcjonowania rodzin polskich weteranów, którzy pełnili służbę poza granicami kraju. Szczególną uwagę zwrócono na porównanie spójności i elastyczności rozumianych jako więź emocjonalna między członkami rodziny oraz zdolność systemu rodzinnego do zmiany wzajemnych ról i stosunków, w relacjach partnerskich weteranów w odniesieniu do rodzin wojskowych nie biorących udziału w misjach pokojowych. Dokonano także porównania jakości komunikacji w relacjach partnerskich weteranów po powrocie z misji i żołnierzy nie będących na misjach. Ponadto sprawdzono, czy deklarowane przez weteranów występowanie objawów z obszaru PTSD może wpływać na spójność, elastyczność i komunikację w ich związkach partnerskich. Przebadano 30 weteranów i ich partnerki oraz żołnierzy nie biorących udziału w misjach pokojowych i ich partnerki.

Zastosowano kwestionariusze mierzące spójność, elastyczność oraz komunikację w rodzinie: Skalę Oceny Rodziny (Margasiński, 2013), Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej (Kazimierczak i Plopa, 2008) oraz stworzoną na potrzeby badania Ankietę Sytuacji Rodzinnych mającą na celu ocenę deklarowanych przez badanych i ich partnerki trudności w komunikacji partnerskiej. Do pomiaru nasilenia objawów PTSD wykorzystano: PTSD-Interview (Watson i in., 1991) oraz Skalę Narażenia Bojowego (CES) (Keane i in., 1989).

Weryfikacji poddano następujące założenia: w rodzinach weteranów poziom elastyczności i spójności jest niższy niż w rodzinach żołnierzy nienarażonych na ekspozycję na stres bojowy. Doświadczany stres bojowy wiąże się z występowaniem trudności w komunikacji małżeńskiej po powrocie z misji. Objawy z wiązki unikania i pobudzenia najsilniej wpływają na komunikację małżeńską oraz elastyczność i spójność w rodzinie.

Światło, które leczy przez cały rok

Łukasz Święcicki
II Klinika Psychiatryczna IPiN, Warszawa

Leczenie światłem (fototerapia) to uznana metoda postępowania leczniczego w terapii sezonowych zaburzeń nastroju (depresji zimowej). Podejmowano również próby stosowania fototerapii w leczeniu innych, niesezonowych, postaci zaburzeń depresyjnych. Liczba poprawnych metodologicznie badań dotyczących skuteczności fototerapii w tej grupie chorych jest bardzo niewielka. W trakcie wykładu zostaną przedstawione dane zebrane w wyniku badania przeprowadzonego w II Klinice Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. W badaniu wzięli udział pacjenci obojga płci z rozpoznaniem depresji opornej na leczenie w przebieogu choroby afektywnej dwubiegunowej i jednobiegunowej. U pacjentów nie stwierdzano cech sezonowości. Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem podwójnie ślepej próby i grupy kontrolnej placebo. Jako placebo posłużyło nieaktywne urządzenie imitujące generator jonów ujemnych. Czas leczenia wynosił dwa tygodnie. W tym czasie pacjenci otrzymywali dotychczas przyjmowane leki. Wyniki badania wskazują, że leczenie światłem jest istotnie skuteczniejsze niż oddziaływanie placebo. Działanie światła jest silniejsze w grupie osób z większym nasileniem depresji.

Funkcje poznawcze w chorobach psychicznych

Monika Talarowska
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Łódź

Depresyjny styl poznawczy (negatywna ocena przeszłości, teraźniejszości i przyszłości) w dużej mierze wpływa na jakość interakcji społecznych. Długotrwale utrzymujący się negatywny afekt oraz zmniejszenie zdolności do rozpoznawania i przeżywania emocji pozytywnych utrudniają nawiązywanie i podtrzymywanie relacji z innymi.

We właściwy przebieg interakcji społecznych zaangażowane są także procesy pamięciowe, w tym pamięć autobiograficzna.

Prezentowany wykład będzie poświęcony analizie umiejętności związanych z emocjonalną percepcją twarzy u chorych z rozpoznaniem depresji, schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej (tzw. facial emotion perception, FEP). Prezentowane wystąpienie będzie również próbą przybliżenia wzajemnych związków pomiędzy emocjami, pamięcią i poznaniem społecznym wśród chorych z różnych grup zaburzeń psychicznych.

Zadanie rotacji mentalnych w chorobie afektywnej dwubiegunowej

Anna Tereszko[1], Adrian Chrobak[1], Szymon Jeziorko[1], Aleksandra Arciszewska[2], Marcin Siwek[2], Dominika Dudek[3]

[1]Koło Naukowe Chorób Afektywnych UJCM, Kraków
[2]Zakład Chorób Afektywnych UJCM, Kraków
[3]Zakład Chorób Afektywnych, Kraków

Wstęp: Choroba afektywna dwubiegunową (ChAD) cechuje się deficytem w zakresie wielu funkcji poznawczych i motorycznych. Obecnie rośnie liczba danych dotyczących przetwarzania wzrokowo-przestrzennego i pamięci wzrokowo-przestrzennej, jednakże nie opublikowano dotąd żadnych danych na temat zadania rotacji mentalnych u pacjentów z ChAD. Naszym celem jest ocena przetwarzania wzrokowo-przestrzennego z wykorzystaniem paradygmatu rotacji mentalnych.

Metody: W badaniu wzięło udział 31 pacjentów z ChAD i 27 zdrowych ochotników dobranych pod względem wieku i lat edukacji. Wszyscy uczestnicy wykonali komputerową wersję zadania rotacji mentalnych, w którym uczestnicy mieli za zadanie porównać dwie figury geometryczne obrócone względem siebie i oceniać ich podobieństwa względem siebie.

Wyniki: Czas reakcji były istotnie dłuższy w grupie pacjentów, gdy obrazy były obrócone względem siebie o kąt -90, -45, 0, 45 i 90 stopni. Nie było istotnych różnic w warunkach -135, 135 lub 180 stopni. Wskaźnik poprawności był znacząco niższy w grupie pacjentów w porównaniu z grupą kontrolną dla całego testu oraz we wszystkich warunkach analizowanych oddzielnie. Korelacja między średnim czasem reakcji i stopień dokładności był nieistotna.

Wnioski: Nasze wyniki są zgodne z dostępnymi badaniami na temat przetwarzania wzrokowo-przestrzennego u pacjentów z ChAD, gdzie pacjenci wykazują mniejszą poprawność wykonania od osób zdrowych. W niniejszym opracowaniu przedstawiamy po raz pierwszy, że deficyty w zakresie tych funkcji w paradygmacie rotacji mentalnych są obecne również w eutymii u pacjentów z ChAD.

Ogólna charakterystyka homocysteiny i jej znaczenie w psychiatrii

Beata Trześniowska-Drukała, Jerzy Samochowiec
Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin

WPROWADZENIE: Istnieją dowody naukowe, które wykazują związek pomiędzy podwyższonym poziomem homocysteiny w osoczu krwi a schizofrenią. Przyjmując taki związek, interesującym zagadnieniem wydaje się dodanie do standardowego leczenia neuroleptykami terapii obniżającej poziom homocysteiny poprzez zastosowanie suplementacji witamin B12 i B6 oraz kwasu foliowego u pacjentów ze schizofrenią z podwyższonym poziomem homocysteiny. Skuteczność takiego postępowania może być mierzona poziomem homocysteiny we krwi, którego obniżenie powinno przełożyć się na poprawę funkcjonowania poznawczego, mierzonego testami neuropsychologicznymi.

CEL PRACY: Celem pracy jest ocena częstości występowania zjawiska hiperhomocysteinemii wśród pacjentów ze schizofrenią, hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, porównanie wyników testów kognitywnych, uzyskiwanych przez pacjentów ze schizofrenią w zależności od poziomu homocysteiny w osoczu krwi oraz ocena skuteczności zastosowania suplementacji witamin B6, B12 oraz kwasu foliowego w celu obniżenia poziomu homocysteiny do wartości prawidłowych i poprawy funkcji poznawczych u pacjentów, u których stwierdzono podwyższony poziom homocysteiny.

MATERIAŁ I METODY: W powadzonych badaniach planuje się włączenie ok. 100 pacjentów chorych na schizofrenię, leczonych w Oddziale Dziennym Kliniki Psychiatrii PUM. U chorych zostanie zbadany poziom homocysteiny w osoczu krwi żylnej na czczo. Nasilenie objawów psychopatologicznych będzie ocenione przy pomocy skali PANSS. Ocena funkcji kognitywnych zostanie przeprowadzona przy użyciu testu Stroopa i TMT. U pacjentów ze stwierdzoną hiperhomocysteinemią, którzy będą kontynuować terapię w Oddziale Dziennym, po uzyskaniu świadomej zgody zostanie wdrożona codzienna doustna suplementacja witamin B6, B12 oraz kwasu foliowego przez co najmniej 8 tygodni Po tym czasie pacjenci zostaną ponownie zbadani przy pomocy skali PANSS oraz testu Stroopa i TMT. Uzyskane wyniki zostaną poddane analizie statystycznej.

WSTĘPNE WYNIKI I WNIOSKI: Wstępne wyniki mogą wskazywać na podwyższoną częstość występowania hiperhomocysteinemii wśród pacjentów chorujących na schizofrenię oraz skuteczność suplementacji witamin z grupy B w celu obniżenia poziomu homocysteiny do wartości prawidłowych.

Konieczna jest dalsza kontynuacja badań oraz przeprowadzenie szczegółowych analiz statystycznych w celu oceny wpływu normalizacji poziomu homocysteiny na wybrane funkcje poznawcze u badanych osób.

Postępowanie terapeutyczne u osób z Zespołem Przewlekłego Zmęczenia

Malwina Tudorowska
Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy, Bydgoszcz

Referat podejmuje problematykę niefarmakologicznej formy leczenia Zespołu Przewlekłego Zmęczenia (Chronic Fatigue Syndrom, CFS) jaką jest terapia poznawczo-behawioralna (cognitive-behavioral therapy, CBT). CFS charakteryzuje się nieuzasadnionym poczuciem stałego lub nawracającego uczucia zmęczenia (zarówno fizycznego, jak i psychicznego) trwającym przez co najmniej 6 miesięcy. Uczucie to nie ustępuje po odpoczynku i znacząco wpływa na aktywność zawodową, społeczną i osobistą chorego. Przyjmuje się, że na świecie jest 17 mln chorych na Zespół Przewlekłego Zmęczenia, stanowiąc poważne zagrożenie dla populacji.

Terapia poznawczo-behawioralna jest oparta o szczegółową analizę nastawienia chorego i jego przekonań dotyczących choroby, jak również modulowania jego zachowania w procesie choroby. Zawiera elementy prostej symulacji, by ustabilizować aktywność chorego, stopniowo doprowadzać do jej wzrostu oraz koncentruje się na identyfikacji i analizie przekonań, obaw dotyczących objawów CFS i funkcjonowania. To z kolei ma przyczynić się do

bardziej efektywnego funkcjonowania chorego, ustrukturyzowania jego codziennej aktywności i redukcji zmęczenia.

Istotą CBT jest więc pomoc uczestnikowi w zmianie znaczenia jakie nadaje chorobie, powiązanego z tym lęku, koncentracji na objawach oraz unikaniu podejmowania aktywności. Ponadto uczestnicy są zachęcani, by postrzegać swoje symptomy, trudności jako stan przejściowy, odwracalny, a nie jako przejawy głębszej patologii. Takie podejście służy wzmocnieniu poczucia kontroli nad funkcjonowaniem w sytuacji choroby. Szczególną uwagę przywiązuje się do indywidualnego rozumienia przez uczestnika terapii jego choroby i interpretacji objawów, jakie jej towarzyszą. Lęk związany z nasileniem symptomów najczęściej powoduje konsekwentne unikanie aktywności. Przyjęty model terapeutyczny zakłada, że fizjologiczne (zmęczenie), poznawcze (lęk przed angażowaniem się w aktywność) i behawioralne reakcje (unikanie) są ze sobą ściśle powiązane. Zatem poprzez modyfikację jednej z reakcji przewiduje się zmiany w zakresie pozostałych. Przykładowo, zwiększenie aktywności może stopniowo redukować lęk, że działanie będzie powodowało pogorszenie stanu zdrowia. Proces terapeutyczny koncentruje również na pomocy uczestnikom w stawaniu się ekspertami w radzeniu sobie z problemami, tak byli zdolni do utrzymania swoich postępów po zakończonym cyklu terapii.

Neuropsychologicznie i neurobiologiczne odległe skutki bojowego zdarzenia traumatycznego - doniesienie wstępne

Radosław Tworus[1], Sylwia Szymańska[1], Maciej Zbyszewski[1], Ewa Bogusławska-Ziółkowska[1], Piotr Ilnicki[1], Małgorzata Mazur[1], Anna Nycz[1], Mirosław Dziuk[2]

[1]Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii CSK MON WIM, Warszawa

[2]Zakład Medycyny Nuklearnej CSK MON WIM, Warszawa

Badaniami objęto 221 żołnierzy, którzy podczas pełnienia służby w ramach wszystkich 14 zmian Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie uczestniczyli w poważnym zdarzeniu bojowym (ostrzał, najechanie na minę pułapkę itp.) podczas jazdy kołowym transporterem opancerzonym (Rosomak, MRAP – ang. Mine Resistant Ambush Protected). Celem badań było określenie, czy udział w poważnym zdarzeniu bojowym pozostawia następstwa w postaci zmian w badaniach neuropsychologicznych i neurobiologicznych?, jaki jest charakter tych zmian? oraz w jakim czasie po zdarzeniu traumatycznym mogą one nadal występować.

Badania były wykonane w trybie dwudniowej hospitalizacji w Klinice Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii CSK MON WIM w Warszawie. W trakcie hospitalizacji wykonano następujące badania laboratoryjne- morfologia krwi obwodowej z rozmazem, poziom Na, K, Ca, Mg, P, bilirubiny, ASPAT, ALAT, GGTP, mocznika, kreatyniny, glukozy, TSH, FT3, FT4, kortyzolu, ACTH, vit. B12. W grupie 118 osób wykonano badania SPECT mózgu oceniające stan funkcjonalny centralnego układu nerwowego.12 pacjentów nie wyraziło zgody na badanie, a u 92 pacjentów nie wykonano badania z powodu braku znacznika lub niesprawności sprzętu. U wszystkich 221 żołnierzy wykonano badania neuropsychologiczne oceniające funkcjonowanie neuropoznawcze we wszystkich wymienionych poniżej funkcjach poznawczych z adnotacją o zastosowanych do tego narzędziach psychologicznych: 1. Ogólny poziom funkcjonowania poznawczego (tzw. ogólny poziom inteligencji): Wechsler WAIS-R(PL): Słownik; 2. Funkcje wykonawcze: uczenie się i pamięć. Kalifornijski Test Uczenia się Językowego (CVLT) oraz Test Sortowania Kart Wisconsin (WCST); 3. Uwaga i koncentracja: Wiedeński System Testów (Różnicowy Test Spostrzegawczości DAKT, Test Czujności VIGIL, Test Ciągłego Rozpoznawania Wzrokowego FVW), Test Łączenia Kolorów (CTT), Powtarzanie Cyfr Wprost i Wspak z testu Wechsler WAIS-R(PL); 4. Język: Fluencja Słowna oraz Test Rozumienia Pojęć Słownych (VCAT), Słownik i Rozumienie z Wechsler WAIS-R(PL); 5. Funkcje psychomotoryczne (motoryka): Test Łączenia Kolorów, Test Wkładania Kołeczków (Grooved Pegboard Test); 6. Motywacja i wysiłek (czy badany nie symuluje): Test Osobowości EPQ-R Eysencka; 7. Zmienne osobowościowe: lęk, depresja: Kwestionariusz KPD oraz Kwestionariusz Samooceny STAI oraz EPQ-R Eysencka;

Oprócz tego u każdego z weteranów dokonano oceny ich funkcjonowania w obszarze osobowościowo – temperamentalnym, oraz poddano ocenie nasilenie występujących ewentualnych objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) oraz skali narażenia bojowego podczas pobytu na misjach bojowych. Do oceny tych zmiennych zastosowano następujące narzędzia badawcze: Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu FCZ-KT; Kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem CISS; Nasilenie PTSD: PTSD INTERVIEW (PTSD-1) C.G. Watsona. Skala Narażenia Bojowego (Combat Exposure Scale) CES.

Wyniki: Nie stwierdzono istotnych i charakterystycznych odchyleń w parametrach badań laboratoryjnych w badanej grupie pacjentów. Stwierdzono nieprawidłowości w badaniach neuropsychologicznych u 25 % uczestników badania. U 60 % badanych, u których stwierdzono nieprawidłowe wyniki badań neuropsychologicznych stwierdzono również nieprawidłowe wyniki badania SPECT.

Badanie zrealizowano w ramach projektu „AFGAN" finansowanego ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.

Specyfika neuropsychologicznego funkcjonowania pacjentów ze schizofrenią deficytową

Ernest Tyburski[1], Justyna Pełka-Wysiecka[2], Monika Mak[3], Agnieszka Samochowiec[1]

[1]Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprofilaktyki, Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin

[2]Katedra i Klinika Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

[3]Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

Cel: Pomimo, że zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii były szeroko opisywane w literaturze neuropsychologicznej i potwierdzono, że stanowią one grupę objawów psychopatologicznych, to nadal toczy się dyskusja na temat tego, czy różne typy schizofrenii wiążą się ze specyficznymi dysfunkcjami wykonawczymi. Schizofrenia deficytowa została zaproponowana jako typ choroby z dominującymi pierwotnymi i przetrwałymi objawami negatywnymi utrzymującymi się przez cały czas jej trwania. Wcześniejsze badania dostarczyły sprzecznych rezultatów, wskazując z jednej strony na obecność głębokich zaburzeń, a z drugiej niewielkich dysfunkcji u pacjentów ze schizofrenią deficytową w porównaniu z chorymi ze schizofrenią niedeficytową. Celem pracy była charakterystyka neuropsychologiczna wybranych funkcji wykonawczych u pacjentów ze schizofrenią deficytową i niedeficytową. Metoda: Porównano wyniki uzyskane przez 70 pacjentów spełniających kryteria schizofrenii deficytowej, 70 chorych ze schizofrenią bez zespołu deficytowego oraz 70 osób zdrowych neurologicznie i psychicznie. Grupy badanych nie różniły się ze względu na ogólny poziom funkcjonowania poznawczego, wiek, liczbę lat edukacji oraz płeć. Funkcje wykonawcze były mierzone za pomocą baterii testów neuropsychologicznych służących do oceny zdolności przełączania uwagi w zadaniu werbalnym i niewerbalnym oraz hamowania dominującej reakcji werbalnej. Wyniki: Pacjenci

z obu grup klinicznych w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej uzyskali niższe wyniki we wszystkich zastosowanych testach. Ponadto pacjenci deficytowi w porównaniu z chorymi bez deficytu charakteryzowali się niższym wynikiem we wskaźniku absolutnym przełączania uwagi (TMT B-A) w Teście Łączenia Punktów oraz wskaźniku absolutnym interferencji (Czas 2-1) w Teście Nazw i Kolorów Stroopa. Nie wykazano natomiast różnic między grupami klinicznymi w wykonaniu Testu Fluencji Werbalnej. Wnioski: Pacjenci z zespołem deficytowym charakteryzowali się większymi zakłóceniami elastyczności umysłowej w zadaniu niewerbalnym oraz hamowania werbalnej reakcji dominującej. Wymienione deficyty mogą być specyficzne dla tej podgrupy schizofrenii.

Adipocytokiny a powikłania metaboliczne po pierwszym zastosowaniu neuroleptyków atypowych u dzieci i młodzieży

Marta Tyszkiewicz-Nwafor[1], Agnieszka Jarząbek-Cudo[2], Lidia Matuszak-Wojciechowska[1], Agnieszka Słopień[1], Filip Rybakowski[2]
[1]Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UMP, Poznań
[2]Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPIN, Warszawa

Neuroleptyki atypowe są lekami powszechnie stosowanymi w populacji dziecięco--młodzieżowej. Wskazuje się na dużą wrażliwość tej grupy pacjentów na wystąpienie zaburzeń metabolicznych takich jak wzrost masy ciała, zaburzenia gospodarki lipidowej oraz węglowodanowej. Często pojawiają się one już po kilku tygodniach stosowania niewielkich dawek leków a ich obecność istotnie zwiększa ryzyko wystąpienia otyłości brzusznej, cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w przyszłości. Mechanizm powstawania tych powikłań nie jest do końca poznany. Sugeruje się, że może mieć on związek z zaburzeniami produkcji i sekrecji cytokin głównie tych związanych z tkanką tłuszczową. W kilku badaniach dowiedziono, że wśród zdrowych osób stężenia niektórych cytokin mogą być predyktorami wystąpienia powikłań metabolicznych nawet, gdy nie występują u nich inne objawy zaburzeń metabolicznych.

Celem naszego badania była ocena występowania powikłań metabolicznych wśród dzieci i młodzieży po pierwszym zastosowaniu neuroleptyków atypowych. Zrekrutowaliśmy 30 pacjentów, u których przed włączeniem leczenia i po kilku tygodniach jego stosowania zmierzyliśmy BMI, WHR, %zawartości tkanki tłuszczowej i wody oraz dokonaliśmy oznaczeń niezbędnych do oceny stanu gospodarki węglowodanowej i lipidowej. Ponad to poszukując przyczyn wystąpienia zmian parametrów metabolicznych oznaczyliśmy także dwukrotnie poziom wybranych adipocytokin takich jak leptyna, receptor dla leptyny, adiponektyna i rezystyna oraz IL-6 i TNF-α.

Neuroleptyki atypowe są w ostatnich latach coraz powszechniej stosowane poza wskazaniami rejestracyjnym także wśród pacjentów z młodszych grup wiekowych. Wyniki badań wskazują na częste występowanie zaburzeń metabolicznych w populacji dziecięco-młodzieżowej. Ich obecność zwiększa ryzyko wystąpienia takich chorób cywilizacyjnych jak otyłość, cukrzyca czy choroby sercowo-naczyniowe. Niektóre spośród badanych cytokin mogą brać udział w ich patogenezie. Wyjaśnienie mechanizmów ich powstawania może zwiększyć możliwości skutecznego zapobiegania chorobom metabolicznym zarówno w populacji otrzymującej leki przeciwpsychotyczne, jak i w innych grupach osób młodych.

Badanie finansowane ze środków NCN (N N402 468240)

Prodrom w chorobie afektywnej dwubiegunowej

Małgorzata Urban-Kowalczyk
Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych UM w Łodzi, Łódź

Choroba afektywna dwubiegunowa (CHAD) istotnie negatywnie wpływa na zachowanie, funkcjonowanie społeczne i zawodowe oraz ogólny stan zdrowia pacjenta. Niekorzystnym rokowniczo czynnikiem jest zatem wydłużający się czas między wystąpieniem pierwszych objawów a prawidłowym postawieniem rozpoznania oraz podjęciem właściwego leczenia. Podczas gdy objawy prodromalne w schizofrenii oraz kryteria ich rozpoznawania są znane i dokładnie opisane, nadal trwa dyskusja na temat istnienia wystarczająco specyficznych objawów zwiastunowych w CHAD. Nawet 50-67% osób z CHAD typu I relacjonuje występowanie pierwszych objawów choroby przed 18rokiem życia. Obecnie postuluje się, że potencjalnymi cechami prodromalnymi mogą być m.in.. objawy depresyjne i atenuowane objawy maniakalne, cyklotymiczne cechy osobowości, deterioracja funkcjonowania w rolach społecznych, objawy lękowe, spektrum zaburzeń depresyjnych. W okresie adolescencji nieepizodyczna drażliwość i zaburzenia kontroli złości w odpowiedzi na zwykłe bodźce są najprawdopodobniej predyktorem wystąpienia w przyszłości depresji jednobiegunowej, dystymii i zaburzeń lekowych a nie CHAD. Część badań pokazuje, że wielu młodych pacjentów doświadczało stosunkowo długotrwałych, nieostrych objawów prodromalnych przed rozwinięciem pierwszego pełnoobjawowego epizodu maniakalnego. Przyszłe badania powinny dążyć do zdefiniowania markerów ryzyka rozwoju CHAD oraz klinicznych czynników predylekcyjnych. Wczesna interwencja terapeutyczna wiąże się z lepszą odpowiedzią na leczenie, mniejszą liczba nawrotów i możliwością zapobiegania progresji w zaawansowane stadia choroby.

Czy jesteśmy bardziej agresywni?

Jerzy Vetulani

Życie skonstruowane jest w taki sposób, że zawsze dochodzi do rywalizacji o terytorium, energię i możliwości reprodukcji, a zwycięstwo w rywalizacji powoduje skrzywdzenie konkurentów. Agresja to właśnie celowe działanie zmierzające do wyrządzenia szkody przedmiotowi tego działania, i występuje w całym świecie organizmów zdolnych do działań celowych. Ekspresja agresji zależy od agresywności - postawy charakteryzującej się tendencją do aktywnego przełamywania przeciwności przy osiąganiu celu. Ze względu na to, że agresja zwiększa szanse w walce o byt, w toku ewolucji stała się ona działaniem nagradzanym (przynoszącym przyjemność). Ludzie w większości lubią uczestniczyć w aktach agresji, najchętniej jednak biernie. W prymitywnych społeczeństwach zachowania agresywne były istotne w walce o byt. We współczesnym cywilizowanym społeczeństwie skrajne zachowania agresywne straciły walor przystosowawczy i stały się destruktywne. Wrodzone predyspozycje do agresji pozostały i należy dać im ujście w sposób mało szkodliwy. Stąd istotna rola sportów, brutalnych i kontaktowych. Niektóre zachowania agresywne wciąż zachowują walor przystosowawczy. Dotyczy to często polityki, w której widać różne strategie agresywne. Agresja nie zawsze musi się łączyć ze wściekłością - agresja związana z wściekłością to agresja emocjonalna, powodująca rozładowanie napięcia, ale poza nią istotna jest agresja bez wściekłości – z zimną krwią, czyli agresja chłodna, w której chodzi o osiągnięcie zamierzonego celu poprzez działanie zaplanowane racjonalnie, bez względu na przeszkody etyczne. Mimo częstych aktów brutalności i ludobójczej oraz terrorystycznej agresji masowej, wydaje się, że agresja w społeczeństwach maleje wraz z postępem cywiliza-

cyjnym, co można prześledzić na historii kary śmierci i zmianach etyki katów.

Psychoterapia grupowa – lekarstwo o poszerzonym składzie

Zbigniew Wajda
Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Odżywiania "Dąbrówka", Gliwice

Psychoterapia na stałe weszła do repertuaru oddziaływań leczniczych w psychiatrii, a jej przydatność w leczeniu różnego rodzaju zaburzeń i chorób udowodniono szeregiem badań empirycznych. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w 2012 roku opublikowało „Rezolucję o skuteczności psychoterapii", w której formułuje kilka tez opartych o dotychczasową wiedzę. Tak więc wiemy już że: 1) różnorodne badania naukowe dowodzą skuteczności psychoterapii; 2) pacjenci mający zaburzenia depresyjne i lękowe po dość krótkiej psychoterapii całkowicie wracają do zdrowia; 3) koszty psychoterapii są niższe od farmakoterapii; 4) psychoterapia jest ekonomiczną formą leczenia, zmniejsza niesprawność, zachorowalność, śmiertelność, a podwyższa funkcjonowanie zawodowe, redukuje hospitalizację w szpitalach psychiatrycznych i czasem obniża koszty innych usług medycznych i chirurgicznych; 5) psychoterapia zmniejsza ogólne koszty i konsumpcję usług medycznych (American Psychological Association, 2012).

Jedną z form psychoterapii jest psychoterapia grupowa, która zasadniczo rozwinęła się w odpowiedzi na duże zapotrzebowanie leczenia psychiatrycznego w czasie, i po drugiej wojnie światowej. W tamtym okresie dziejów wiele osób potrzebowało pomocy terapeuty, zgłaszając się z różnymi problemami o podłożu psychologicznym, które były związane z przeżyciem trudnych, stresujących bądź traumatycznych wydarzeń wojennych. Zauważono wtedy, że grupowa forma leczenia może być bardzo skuteczna i odpowiadać na różnorodne potrzeby pacjentów, a jednocześnie może obniżać koszty leczenia (wiele osób leczonych w tym samym czasie). Wprowadzenie na szeroką skalę terapii grupowej do systemu opieki zdrowotnej czasem określa się mianem trzeciej rewolucji w psychiatrii (Kratochvil, 1981; Schneider-Corey i Corey. 2003).

Od tamtego momentu przeprowadzono wiele badań nad tym czyi w jaki sposób psychoterapia grupowa działa. Dzięki temu odsłonił się cały wachlarz wielopoziomowych czynników, które przyczyniają się do końcowego efektu takiej terapii. Każdy klinicysta jak i badacz aby zrozumieć co stoi za poprawą stanu pacjenta leczonego w grupie, musi wziąć pod uwagę szereg elementów, takich jak na przykład : 1) teoria dotyczącą prowadzenia terapii oraz wyjaśniającą mechanizmy zmiany; 2) rozumienie procesu grupowego; 3) zadania i postawę terapeuty; 4) skład uczestników grupy; 5) formułę organizacyjną grupę (por. Burlingame i wsp., 2004).

Specyfika psychoterapii grupowej wiąże się także nieodłącznie ze współwystępowaniem płaszczyzn indywidualnej i grupowej oraz ich wzajemnym oddziaływaniem na siebie. Z jednej strony każdy członek grupy terapeutycznej przychodzi z konkretnymi, własnymi problemami, własnym doświadczeniem życiowym i charakterystycznymi cechami osobowości, a z drugiej strony, po zawiązaniu się relacji pomiędzy uczestnikami leczenia, grupa przestaje być tylko sumą jednostek, a zaczyna stanowić pewną niepowtarzalną całość, ze swoimi obyczajami, normami, sposobami komunikacji, problemami, itd. (Pawlik, 2008).

Dzięki wielości czynników, wielości płaszczyzn i wielości interakcji, psychoterapia grupowa jak lekarstwo o poszerzonym składzie, daje również szeroki zakres możliwości leczniczych.

Podczas wystąpienia zostaną omówione najważniejsze zjawiska grupowe, czynniki leczące oraz badania nad efektywnością psychoterapii grupowej prowadzonej w nurcie psychodynamiczo – interpersonalnym.

Diagnostyka różnicowa hipersomnii pochodzenia ośrodkowego

Ewa Walacik-Ufnal[1], Anna-Justyna Piotrowska[2], Piotr Januszko[2], Marek Kabat[3], Waldemar Szelenberger[2]
[1]Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej, Warszawa
[2]Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa
[3]Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Instytut Kardiologii, Warszawa

Diagnostyka różnicowa hipersomnii jest ważnym problemem klinicznym ze względu na nakładające się kryteria diagnostyczne a zarazem odmienne leczenie poszczególnych chorób. W przedstawianej pracy dokonano charakterystyki i porównania dwóch wybranych hipersomnii pochodzenia ośrodkowego: narkolepsji typu 1 i hipersomnii w przebiegu zaburzeń psychicznych.

Do badania włączono 44 osoby: 15 chorych na narkolepsję typu 1; 14 chorych na hipersomnię w przebiegu zaburzeń psychicznych oraz 15 osób zdrowych.

Przeprowadzono badania psychometryczne takie jak: Ateńska Skala Bezsenności (AIS), Skala Depresji Becka (BDI) oraz Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości (MMPI). Nasilenie senności było oceniane subiektywnie za pomocą Skali Senności Epworth (ESS) i Stanfordzkiej Skali Senności (SSS) oraz obiektywnie za pomocą Wielokrotnego Testu Latencji Snu (MSLT). Zapis polisomnograficzny (PSG) poddano analizie wzrokowej oraz analizie widma EEG w paśmie delta (slow wave activity, SWA) w trzech kolejnych cyklach snu.

Stwierdzono znaczny wpływ psychospołeczny w narkolepsji. Grupa narkolepsji była istotnie gorzej wykształcona niż grupa hipersomnii i normy. Jedna trzecia chorych z narkolepsją zgłosiła utratę pracy z powodu objawów senności, jedna trzecia miała wypadek podczas prowadzenia samochodu od czasu pojawienia się senności. Obie grupy chorych miały istotnie wyższą punktację w AIS i BDI w porównaniu do grupy kontrolnej. Punktacja w BDI w obu grupach odpowiadała średnio nasilonej depresji. Obie grupy pacjentów uzyskały podwyższone wyniki w skalach klinicznych w MMPI w porównaniu z grupą kontrolną.

Nasilenie senności mierzone zarówno metodami subiektywnymi jak i obiektywnymi było istotnie wyższe w grupie narkolepsji niż w grupie hipersomnii w przebiegu zaburzeń psychicznych. Pacjenci z narkolepsją mieli gorszą jakość snu w porównaniu do pacjentów z hipersomnią i grupy kontrolnej. Pacjenci z hipersomnią w przebiegu zaburzeń psychicznych mieli niezaburzony sen nocny oraz prawidłowe latencje snu nocnego i drzemek w MSLT. W grupie hipersomnii, procentowy spadek mocy fal wolnych (SWA) we śnie przebiegał tak samo jak u osób zdrowych, podczas gdy w narkolepsji rozładowanie potrzeby snu nastąpiło już w drugim cyklu snu NREM. Wskazuje to na zaburzenie homeostatycznego mechanizmu regulacji snu w narkolepsji oraz prawidłowy przebieg procesu homeostatycznego w hipersomnii w przebiegu zaburzeń psychicznych.

Podsumowując, narkolepsja typu 1 i hipersomnia w przebiegu zaburzeń psychicznych różnią się pod względem wpływu psychospołecznego choroby, nasilenia senności, jakości snu nocnego oraz homeostatycznej regulacji snu.

Doświadczenia w funkcjonowaniu Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie jako nowego rodzaju środka zabezpieczającego

Ryszard Wardeński
Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym, Gostynin

Krajowy Ośrodek zlokalizowany w Gostyninie został powołany do realizacji środków zabezpieczających w przypadku popełnienia czynów zabronionych opisanych w: art. 148 kk – zabójstwo; art. 156 kk – ciężki uszczerbek na zdrowiu; art. 197 kk – zgwałcenie; art. 198 kk – wykorzystanie bezradności, upośledzenia; art. 199 § 2 kk – nadużycie zależności na szkodę małoletniego; art. 200 § 1 – kk – obcowanie płciowe z nieletnim, które zostało popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych.

Realizacja tego środka zabezpieczającego powinna odbywać się po odbyciu kary orzeczonej przez Sąd w postaci pobytu w zakładzie karnym. Jeżeli Sąd uzna, że okres zastosowania środka zabezpieczającego powinien być inny np. w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności to istnieje taka możliwość.

Wymienione czyny zabronione powinny być dokonane przez osobę przejawiającą zaburzenia preferencji seksualnych, wśród których najistotniejszą patologią z punktu widzenia sądowego jest pedofilia. Chodzi tu o pedofilię preferencyjną a nie o zachowania o charakterze pedofili zastępczej. Również zachowania o charakterze pedofilnym, które są wynikiem istnienia u pacjenta innego rodzaju patologii psychicznej (istnienie psychozy, uzależnienia od alkoholu lub innych środków psychoaktywnych) nie kwalifikują się do terapii w Krajowym Ośrodku.

Uregulowania prawne odnoszące się do funkcjonowania Krajowego Ośrodka w Gostyninie zawarte są w Ustawie z dnia 22 listopada 2013r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Ustawa ta jest aktem prawnym opartym o przepisy Kodeksu Cywilnego. Dlatego decyzje o przyjęciu pacjenta do Ośrodka są podejmowane przez Okręgowe Sądy Cywilne, właściwe dla siedziby zakładu karnego, w którym przebywa przyszły pacjent Ośrodka.

Skierowanie pacjenta do Krajowego Ośrodka w Gostyninie musi poprzedzać wydanie opinii sądowo-psychiatrycznej, w której zostanie określone, że u opiniowanego występuje bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia kolejnego czynu zabronionego przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej. Osoby kierowane do Krajowego Ośrodka są określone jako „osoby stwarzające zagrożenie". Jeżeli u osób tych występuje tylko wysokie prawdopodobieństwo popełnienia kolejnego czynu przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, to wtedy nie są oni kierowani do Krajowego Ośrodka, lecz są objęci tzw. nadzorem prewencyjnym, który realizowany jest w formie działań ambulatoryjnych.

Krajowy Ośrodek wyjściowo przewidziany na 10 pacjentów, w chwili obecnej hospitalizuje 22 osoby. Przewidziana jest dalsza rozbudowa Ośrodka do 60 łóżek. Pacjenci przebywający w Krajowym Ośrodku to osoby z patologią osobowości o charakterze dyssocjalnym, którzy większość swojego życia spędzili w warunkach zakładów karnych. Jest to bardzo trudna populacja pacjentów, jeśli chodzi o terapię i codzienne funkcjonowanie społeczne, pozbawiona głębokiej motywacji do pracy.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2020

Jacek Wciórka
Instytut Psychiatrii i Neurologii, I Klinika Psychiatryczna, Warszawa

Projekt Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2016- 2020 przedstawiony w grudniu 2015 r. Ministrowi Zdrowia, podlega obecnie (marzec 2016) procesowi kolejnych konsultacji resortowych, międzyresortowych i społecznych. Trudno przewidzieć, jaki ostatecznie kształt przybierze w czasie trwania czerwcowego Zjazdu Psychiatrów, jak dalece zbieżny będzie on z oczekiwaniami przedstawionymi w sprawozdaniu zespołu ekspertów i jak dalece spełni oczekiwania interesariuszy czynnych w systemie ochrony zdrowia psychicznego. Zadaniem tego wystąpienia jest przedstawienie aktualnego stanu prac nad NPOZP, a także przypomnienie pryncypiów, którym ma służyć jego realizacja oraz wyliczenie najważniejszych przeszkód, jakie napotykał i jakie najprawdopodobniej będzie napotykał, jeśli ostatecznie jego wdrażanie stanie się rzeczywistością naglącą, zobowiązującą i nieuniknioną.

„Choroba psychiczna" – ontologiczny fundament czy fatamorgana psychiatrii?

Jacek Wciórka
Instytut Psychiatrii i Neurologii, I Klinika Psychiatryczna, Warszawa

Na temat sposobu definiowania, rozumienia i praktykowania pojęcia „choroby psychicznej" przedstawiono wiele mądrych oraz bardzo mądrych wątpliwości i propozycji. Ale ostatecznej konkluzji nie widać. Wprawdzie trudno sobie wyobrazić psychiatrię bez „choroby psychicznej", ale zaniepokojenie budzą trudności, jakie psychiatrzy (i nie tylko oni) napotykają przy próbach jej bliższego określenia i zastosowania w praktyce. Skłania to czasem do żartów, ale problem jest w istocie ze wszech miar poważny i wart refleksji. Nasuwają się liczne pytania. Najpierw – czy „choroba psychiczna" jest psychiatrii rzeczywiście niezbędna, stanowi jej fundament? Jeśli tak - to czym ona jest (a czym nie jest)? Bądź - jak ona jest (albo jak ona nie jest)? A jeśli „choroba psychiczna" psychiatrii się wymyka, to czy jest ona tylko fatamorganą, rodzajem złudzenia? Jeśli tak - to dlaczego doń dochodzi? Co to oznacza (może oznaczać)? I jakie to ma (może mieć) skutki? Bez nadziei na zakończenie wątpliwości, chciałbym jednak zachęcić do ustawicznej refleksji nad metafizycznymi, epistemologicznymi, etycznymi i estetycznymi odniesieniami do „choroby psychicznej", a zawłaszcza nad naszymi codziennymi, uwikłanymi w te odniesienia wyborami (zaleceniami, decyzjami, orzeczeniami).

Natręctwo i urojenie - fenomeny bliskie czy dalekie sobie?

Jacek Wciórka
Instytut Psychiatrii i Neurologii, I Klinika Psychiatryczna, Warszawa

Tradycyjnie, psychopatologia definiuje, opisuje i sytuuje natręctwa i urojenia raczej jako objawy ostro różniące się i należące do różnych domen nozograficznych (niepsychotycznej – psychotycznej). Tymczasem jednak niektórzy, może niezbyt liczni pacjenci ujawniają doświadczenia, które trudno, bez wątpliwości i oporu przypisać jednemu z tych dwóch konstruktów psychopatologicznych i rozdzielić do różnych kręgów nozograficznych.

Taka sytuacja stawia trudne pytania o zasadność i trafność wyznaczanych przez nie ścieżek poznawczych, terapeutycznych i rokowniczych. Wykorzystując proste narzędzia analizy psychopatologicznej i fenomenologicznej, w wystąpieniu tym podejmuję próbę odpowiedzi na pytanie, czy doświadczanie urojenia i doświadczanie natręctwa więcej od siebie dzieli czy do siebie zbliża oraz – jakie to może mieć znaczenia dla naszej wiedzy i praktyki klinicznej.

Ryzyko zachowań samobójczych w kryzysie schizofrenicznym – przesłanki statystyczne i indywidualne

Jacek Wciórka
Instytut Psychiatrii i Neurologii, I Klinika Psychiatryczna, Warszawa

Kryzys schizofreniczny wiąże się z podwyższonym ryzkiem podjęcia poważnej próby samobójczej. Ocena tego ryzyka jest istotnym wyzwaniem i zadaniem klinicznym, zarówno w nasilonej fazie kryzysu, jak i w okresie jego narastania i ustępowania. Podejmowano liczne badania zmierzające do oceny różnych społeczno-demograficznych, psychopatologicznych i biologicznych czynników ryzyka. Mimo jednak ich dość, jak można sądzić, powszechnej świadomości wśród psychiatrów, zamach samobójczy podejmowany w cierpieniu schizofrenicznym często określany jest jako zaskakujący, nieoczekiwany, niezapowiadany. Nasuwa to pytanie czy analiza statystyczna oparta na szacowaniu ryzyka w różnie definiowanych grupach chorujących osób dostarcza klinicyście realnie przydatnych wskaźników, czy też potrzebne byłyby wskaźniki bardziej indywidualne, oparte na spersonalizowanej i kontekstowej analizie sytuacji egzystencjalnej chorego? Być może, wyjście poza statystyczne przewidywania i szukanie w spotkaniu z chorym bardziej trafnej płaszczyzny i perspektywy poznawczej chroniłoby nas, pomagających, przed wspomnianymi zaskoczeniami? Ale, jeśli tak, to czy współczesna psychiatria jest gotowa do takiego podejścia i oferuje właściwe do tego celu narzędzia?

Pomocne dialogi w cierpieniu schizofrenicznym – przywracanie perspektywy

Jacek Wciórka
Instytut Psychiatrii i Neurologii, I Klinika Psychiatryczna, Warszawa

Kryzys „schizofreniczny" odsłania się nie tylko jako choroba, tj. pojęcie zdefiniowane i władane przez medycynę (psychiatrię). Inne odsłony takiego kryzysu, to zwłaszcza: pierwszo-osobowe, żywe i realne, choć trudno dostępne doświadczenie, zagrażające i motywujące do szukania pomocy cierpienie, dyskredytujące i wykluczające piętno. Ukazują one równolegle i w znacznej mierze niezależnie od siebie równie doniosłe, inne wymiary egzystencji, konfrontowanej i zawłaszczanej przez kryzys. Dlatego realna pomoc nie może się wtedy ograniczać do eliminacji objawów i dysfunkcji charakterystycznych dla choroby, ale powinna umożliwiać przywracanie szerszej perspektywy egzystencjalnej (recovery). Niesienie ulgi w cierpieniu „schizofrenicznym" oznacza zwłaszcza przywracanie: nadziei, tożsamości, sprawczości i sensu. Nawet, jeśli założyć, że taką perspektywę można niekiedy odzyskiwać samodzielnie, to jednak w ogromnej większości potrzebny jest do tego drugi człowiek. A jeśli tak – to konieczna jest rozmowa, spotkanie, wymiana. Konieczny jest dialog. Tej dialogiczności pomocy w kryzysie „schizofrenicznym", niestety zapominanej przez główny nurt współczesnej psychiatrii, w różny sposób mogą służyć takie pomocne odmiany dialogu, jak m. in.: dialog motywujący (motivational interviewing), dialog otwarty (open dialogue), dialog wewnętrzny (dialogical self), trialog (das Psychoseseminar). Zostaną tu one krótko scharakteryzowane – w kontekście niesienia ulgi w cierpieniu schizofrenicznym.

Ryzyko zachowań samobójczych w kryzysie schizofrenicznym a przesłanki statystyczne i indywidualne

Jacek Wciórka
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Kryzys schizofreniczny wiąże się z podwyższonym ryzykiem podjęcia poważnej próby samobójczej. Ocena tego ryzyka jest istotnym wyzwaniem i zadaniem klinicznym, zarówno w nasilonej fazie kryzysu, jak i w okresie jego narastania i ustępowania. Podejmowano liczne badania zmierzające do oceny różnych społeczno-demograficznych, psychopatologicznych i biologicznych czynników ryzyka. Mimo jednak ich dość, jak można sądzić, powszechnej świadomości wśród psychiatrów, zamach samobójczy podejmowany w cierpieniu schizofrenicznym często określany jest jako zaskakujący, nieoczekiwany, niezapowiadany. Nasuwa to pytanie czy analiza statystyczna oparta na szacowaniu ryzyka w różnie definiowanych grupach chorujących osób dostarcza klinicyście realnie przydatnych wskaźników, czy też potrzebne byłyby wskaźniki bardziej indywidualne, oparte na spersonalizowanej i kontekstowej analizie sytuacji egzystencjalnej chorego? Być może, wyjście poza statystyczne przewidywania i szukanie w spotkaniu z chorym bardziej trafnej płaszczyzny i perspektywy poznawczej chroniłoby nas, pomagających, przed wspomnianymi zaskoczeniami? Ale, jeśli tak, to czy współczesna psychiatria jest gotowa do takiego podejścia i oferuje właściwe do tego celu narzędzia?

SAPROF - opis narzędzia i zastosowanie w psychiatrii sądowej

Agnieszka Welento-Nowacka[1], Leszek Ciszewski[2], Michał Nowopolski[1]
[1]Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, Starogard-Gdański
[2]Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej, Starogard-Gdański

W ostatnich 2 dekadach na świecie pojawiło się wiele narzędzi, które w zamyśle autorów służyć mają poprawie trafności przewidywania zachowań niebezpiecznych. Narzędzia takie z oczywistych względów nabierają dla nas szczególnego znaczenia, gdy przedmiotem ich oceny ma być prawdopodobieństwo recydywy czynu zabronionego przez osobę z zaburzeniami psychicznymi. Zwykle koncentrują się one na identyfikowaniu i ocenianiu czynników sprzyjających wystąpieniu przemocy. Rzadziej natomiast oceniają, które czynniki i w jakim zakresie mogą mieć działanie chroniące przed wystąpieniem przemocy. Posiłkując się stosunkowo skąpymi danymi empirycznymi badacze z Van der Hoeven Kliniek w Holandii stworzyli narzędzie SAPROF (pełna nazwa), oparte o model Ustrukturyzowanej Profesjonalnej Oceny (SPJ) oceniające rolę czynników chroniących przed wystąpieniem przemocy. W połączeniu z narzędziami oceniającymi ryzyko przemocy takimi jak HCR-20v3, SARA, SAVRY stwarza ono możliwość bardziej kompleksowego i zbilansowanego podejścia do oceny ryzyka przemocy, a dodatkowo ułatwia tworzenie planów terapii adekwatniejszych do rzeczywistego poziomu i rodzaju zagrożenia. Znajduje to zastosowanie zwłaszcza w psychiatrii sądowej gdzie występuje szczególna potrzeba trafnego i rzetelnego opiniowania zagrożeń, okresowego weryfikowania ocen, dos-

tosowywania do nich planów terapii i szerzej organizowania tzw. zarządzania ryzykiem (ang. risk management).

Celem prezentacji jest przedstawienie przygotowanej przez nas polskiej wersji narzędzia SAPROF, naszym zdaniem bardzo obiecującego a mało jeszcze w Polsce znanego narzędzia, podzielenie się pierwszymi doświadczeniami z jego stosowania oraz przedyskutowanie jego zalet i ograniczeń dla praktyki orzeczniczej i klinicznej.

Zasady kwalifikowania pacjentów do terapii poznawczo behawioralnej bezsenności

Adam Wichniak[1], Aleksandra Wierzbicka[2]
[1]Instytut Psychiatrii i Neurologii, III Klinika Psychiatryczna i Ośrodek Medycyny Snu, Warszawa
[2]Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Neurofizjologii Klinicznej i Ośrodek Medycyny Snu, Warszawa

Tradycyjne podejście do rozpoznawania bezsenności zakłada jej podział na postać wtórną i pierwotną. Zgodnie z tym podziałem każda chorująca na bezsenność osoba powinna zostać oceniona według pięciostopniowego schematu uwzględniającego: 1) czynniki zależne od zdrowia psychicznego (szczególnie obecność depresji i zaburzeń lekowych), 2) czynniki zależne od ogólnego stanu zdrowia (szczególnie obecność zespołów bólowych, zaburzeń endokrynologicznych, nadciśnienia tętniczego i przewlekłych stanów zapalnych), 3) przyjmowane leki i substancje psychoaktywne 4) czynniki behawioralne i związane ze stylem życia chorego, 5) pierwotne zaburzenia snu (w tym bezdech senny, zaburzenia rytmu okołodobowego i zespół niespokojnych nóg). Według tradycyjnego podejścia do leczenia bezsenności terapia poznawczo-behawioralna była wskazywana jako podstawowa metoda leczenia tylko w bezsenności pierwotnej. W postaciach wtórnych leczenie w pierwszym etapie koncentrowało się tylko na leczeniu schorzenia wywołującego bezsenność oraz objawowym stosowaniu leków nasennych.

Obecnie takie podejście do leczenia bezsenności uważane jest za błędne. Już po kilku tygodniach trwania bezsenności u większości cierpiących na nią osób pojawiają się zmiany w zachowaniu i radzeniu sobie ze stanem złego snu, które nasilają i utrwalają bezsenność. Techniki terapii poznawczo-behawioralnej powinny być w związku z tym stosowane u każdego pacjenta, który zgłasza, że czas potrzebny na zaśnięcie oraz czas wybudzeń w ciągu nocy przekraczają 30 minut (zasada 30/30). Według piątego wydania klasyfikacji DSM (DSM –V) bezsenność może być rozpoznana również u osób z innymi zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi, jeśli tylko w ocenie lekarza skargi na złą jakość snu znacznie wykraczają ponad nasilenie jakiego można oczekiwać ze względu na ciężkość schorzenia współistniejącego. Współczesne podziały bezsenności dzielą ją na postacie pierwotną i współistniejącą z innymi schorzeniami. Stosowanie technik behawioralnych zapobiegających utrwalaniu się bezsenności jest zalecane już od samego początku leczenia, niezależnie od etiologii bezsenności.

Celem prezentacji jest przedstawienie schematu kwalifikowania pacjentów do terapii poznawczo behawioralnej bezsenności i stopniowanego wdrażania takiego leczenia.

Biologiczne metody leczenia w psychiatrii. Co poza lekami?

Adam Wichniak[1], Marek Dąbrowski[2]
[1]Instytut Psychiatrii i Neurologii, III Klinika Psychiatryczna, Warszawa
[2]Oddział Psychiatryczny, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siedlcach, Siedlce

Podstawową metodą leczenia zaburzeń psychicznych o ciężkim nasileniu jest farmakoterapia. Niestety skuteczność leczenia farmakologicznego zarówno w chorobach afektywnych jak i zaburzeniach z kręgu schizofrenii jest często nadal daleka od oczekiwań. Pomimo, że u około 50-70% pacjentów obserwuje się istotną poprawę po leczeniu farmakologicznym, to u części chorych objawy nie ustępują całkowicie po kuracji jednym, a nawet kilkoma lekami. W depresji około 30% pacjentów nie uzyskuje remisji pomimo wielomiesięcznego leczenia różnymi lekami przeciwdepresyjnymi i stosowania psychoterapii. Warto w takich sytuacjach skorzystać z innych metod leczenia. Celem prezentacji jest przedstawienie innych niż farmakoterapia biologicznych metod leczenia w psychiatrii, takich jak elektrowstrząsy (EW), stymulacja nerwu błędnego (VNS), głęboka stymulacja mózgu (DBS), przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (TMS), magnetowstrząsy (MW), przezczaszkowa stymulacja elektryczna (tCS), fototerapia, deprywacja snu, oraz ćwiczenia fizyczne.

Śnię o tobie…

Adam Wichniak
Instytut Psychiatrii i Neurologii, III Klinika Psychiatryczna i Ośrodek Medycyny Snu, Warszawa

Stan zakochania silnie wpływa na długość i jakość snu. Choć obiektywne parametry snu - jego długość, wydajność, czas trwania zasypiania i wybudzeń ze snu – najczęściej ulegają znacznemu pogorszeniu – osoby zakochane, jeśli ich uczucie jest odwzajemniane zgłaszają dobrą jakość snu oraz opisują doskonałe samopoczucie w ciągu dnia. Stan taki można porównać do stanu hipomanii. Mimo istotnego skrócenia snu i braku właściwego zaspokajania tej podstawowej potrzeby fizjologicznej organizmu nie następuje pogorszenie, ale wprost przeciwnie wzrost energii, poprawa samopoczucia i sprawności poznawczej w ciągu dnia. Bycie szczęśliwie zakochanym sprawia również, że nie jest odbierane negatywnie także pogorszenie snu związane ze zmianą miejsca snu (sen w domu partnera) oraz rozpoczęciem sypiania z inną osobą, co początkowo zwykle prowadzi do częstszych wybudzeń ze snu w reakcji na ruchy i odgłosy śpiącego obok partnera.

Celem prezentacji jest przedstawienie na przykładzie stanu zakochania roli snu w regulacji emocji. Przedstawione zostaną wyniki badań na temat roli snu w utrwalaniu się śladów pamięciowych, w tym znaczenie snu REM i marzeń sennych dla uwolnienia śladów pamięciowych spod zniekształcającego ich treść wpływu emocji. Omówione zostaną także dane wskazujące, dlaczego osoby niewyspane skłonne są do podejmowania nieprzemyślanych i ryzykownych decyzji. Choć zmiany snu w stanie zakochania nie mogą być kwalifikowane jako nieprawidłowe i wymagające leczenia, wnioski z badań wskazują, że osoba zakochana zanim podejmie ważne decyzje życiowe, np. o trwałym związaniu się z ukochaną osobą, powinna się przede wszystkim porządnie wyspać. Stan bycia wyspanym przywraca „trzeźwe myślenie”.

Przezczaszkowa stymulacja elektryczna w psychiatrii i psychologii

Adam Wichniak[1], Łukasz Okruszek[2]
[1]Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Neurofizjologii Klinicznej, Warszawa
[2]Katedra Neuropsychologii, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, Warszawa

Przezczaszkowa stymulacja elektryczna (transcranial current stimulation, tCS) jest nową formą nieinwazyjnej neuromodulacji, której użycie jest znacznie prostsze niż w przypadku innych metod stymulacji stosowanych w psychiatrii np. zabiegów elektrowstrząsowych lub przezczaszkowej stymulacji magnetycznej. Niski koszt stymulatorów, brak potrzeby ścisłego monitorowania pacjenta podczas stosowania tCS, brak konieczności przygotowania specjalnego zaplecza technicznego sprawiają, że tCS może być stosowana w warunkach każdego oddziału psychiatrycznego.

Mechanizm działania tCS polega na modulacji czynności kory mózgu poprzez jej stymulację prądem stałym o niskim natężeniu (1-2 mA) z użyciem elektrod mocowanych na powierzchni skóry głowy pacjenta. Elektroda dodatnia (anoda) wywiera efekt pobudzający, natomiast za pomocą katody można hamować czynność kory mózgu. Sposób rozmieszczenia elektrod stymulujących nad korą mózgu opiera się na wynikach czynnościowych badań mózgu w zaburzeniach psychicznych. Obszary kliniczne, w których tCS znajduje zastosowanie obejmują: rehabilitację po udarze mózgu, przewlekłe zespoły bólowe, depresję, treningi funkcji poznawczych. Szczególnie ten ostatni obszar wydaje się niezwykle obiecującym kierunkiem zastosowania tCS w psychiatrii i psychologii.

Celem prezentacji jest przedstawienie różnych możliwości stosowania tCS w psychiatrii i psychologii oraz aktualnie planowanych przez nas projektów badań z użyciem tCS.

Metody neurofizjologiczne

Adam Wichniak
Instytut Psychiatrii i Neurologii, III Klinika Psychiatryczna i Zakład Neurofizjologii Klinicznej, Warszawa

Neurofizjologia oferuje szereg metod diagnostycznych przydatnych w badaniach nad biologicznym podłożem zaburzeń psychicznych. Zaliczamy do nich przede wszystkim elektroencefalografię (EEG), magnetoencefalografię (MEG), przezczaszkową stymulację magnetyczną (TMS), polisomnografię (PSG), potencjały wywołane związane ze zdarzeniem (ERP), ocenę ruchów gałek ocznych (EOG). Większość z tych metod u osób chorujących psychicznie wykazuje zmiany, które są niezależne od stanu klinicznego, występują u większości osób chorych i tylko nielicznych osób zdrowych oraz w mniejszym nasileniu są stwierdzane również u zdrowych członków rodzin osób chorych. Oznacza to, że stwierdzane zmiany spełniają kryteria endofenotypów i mogą być wykorzystywane w badaniach genetycznym lub spersonalizowanym doborze biologicznych metod leczenia dla danego pacjenta.

Celem prezentacji jest przedstawienie neurofizjologicznych biomarkerów dla schizofrenii i zaburzeń lękowych zgodnie z aktualnym stanowiskiem Światowej Federacji Towarzystw Psychiatrii Biologicznej (WFSBP).

Depresja a niedożywienie u osób starszych

Katarzyna Wieczorowska-Tobis[1], Roma Krzymińska-Siemaszko[2], Małgorzata Mossakowska[3], Aleksandra Szybalska[3], Katarzyna Broczek[4]
[1]Pracownia Geriatrii; Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej UM w Poznaniu, Poznań
[2]Pracownia Geriatrii Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań
[3]Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej, Warszawa
[4]Klinika Geriatrii Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Depresja często współistnieje z niedożywieniem u osób starszych. Tworzą one wspólnie rodzaj błędnego koła, w którym często trudno jest wskazać jednoznacznie przyczynę i skutek. Interpretację utrudnia dodatkowo fakt, że brak jest badań populacyjnych charakteryzujących współistnienie tych dwóch problemów. Celem analizy jest określenie częstości współwystępowania depresji i niedożywienia u starszych mieszkańców Polski.

Analizie poddano dane pochodzące z bazy projektu PolSenior, badania wykonanego w latach 2008-2011 na reprezentatywnej grupie starszych mieszkańców Polski (w wieku co najmniej 65 lat). Koordynatorem realizowanego wieloośrodkowo projektu pod patronatem Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego był Międzynarodowy Ośrodek Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie. Wśród ocenianych parametrów w projekcie były zarówno ryzyko depresji, jak i niedożywienie. Ryzyko depresji oceniano skalą GDS (Geriatric Depression Scale, skala 15 punktowa) uznając wynik powyżej 5 punktów jako pozytywny. Stan odżywienia definiowano przy pomocy skróconej wersji skali MNA (Mini Nutritional Assessment), według której kwalifikuje się osoby starsze jako mające prawidłowy stan odżywienia, ryzyko niedożywienia lub z niedożywieniem. Do prezentowanej analizy włączono 3751 osób biorących udział w projekcie PolSenior (75% ogółu analizowanych), w tym 1770 kobiet i 1981 mężczyzn. U pozostałych 25,0% niemożliwa była ocena ryzyka depresji przy pomocy skali GDS (np. ze względu na zaawansowane zaburzenia funkcji poznawczych) lub niemożliwe było wypełnienie skróconej wersji skali MNA (np. w związku z niemożliwością określenia wskaźnika masy ciała - BMI). W populacji PolSenior ryzyko depresji stwierdzono u prawie co trzeciego respondenta (29,0%), częściej u kobiet niż mężczyzn ($p<0.001$). Zgodnie ze skalą MNA, u 6,2% analizowanych zdiagnozowano niedożywienie, u 38,0% - ryzyko niedożywienia, a u pozostałych 55,8% - prawidłowy stan odżywienia. U respondentów z niedożywieniem i ryzykiem niedożywienia istotnie częściej występowało ryzyko depresji - stan ten rozpoznano u ponad połowy badanych w tej grupie (51.1%) - sześciokrotnie częściej niż u osób z prawidłowym stanem odżywienia ($p<0.001$).

Podsumowując, wykonana analiza wskazuje na częste współistnienie depresji i niedożywienia w populacji starszych Polaków. Ich wzajemne potęgowanie się wymaga zwrócenia szczególnej uwagi na badania przesiewowe.

Attitude of the society towards mentally ill in comparision with experts' opinions

Krzysztof-Maria Wilczyński, Oleg Fedyk, Elżbieta Mazgaj, Dominika Wizner
Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

In modern psychiatry, deinstitutionalisation of mentally ill became an essential part of improving state of being of those affected. Integration in community, despite obvious benefits, led to increase in social distance and rejection towards mentally ill. So-

cial stigma affects different life domains of those afflicted, and therefore it is crucial to work out methods to deal with it. Our objective was to assess and compare psychiatrists' and public attitudes and beliefs about mentally ill people.

Comparision of two samples, one including 107 psychiatrists and second including 850 individuals of the general population was conducted. From the second group, additional subgroup of medical students was allocated for sake of a further analysis. Obtained outcomes were collated with similar studies available in literature.

The psychiatrists' attitude was more positive in comparision to the general population. Both groups agreeded that programs raising public awareness are important, and should be intensified. Emotions elicted by contact with people mentally ill were significantly more negative among respondents of general population than among experts ($p<0,05$). There was no statistically significant difference between students of 1st-5th year of medical university and general population. 6th year students' opinions were closer to those presented by experts, although significantly more negative. Only 13% of respondents from general population thinks of negative or pejorative (f.e. idiot, stupid, moron, shame) associations with mental disease. Over 60% of respondents are afraid of becoming mentally ill.

Most of the participants find programs aiming at broadening knowledge about mental diseases as crucial in the fight against social stigma. Respondents who had had a direct contact with mental illness had significantly better attitude towards those afflicted, regardless of the knowledge possessed.

Links between chronotype, cortisol levels and social fear in students

Krzysztof-Maria Wilczyński, Dominika Tobolska, Miłosz Lorek, Elżbieta Mazgaj, Dominika Wizner
Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Chronotype is the behavioral representation of cicaridan rhythms of the human body. It describes the daily activity patterns, as a continuum ranging from "morningness", described as an advanced sleep period, to "eveningness", understood as delayed sleep period. The "morning" type is a person who is active in the morning and goes to sleep early, in contradiction to the "evening" type who wakes up with difficulty and usually is inactive during morning hours. One of the hormones with cicardian rhythm of excretion is cortisol. It is a steroid hormone produced by the adrenal cortex, with highest levels in blood serum around 8 am. It is of the interest if chronotype depend on a type of personality and if it is connected with social fear in students of medical and non-medical faculties.

Aim of our study was to evaluate relations between chronotype, personality and levels of social fear in students of medical and non-medical universities.

The study included 60 people aged 24 (max 25; min 22) with no history of endocrine disorders, divided into two groups. First one consisted of members of medical faculty, and second of members of various nonmedical faculties. Group of 40 students was subjected to the assessment of blood and salivary cortisol. Every participant had to fill in a questionnaire consisting of demographical questions, Leibowitz's inventory, morningness-eveningness questionnaire and Ten Item Personality Inventory. Statistical analysis was conducted using StatSoft Statistica version 12 software.

According to literature, correlation between chronotype and type of personality should be expected, especially in a group of students from nonmedical faculties.

Analysis of a literature suggests that there should be a difference between levels of cortisol in the morning between "evening" and "morning" chronotypes. In the same time, chronotype seems to be conditioned by the personality of a respondent, as well as by a lifestyle and therefore attended faculty. Possible connections between chronotype and levels of social fear may be conditioned by levels of cortisol.

Zastosowanie Treningu Społecznego Poznania w poprawie funkcjonowania emocjonalnego i społecznego pacjentów z jadłowstrętem psychicznym

Ewelina Wilkos[1], Małgorzata Starzomska[1], Filip Rybakowski[1], Katarzyna Kucharska[1], Katarzyna Biernacka[2]
[1]Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
[2]Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich, Garwolin

Metodologia: Pacjentki, zdiagnozowane jako osoby chorujące na jadłowstręt psychiczny (JP), zostały poddane ocenie procesów społecznego poznania przed oraz po terapii. Identycznej ocenie baterią testów psychologicznych zostały poddane jednorazowo osoby w grupie kontrolnej (osoby zdrowe). Nasilenie objawów psychopatologicznych zostało ocenione przy użyciu wystandaryzowanych skal klinicznych. Po wstępnej diagnostyce i przeprowadzeniu pierwszego badania pacjenci wzięli udział w trzymiesięcznym programie rehabilitacyjnym obejmującym TSP. Po zakończeniu treningu, przed wypisem ze szpitala, przeprowadzono u nich ponowną ocenę funkcji społecznego poznania oraz objawów klinicznych.

Opis badanej grupy: Badaniem zostały objęte osoby z rozpoznaniem JP (wg kryteriów ICD-10) w przedziale wiekowym 14 – 40 lat hospitalizowane na oddziale całodobowym Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży oraz w Klinice Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Zaburzeń Odżywiania Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Były to osoby polskiego pochodzenia, praworęczne, niespokrewnione ze sobą, z wykształceniem co najmniej podstawowym oraz mieszczące się w normie intelektualnej. Kryteriami wykluczającymi z badania było potwierdzenie organicznego uszkodzenia OUN, upośledzenie słuchu bądź wzroku (przy braku korekcji), zaburzenia w nadawaniu bądź rozumieniu mowy, współistnienie poważnych chorób somatycznych oraz występowanie zespołu uzależnienia od alkoholu i innych substancji uzależniających. Grupa kontrolna osób zdrowych (n=40) została rekrutowana spośród uczniów szkół publicznych.

Opis projektu badawczego: Celem projektu była ocena funkcji społecznego poznania w grupie osób chorych na JP (n=40) oraz ocena stopnia poprawy tych funkcji po terapii obejmującej nowatorski Trening Społecznego Poznania. Obejmował on 10 sesji, trwających ok. 60 min., przeprowadzonych w okresie 10 tygodni (1x tyg.) przez psychologa/terapeutę. TSP ma na celu poprawę funkcjonowania społecznego uczestników w zakresie trzech głównych domen: percepcji emocji i innych sygnałów społecznych (rozpoznawanie emocji, rozróżnianie emocji, ocena nasilenia emocji), stylu atrybucji, teorii umysłu i aleksytymii). Powstał w oparciu o Trening Poznania Społecznego i Interakcji (Social Cognition and Interaction Training (SCIT) Roberts'a i Penn'a.

Wnioski: Wyniki badań wskazują na poprawę funkcji społeczno-poznawczych widoczną zarówno w wynikach testowych, jak i w ocenie samych pacjentów z JP po hospitalizacji. U pacjentów poprawie uległy umiejętności rozpoznawania i wyrażania emocji oraz procesy empatii i teorii umysłu.

Stężenie proBDNF i mBDNF a funkcjonowanie poznawcze osób zdrowych

Monika Wiłkość[1], Agnieszka Szałkowska[2], Maria Skibińska[3], Ludmiła Zając-Lamparska[1], Aleksander Araszkiewicz[2]
[1]Instytut Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz
[2]Katedra Psychiatrii, Collegium Medicum UMK w Toruniu, Bydgoszcz
[3]Zakład Genetyki w Psychiatrii UM, Poznań

Dotychczasowe badania wskazują na udział czynnika neurotrofowego pochodzenia mózgowego (BDNF) w funkcjonowaniu poznawczym człowieka, w którym uczestniczy m.in.: poprzez procesy plastyczności synaptycznej i długotrwałego wzmocnienia synaptycznego.

Celem badania była ocena związku pomiędzy stężeniem białka BDNF w surowicy, zarówno w jego formie prekursorowej (proBNDF), jak i dojrzałej BDNF (mBDNF) a sprawnością funkcji poznawczych mierzonych przy użyciu neuropsychologicznych narzędzi psychometrycznych i prób eksperymentalnych, takich jak: Test 15 Słów Reya (RAVLT) do oceny pamięci i uczenia się słuchowo-werbalnego, Test Łączenia Punktów A i B (TMT A i B) do oceny uwagi i funkcji wykonawczych, Test Interferencji Kolorów Stroopa (STROOP A i B) do oceny uwagi i funkcji wykonawczych, Test Sortowania Kart Wisconsin (WCST) do oceny pamięci operacyjnej, uwagi, myślenia abstrakcyjnego i funkcji wykonawczych, test do badania czasu reakcji prostej (SRT), a także test oparty na paradygmacie GoNoGo (GoNoGo) oraz test oparty na parydygmacie Testów Ciągłego Wykonywania (CPT), które badają ciągłość i selektywność uwagi oraz funkcje wykonawcze. W badaniu udział wzięły 152 osoby (76 kobiet i 76 mężczyzn) w wieku 20-60 lat (średnia=38,4; SD=11,6). U wszystkich badanych przeprowadzono ustrukturalizowany wywiad kliniczny w celu wykluczenia poważnych chorób somatycznych oraz zaburzeń psychicznych.

Przeprowadzone analizy wykazały korelację między wyższym stężeniem mBDNF a szybszym wykonaniem testów TMT B i STROOP B oraz mniejszą liczbą niepoprawnych reakcji na bodziec-cel i szybszym średnim czasem reakcji na te bodźce w teście CPT. Wyższy poziom stężenia mBDNF w surowicy korelował ponadto z większą liczbą zapamiętywanych wyrazów po drugim powtórzeniu w teście RAVLT. Stwierdzono także związek poziomu proBDNF z wynikami testu STROOP A i B. Wyższe stężenia białka proBDNF korelowały z gorszym czasem wykonania obu części tego testu.

Uzyskane wyniki wskazują na związek stężenia proBDNF i mBDNF z szybkością psychomotoryczną, sprawnością pamięci krótkotrwałej, uwagi oraz funkcji wykonawczych u osób zdrowych z populacji polskiej.

Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2011/01/B/HS6/00440.

Aktywność elektrodermalna w ocenie ryzyka samobójstwa u osób cierpiących na zaburzenia afektywne

Karolina Wincewicz
Katedra i Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Gruczoły potowe – oprócz funkcji termoregulacyjnych – mają zdolność silnego reagowania na bodźce natury psychicznej. Wielu autorów twierdzi, że gruczoły usytuowane na dłoniach i stopach posiadają zdolność reagowania przede wszystkim na bodźce psychiczne, natomiast ich funkcje termoregulacyjne dominują dopiero w zakresie stosunkowo wysokich temperatur otoczenia, przewyższających 30ºC. Przeprowadzone dotychczas badania wskazują, że reakcja elektrodermalna jest bardzo dobrym wskaźnikiem reakcji orientacyjnej, rozumianej jako forma reakcji organizmu na nowość lub zmianę bodźca (Sosnowski i Zimmer, 1993).

Pierwsza obserwacja związku pomiędzy niską aktywnością elektrodermalną a tendencjami samobójczymi została poczyniona w roku 1986 (Edman i in., 1986) i została ona potwierdzona w innych badaniach i metaanalizach (Thorell, 2009; Thorell i in., 2013 etc.).

Według koncepcji Thorella i Erikssona (2013) badanie aktywności elektrodermalnej pozwala wykryć dotąd nieznaną neuropsychologiczną dysfunkcję, która jest niezależna od stanu depresyjnego, a jest ona spowodowana czynnikami biologicznymi (np. stres z wysokim poziomem kortykosteroidów, geny) oraz specyficznymi psychologicznymi czynnikami (np. wyuczona bezradność, przeżyta trauma w dzieciństwie). Lokuje się ją w polu CA3 hipokampa i wyraża się ona w obniżonym stężeniu neurotrofiny (BDNF), co powoduje zmniejszenie umiejętności wykrywania w otoczeniu nowości. Osoby o obniżonej aktywności układu elektrodermalnego bardzo szybko habituują bodźce. Pierwsza reakcja na bodziec u tych osób jest taka sama jak u osób o normalnej aktywności elektrodermalnej, jednak potem dochodzi do bardzo szybkiego zaniku reakcji orientacyjnej (nawet po trzeciej ekspozycji na bodziec), podczas gdy u osób o reaktywnym układzie elektrodermalnym nawet po trzydziestej (średnio po jedenastej). W praktyce oznacza to, że osoby z obniżoną aktywnością układu elektrodermalnego, bardzo szybko przestają reagować na powtarzające się bodźce zewnętrzne (zmniejszenie naturalnej reakcji orientacyjnej), przez co tracą ciekawość i zainteresowanie neutralnymi wydarzeniami dnia codziennego. To z kolei może prowadzić do tendencji do postrzegania życia jako bezbarwnego i mało wartościowego, odczuwania anhedonii i w efekcie do większego prawdopodobieństwa pojawienia się myśli samobójczych i gotowości do popełnienia samobójstwa. Thorell i Eriksson (2013) podkreślają również, że hyporeaktywność układu elektrodermalnego może powodować występowanie mniejszego lęku przed bólem, co także może ułatwić podjęcie próby samobójczej.

Podczas wystąpienia zostanie przedstawiony dotychczasowy przegląd badań nad związkiem aktywności elektrodermalnej z ryzykiem występowania myśli i tendencji samobójczych, wynikające z tych wyników wskazówki praktyczne (zasady psychoedukacji osób z obniżoną aktywnością elektrodermalną) oraz raport wstępnych wyników własnych badań prowadzonych na próbie osób cierpiących na zaburzenia afekty

Wczesne wykrywanie autyzmu w oparciu o koncepcję teorii umysłu

Beata Włodarczyk-Skórzak, Agnieszka Kapinos-Gorczyca, Anna Dorczak, Iwona Matacz-Szymanowicz, Aleksandra Kosz
Centrum Zdrowia Psychicznego "Feniks", Gliwice

Ze względu na bardzo duże znaczenie wczesnej interwencji w uzyskiwaniu pozytywnych efektów terapeutycznych, bardzo istotna jest jak najwcześniejsza diagnoza zaburzeń spektrum autyzmu (ASD). Interwencja podjęta przed 4rż. pozwala na lepsze rokowanie, istotnie zmniejsza ryzyko utrwalania się i pogłębiania zaburzeń, a więc zwiększa szanse życiowe dzieci autystycznych. Objawy autystycznego spektrum występują już w pierwszych latach życia, ale istniejące kryteria diagnostyczne lepiej przystają do dzieci starszych (zaburzenia w rozwoju społecznym i komu-

nikacji są trudne do zidentyfikowania we wczesnym okresie rozwojowym). W poszukiwaniu narzędzi pozwalających na różnicowanie zaburzeń spektrum autyzmu względem innych, od kilku lat wykorzystujemy w naszej pracy próby oparte na badaniach związanych z dziecięcą teorią umysłu. Bazujemy głównie na próbach opracowanych przez zespól S. Barona-Cohena, oraz badaniach U. Frith. Obserwowany wysoki wskaźnik trafności diagnostycznej, pomocny w różnicowaniu zaburzeń autystycznych od coraz częściej pojawiających się nietypowych zaburzeń językowych czy zaburzeń integracji sensorycznej, pozwala z nadzieją spoglądać na wykorzystywanie testów z teorii umysłu do rzetelnej diagnozy.

Loty międzykontynentalne: dodatkowe możliwości kształcenia dla młodych psychiatrów

Irena Wojciechowska[1], Tomasz Gondek[2], Maja Krefft[3]
[1]Wojewódzki Szpital Dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Bolesławcu, Katedra Psychiatrii / Zakład Psychoterapii i Chorób Psychosomatycznych, Uniwersytet Medyczny Wrocław, Bolesławiec
[2]Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego, Wrocław
[3]Centrum Neuropsychiatrii Neuromed, Wrocław

W ramach zawodowego rozwoju, poszerzania horyzontów młodzi psychiatrzy mają możliwość doszkalania się poprzez udział w konferencjach, kursach, programach wymiany międzynarodowej proponowanych przez różne europejskie organizacje psychiatryczne.

Powyższa oferta dedykowana jest osobom w trakcie specjalizacji z psychiatrii dorosłych lub psychiatrii dzieci i młodzieży. Dotyczy również często osób, które są już do dwóch lat po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego. Programy współpracy z krajami zagranicznymi pozwalają na zapoznanie się z odmiennym system opieki zdrowia psychicznego, rozwijają partnerstwo pomiędzy krajami, kładą nacisk na aspekty międzykulturowe psychiatrii. Dają także szansę na poszerzanie wiedzy i nabywanie doświadczenia.

Jedną z możliwości jest program wymiany międzynarodowej trwający od 2 do 6 tygodni, oferowany przez The European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT). EFPT Exchange Programme dostępny jest w 12 krajach Europy. Krótsze kursy oferowane są przez EPA Summer School, Berlin Summer School, Leadership and Professional Skills Course oraz EPA Leadership Skills in Psychiatry.

Celem prezentacji jest naświetlenie młodym psychiatrom dodatkowych możliwości kształcenia.

Możliwości komunikacyjne oraz wybrane językowe dzieci i młodzieży z rozpoznaniem ASD w normie intelektualnej

Aneta Wojciechowska[1], Agnieszka Słopień[2]
[1]Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań
[2]Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny, Poznań

Deficyty językowe i komunikacyjne są jednymi z kluczowych objawów opisywanych w zaburzeniach spektrum autyzmu (Autism Spectrum Disorder; ASD). Obserwowane są one szczególnie w zdolnościach efektywnego wykorzystania języka w kontekście społecznym, czyli umiejętnościach pragmatycznych. Powiązane są one ściśle z teorią umysłu (Theory of Mind), która jest podstawą deficytów w interakcjach społecznych. U większość osób obserwuje się także deficyty w innych aspektach języka, w tym fonologicznych, leksykalnych, gramatycznych, syntaktycznych, morfologicznych i fonetycznych. U dzieci i młodzieży z ASD w normie intelektualnej rozwój możliwości komunikacyjnych w sposób wyraźny determinuje możliwości funkcjonowania w grupie rówieśniczej. Rozwój języka i komunikacji osób z ASD jest ekstremalnie różny. Wśród nich możemy odnaleźć dzieci, które o czasie osiągają kamienie milowe, dzieci oraz nastolatki mające prawidłowe kompetencje językowe mierzone standardowymi testami, ale również takie, które nie wypowiadają pierwszych słów w 6 r.ż., lub pozostają mutystyczne w ciągu całego życia. Zidentyfikowanie różnych fenotypów rozwoju języka jest istotne między innymi ze względów terapeutycznych, edukacyjnych oraz w celu ustalenia długoterminowej prognozy, która jest ściśle związana ze zdolnościami językowymi osób z ASD.

Metody: Grupę stanowiło 100 dzieci i młodzieży z rozpoznaniem ASD w normie intelektualnej. Materiał badawczy zebrany został na podstawie procesów diagnostycznych prowadzonych w latach 2012-2016 przy użyciu ustrukturalizowanego kwestionariusza wywiadu.

Analizie zostały poddane także próby badawcze przeprowadzane w trakcie spotkania diagnostycznego dotyczące umiejętności komunikacyjnych takich jak umiejętność rozmowy, rozumienie komunikatów kierowanych do osoby badanej, a także ocena teorii umysłu. Ocenie zostały poddane także umiejętności rozumienia i opisu sytuacji społecznych, ocenę emocji, żartu, metafor, przenośni.

Wyniki: U dzieci i młodzieży z ASD w normie intelektualnej obserwuje się, tak jak wskazuje literatura, trudności w rozwoju komunikacji społecznej. Zauważa się także, że u części dzieci występowało opóźnienie rozwoju mowy.

Część dzieci nie miała trudności w ocenie emocji prostych, natomiast trudności pojawiały się na poziomie opisu emocji kognitywnych, a także opisu sytuacji społecznej związanej z emocjami. Za tym także wyłaniały się trudności na poziomie teorii umysłu, szczególnie na poziomie metaprezentacji II stopnia, tych trudności nie obserwowało się u części badanych na poziomie metaprezentacji I stopnia.

Wnioski: Na podstawie przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że dzieci i młodzież z ASD w normie intelektualnej prezentują trudności na wyższych poziomach rozwoju komunikacji społecznej. Na poziomie podstawowym wiele dzieci i młodzieży radzi sobie w kontakcie językowym.

Jak śpią kobiety w ciąży?

Dorota Wołyńczyk-Gmaj[1], Simon Ziemka[2], Anna Różańska-Walędziak[3], Krzysztof Czajkowski[3], Marcin Ufnal[4], Aneta Brzezicka[5], Bartłomiej Gmaj[6], Piotr Januszko[6]
[1]Poradnia Leczenia Zaburzeń Snu przy Katedrze i Klinice WUM, Warszawa
[2]Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa
[3]Szpital Kliniczny im. Księżnej Anny Mazowieckiej, Warszawa
[4]Zakład Fizjologii i Patofizjologii Eksperymentalnej, Warszawa
[5]Uniwersytet SWPS, Warszawa
[6]Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM, Warszawa

Zaburzenia snu są bardzo często zgłaszane przez kobiety w ciąży i narastają w trakcie jej trwania. Najwięcej skarg dotyczy złej jakości snu i wybudzeń w nocy, a w konsekwencji - złego funkcjonowania w ciągu dnia. Potencjalnie u źródeł zaburzeń snu u kobiet ciężarnych mogą leżeć dolegliwości fizyczne, utrudnione oddychanie, czy powiększający się obwód brzucha. Innym czynnikiem mogącym zakłócać właściwy przebieg snu może być ze-

spół niespokojnych nóg (Restless Legs Syndrome, RLS), którego częstość występowania wzrasta z czasem trwania ciąży od 0 do 23% w trzecim trymestrze.

Występowanie bezsenności jest największe w trzecim trymestrze ciąży i dotyczy wg różnych badań ok 60% kobiet..

Udowodniono wpływ niskiej jakości snu i bezsenności w ciąży na zwiększone ryzyko wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu, porodu przedwczesnego, wydłużenia czasu trwania porodu oraz konieczności ukończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego, a u matek - depresji poporodowej, cukrzycy ciążowej, nadciśnienia i stanu przedrzucawkowego

Ciąża jest czynnikiem ryzyka wystąpienia chrapania i bezdechu nocnego. Pod koniec ciąży chrapanie zgłasza 25% kobiet, a u 11% z nich dochodzi do bezdechów w nocy. W badanej przez nas grupie 266 kobiet w trzecim trymestrze ciąży bezsenność rozpoznawana na podstawie Ateńskiej Skali Bezsenności nie była związana z sytuacją społeczną, wykształceniem, aktywnością, wiekiem, zaawansowaniem ciąży ani masą ciała. Wykazano istotny związek bezsenności w ciąży z wysokim poziomem wzbudzenia i lękiem oraz jedzeniem nocnym.

Wyniki te są zgodne z hipotezą całodobowego nadmiernego wzbudzenia jako przyczyny bezsenności.

Skala NBAS jako narzędzie wspomagające rozumienie zachowania noworodka

Agnieszka Wosz
Centrum Diagnostyki i Terapii "In Corpore", Katowice

Podczas wykładu przedstawione zostaną informacje dotyczące przebiegu, możliwości zastosowania oraz podstawowych założeń badania Skalą Obserwacji Zachowania Noworodka (NBAS – Neonatal Behavioral Assessment Scale).

Omówiony zostanie jeden z najważniejszych celów badania Skalą NBAS jakim jest pomoc rodzicom w dostrzeżeniu i zrozumieniu sygnałów jakie dziecko wysyła poprzez swoje zachowanie. Poruszony zostanie także temat wpływu omawianego badania na wzmacnianie poczucia kompetencji w rolach rodzicielskich oraz na budowanie więzi między rodzicami a dzieckiem. W wystąpieniu znajdą się także odniesienia do doświadczeń z przeprowadzania badań Skalą NBAS w Centrum Diagnostyki i Terapii In Corpore oraz na Oddziale Położniczym Prywatnej Kliniki, ul. Łubinowa 3 w Katowicach.

Teksty i neurony. Co analiza neuroligwistyczna mówi o schizofrenii?

Tomasz Woźniak
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS, Lublin

Systematyczne badania nad schizofazją, prowadzone w Polsce od początku lat 90 XX wieku przez Czernikiewicza i Woźniaka w dużej mierze korelują z badaniami światowymi w tej dziedzinie, rozwijając nawet niektóre dziedziny, na przykład w badaniach narracji schizofrenicznych. Sporządzony inwentarz zaburzeń językowych na poziomie wszystkich poziomów funkcjonowania języka, budowy tekstu a także zachowań interakcyjnych i narracyjnych pozwala na interpretację zebranych danych lingwistycznych w odniesieniu do wiedzy neuropsychologicznej i neuropsychiatrycznej. Typy zaburzeń funkcji językowych interpretowane w odniesieniu do modeli funkcjonowania mowy w mózgu, nawet przy przywołaniu klasycznych rozwiazań zaproponowanych przez Łurię, pozwalają na wskazania neurostrukturalne i neurofunkcjonalne dotyczące mózgów osób chorych na schizofrenię. Potwierdzają przede wszystkim czołowo-skroniową lokalizację zaburzeń schizofrenicznych w półkuli dominującej, brak istotnych deficytów w korze przedruchowej, ale wskazują także na zaburzenia w połączeniach z prawą półkulą.

„Młodzi gniewni" – zaburzenia zachowania w strukturze dziennego oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży. Perspektywa psychoterapeutyczna i psychiatryczna

Michalina Zakrawacz, Agnieszka Kapinos-Gorczyca, Anna Kapała, Magdalena Majka, Magdalena Bogucka, Marta Połomska, Małgorzata Karczewska, Iwona Baran, Hanna Głowacka, Marek Skórzak
Centrum Zdrowia Psychicznego "Feniks", Gliwice

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie przykładów pracy psychoterapeutycznej prowadzonej z dziećmi i młodzieżą, przebywającą w dziennym oddziale psychiatrycznym. W publikacji skoncentrowano się na osobach, u których stwierdzono występowanie objawów zaburzeń zachowania o podtypie opozycyjno-buntowniczym. Uwzględniono przykłady, w których zaburzenie opozycyjno-buntownicze stanowiło wyizolowane rozpoznanie lub współwystępowało w przebiegu innego zaburzenia (np. zespołu nadpobudliwości psychoruchowej). Prezentowane refleksje i doświadczenia kliniczne stanowią zapis pracy terapeutycznej, prowadzonej w formie indywidualnej i grupowej w dziennym oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży, który działa w Centrum Zdrowia Psychicznego „Feniks" w Gliwicach.

Misją Oddziału, która realizowana jest od momentu jego powstania w 2003 roku, jest tworzenie warunków, w których dzieci i młodzież przeżywająca różnego rodzaju problemy natury psychologicznej, może podjąć pracę nad sobą w celu poprawy jakości swojego życia. W ramach proponowanych zajęć pacjenci mają okazję przyjrzeć się mechanizmom swojego przeżywania i reagowania oraz wypróbować inne metody rozwiązywania trudnych sytuacji. Pobyt w Oddziale stanowi również okazję do doświadczenia siebie jako osoby wartościowej, radzącej sobie w konstruktywny sposób. W naszym opisie i rozumieniu funkcjonowania pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia opozycyjno-buntowniczego postaramy się wskazać na znaczenie wczesnej relacji dziecko – matka, roli ojca i jego braku w rozwoju dziecka, wzorców zachowania wewnątrz rodziny (przekazów transgeneracyjnych), zakłóceń w odniesieniach rówieśniczych oraz trudności pojawiających się w funkcjonowaniu szkolnym, które przyczyniają się do powstawania zachowań problemowych i ich przekształcenia w zaburzenia zachowania.

Znaczenie dialogu motywującego dla współpracy pacjenta, podczas leczenia ostrego epizodu schizofrenii

Maria Załuska
Oddział Psychiatrii w Szpitalu Bielańskim, Warszawa

Dialog motywujący DM jest pomocny w pracy nad zmianą zachowań niekorzystnych. Pomaga rozwijać i wzmacniać motywację w sposób skuteczny, nawet u pozornie nie zmotywowanych osób. Prezentacja analizuje w perspektywie DM relację terapeutyczną z pacjentką leczoną w szpitalnym oddziale

psychiatrycznym z powodu ostrego epizodu psychotycznego w przebiegu schizofrenii. Punktem wyjścia w pracy z pacjentka było założenie że aktywny udział i świadoma współpraca z lekarzem (innym terapeuta) ma znaczenie kluczowe dla efektów terapii pacjenta z zaburzeniami psychotycznymi.

Od pierwszych dni pobytu w oddziale psychiatrii, u pacjentki przyjętej do szpitala bez jej zgody, próbowano równolegle z wdrożeniem farmakoterapii nawiązać dialog w którym pacjentka swobodnie ujawniała własne niekiedy psychotyczne motywacje i cele, oraz otrzymywała informacje zwrotne na temat swojej sytuacji prawnej, diagnozy i innych okoliczności związanych z chorobą i jej życiowa sytuacją. W toku ustępowania objawów psychotycznych i prowadzenia dialogu motywującego pacjentka uzyskała wgląd w chorobę i jej objawy, odnalazła własną motywacje do współpracy w leczeniu i zmodyfikowała dotychczasowe sposoby realizowania preferowanych przez nią wartości i celów życiowych. Umożliwiło to wypisanie pacjentki ze szpitala i kontynuacje terapii w warunkach ambulatoryjnych

Wypadki lotnicze - uwarunkowania psychologiczne

Krzysztof Zboralski, Marian Macander
Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej, Warszawa

Wśród wielu publikacji krajowych i zagranicznych przeważająca liczba dotyczy przede wszystkim skutków, jakie ponosi człowiek uczestniczący bezpośrednio lub pośrednio w katastrofach. Wśród katastrof wymienić można przede wszystkim klęski żywiołowe, wojny ale także katastrofy związanie z komunikacją, ekologią, technologią a także aktami terroru i zachowaniami kryminogennymi, które z założenia przyczyniają się do planowej i masowej zagłady wielu ludzi. Jak podają różne źródła liczba katastrof ma tendencję wzrastającą. W naszym wystąpieniu pragniemy skupić się na wypadkach związanych z lotnictwem, szczególnie zaś z udziałem człowieka – jego funkcjonowania psychologicznego, które w dużym stopniu determinowało to zdarzenie lotnicze. Nie skupiamy się na skutkach lecz na przyczynowości. W wypadkowości lotniczej jest to związane z tzw. czynnikiem ludzkim (Human Factor) determinującym powstanie katastrofy. Czynnik ten nie musi wcale występować podczas czynności związanych z samym działaniem pilotów w kokpicie ale równie często znajduje się poza nimi i często dużo wcześniej. Analiza każdego zdarzenia lotniczego rozpoczyna się od przeanalizowania czynników ukrytych mogących mieć istotne znaczenie w wyjaśnieniu przyczyn powstania wypadku lotniczego. Idealną teorią wykorzystywaną w tym procesie wnioskowania jest teoria Jamesa REASONA (Swiss cheese).

Każda misja lotnicza jaką załoga statku powietrznego ma do wykonania obarczona jest ryzykiem. Szacowanie tego ryzyka odbywa się na każdym poziomie podejmowanej decyzji. Mimo tak sformalizowanych procedur dochodzi jednak do wypadków lotniczych. Niektóre czynniki zewnętrze i wewnętrzne takie jak: pośpiech, rutyna, aprobowanie nadmiernego ryzyka, brak właściwych nawyków i odpowiedniego przeszkolenia, warunki pogodowe, naciski oraz chęć zaimponowania mogą doprowadzić do tragedii. Każde działanie załogi lotniczej obarczone jest ryzykiem popełnienia błędów gdyż każdy statek powietrzny przemieszcza się w przestrzeni trójwymiarowej. Najważniejszą cechą każdego pilota powinno być monitorowanie lotu i umiejętne korygowanie niedociągnięć oraz błędów. Każda misja lotnicza to nie jest tylko praca pilota ale całego zespołu ludzkiego zabezpieczającego ten lot. Dlatego tak ważne jest prowadzenie właściwej profilaktyki, odpowiedniego szkolenia oraz dbanie o komfort psychiczny poszczególnych członków personelu lotniczego w „rodzinie lotniczej". W naszej prezentacji przedstawimy kilka wypadków lotniczych w których określone procedury zostały złamane. Doszło w nich do utraty zdrowia i życia personelu lotniczego a także zniszczenia sprzętu. Przedstawimy w nich złożoność podejmowanych przez pilotów decyzji w deficycie czasu. Przedstawimy również wypadki lotnicze powstałe w kraju jak i trakcie zagranicznych misji wojskowych.

Dekada badań nad wykorzystaniem głębokiej stymulacji mózgu DBS w psychiatrii

Andrzej Zięba[1], Robert-Teodor Hese[2], Piotr Gorczyca[2], Tomasz Zyss[3]
[1]Katedra i Klinika Psychiatrii Dorosłych, CMUJ, Kraków
[2]Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii, SUM, Tarnowskie-Góry
[3]Klinika Psychiatrii Dorosłych, Dzieci Młodzieży, Szpital Uniwersytecki, Kraków

W 1995 r. Mayberg i in. zaprezentowali wyniki pierwszego celowanego eksperymentu klinicznego nad zastosowaniem głębokiej stymulacji mózgu (DBS) w depresji. Z okresu wcześniejszego pochodziły informacje kazuistyczne nad raczej przypadkowym wpływem DBS na nastrój (zarówno w zakresie pogorszenia, jak i jego poprawy) u pacjentów, u których głęboka stymulacja mózgu stosowana była w leczeniu schorzeń neurologicznych.

Sukces zespołu Mayberg polegał na stereotaktycznym umiejscowieniu elektrod stymulujących nie na ślepo (tj. gdzieś do głębokich struktur mózgowia, które choćby potencjalnie uczestniczą w kontroli emocji/nastoju), lecz w okolicy, w której przy pomocy czynnościowych badań neuroobrazowych zostały zidentyfikowane pewne zaburzenia metaboliczne. W minionej dekadzie już kilkadziesiąt pacjentów z depresją zostało poddanych terapii DBS.

Technika DBS uznawana jest za najbardziej inwazyjną metodę leczenia psychiatrycznego (poza prowadzącymi do trwałego uszkodzenia operacjami neurochirurgicznymi akceptowanymi ultima ratio w terapii ciężkich zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych), choć metodę mającą odwracalny charakter (efekt biologiczny wynikający ze stymulacji elektrycznej).

Oprócz określonych korzyści terapeutycznych - ograniczeniem metody jest brak możliwości badania w warunkach dłużej trwającego zaślepienia, konieczność wykonywania wcześniejszych czynnościowych badań neuroobrazowych, konieczność posiłkowania się zabiegiem neurochirurgicznym (z ryzykiem chirurgicznej eksplantacji w przypadku wystąpienia powikłań chirurgicznych, brak skuteczności, ujawnienia się powikłań psychotycznych. Powyższe stanowi, iż beneficjentami terapii DBS może być jak na razie jedynie niewielka grupa najciężej chorych w najbogatszych ośrodkach biologicznego leczenia psychiatrycznego.

Gdzie kończy się opieka pielęgniarska, a zaczyna terapia prowadzona przez pielęgniarki u osób z zaburzeniami psychicznymi

Marcin Ziółkowski
Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz

Psychiatria jest przykładem tej dziedziny medycyny, w której działania lecznicze u pacjentów prowadzą w tym samym czasie, w sposób skoordynowany, specjaliści z różnych dziedzin. W ostatnim czasie obserwujemy proces wzrostu kompetencji zawodowych pielęgniarek. Niedawno wprowadzone uregulowania prawne pozwalają pielęgniarkom np. na przepisywanie leków.

Wprowadzenie, przed ponad 50 laty, Społeczności Terapeutycznej można traktować jako początek wyjścia pielęgniarek z roli osób, które sprawują jedynie opiekę nad chorymi, do osób które są pełnoprawnymi członkami teamu terapeutycznego. W ramach teamu terapeutycznego pielęgniarki mogą prowadzić również działania lecznicze. Diagnoza Pielęgniarska ustala działania pielęgniarskie, jakie mają być prowadzone u pacjentów, tak opiekuńcze jak i lecznicze. W chwili obecnej w trakcie pracy w warunkach oddziału psychiatrycznego czy odwykowego, pielęgniarki prowadzą działania terapeutyczne przez: edukację, uczenie sposobów radzenia sobie, prowadzenie treningów umiejętności społecznych, pomagają rozwiązywać sytuację kryzysowe. Niezależnie, pielęgniarki aktywnie włączają się w działania związane z opieką środowiskową chorych, stwarzaniem dla nich leczniczego oparcia społecznego. W niedalekim czasie należy spodziewać się dalszej transgresji działań pielęgniarskich, z opieki na działania terapeutyczne u osób z zaburzeniami psychicznymi. Należy ten proces wspomagać, ponieważ umożliwi on podniesienie jakości terapii osób z zaburzeniami psychicznymi.

Status quo w badaniach nad przezczaszkową stymulacją magnetyczną TMS oraz stymulacją nerwu błędnego w terapii depresji

Tomasz Zyss[1], Andrzej Zięba[2], Dominika Dudek[2], Robert-Teodor Hese[3]

[1]Klinika Psychiatrii Dorosłych, Dzieci Młodzieży, Szpital Uniwersytecki, Kraków

[2]Katedra i Klinika Psychiatrii Dorosłych, CMUJ, Kraków

[3]Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii, SUM, Tarnowskie-Góry

Minione trzy dekady (od 1995 r.) obfitowały w pojawienie się nowych fizykalnych technik polegających na stymulacji mózgu przy pomocy prądów elektrycznych lub pól magnetycznych. Do technik tych zaliczyć można elektryczną stymulację nerwu błędnego VNS oraz przezczaszkową stymulację magnetyczną TMS. Obie techniki zostały opracowane i wdrożone do praktyki klinicznej przez neurologów: TMS początkowo jako metoda diagnostyczna, a VNS od razu jako metoda terapeutyczna. Wtórnie obie techniki zostały zaadoptowane jako metody terapeutyczne w psychiatrii - głównie do leczenia depresji będącej obecnie głównym wskazaniem do stosowania dawnej ale nadal skutecznej techniki zabiegów elektrowstrząsowych EW. Zarówno VNS, jak i TMS - w przeciwieństwie do EW są technikami niedrgawkowymi. W przypadku obu technik istnieje realny problem z zaślepieniem badań klinicznych. W przypadku TMS podnoszone jest istnienie istotnego efektu placebo. W przypadku VNS stymulacja możliwa jest na ślepo. Impulsu płynące dośrodkowo lewym nerwem błędnym docierają głębokich i powierzchownych struktur mózgowia, które uczestniczą w kontroli emocji/nastroju. W przypadku TMS wydaje się konieczną przedstymulacyjna diagnostyka identyfikująca metabolicznie zaburzone struktury korowe, z następczą stymulacją właśnie tych zaburzonych okolic. Konieczność stosowania metod chirurgicznych ogranicza szeroką możliwość stosowania VNS. Obie metody stanowią ciekawe uzupełnienie terapeutycznych możliwości między farmakoterapią a terapią EW.

Próby samobójcze pacjentów szpitali psychiatrycznych - identyfikacja ryzyka w środowisku zbudowanym szpitali psychiatrycznych oraz metody eliminacji zagrożeń

Jakub Bil
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków

Wprowadzenie: Nieprawidłowy układ funkcjonalno-przestrzenny i wykorzystanie niewłaściwych elementów wyposażenia wnętrz, sprzyjają większej częstotliwości pojawiania się niebezpiecznych zdarzeń na terenie oddziałów. Analizując cechy środowiska fizycznego obiektów szpitali, można zidentyfikować miejsca szczególnie niebezpieczne dla pacjentów psychiatrycznych. Dotyczy to zwłaszcza miejsc ukrytych, ciemnych, niekontrolowanych przez personel oraz elementów aranżacji i wyposażenia przestrzeni sprzyjających zachowaniom autoagresywnym (zamachy samobójcze). Zarówno funkcja determinująca pojawianie się niebezpiecznych stref, jak kształt i elementy wnętrza stanowią, zdaniem personelu, jak i pacjentów o poziomie bezpieczeństwa behawioralnego w szpitalu i na oddziałach. Układ funkcjonalny może sprzyjać obserwacji pacjentów, ale i uniemożliwiać skuteczne wykonanie takiego zadania przez zespół pracowników oddziału. Analogicznie, elementy wnętrza mogą stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów w kontekście aktów suicydalnych lub takie uniemożliwiać.

Cel: Zostaną przedstawione metody identyfikacji zagrożeń środowiska zbudowanego szpitali psychiatrycznych. Omówione zostaną metody oceny zagrożeń oraz ich eliminacji. Przedstawione zostaną praktyczne rozwiązania na etapie projektowym szpitala psychiatrycznego oraz zastosowanie ich dla obiektów istniejących.

FASD (Spektrum Polakoholowych Wrodzonych Zaburzeń Rozwojowych) na przestrzeni życia

Małgorzata Klecka[1], Małgorzata Janas-Kozik[2], Aleksander Sieroń[3], Małgorzata Lisik[3]
[1]Pracownia Diagnostyki i Terapii Zaburzeń Rozwojowych, Lędziny
[2]Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Centrum Pediatrii w Sosnowcu, Katowice
[3]Katedra i Zakład Biologii Molekularnej i Genetyki Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Katowice

Płodowy zespół alkoholowy (FAS – Fetal Alcohol Syndrome) plasuje się na skrajnym biegunie Spektrum Poalkoholowych Wrodzonych Zaburzeń Rozwojowych (FASD – Fetal Alcohol Spectrum Disorders). Najgroźniejszym w skutkach prenatalnym działaniem alkoholu jest jego działanie na rozwijający się mózg, a w efekcie na funkcje kognitywne i behawioralne. Ekspozycja alkoholowa zaburza rozwój mózgu na wiele sposobów na wszystkich etapach rozwoju – od neurogenezy do mielinizacji. Na przykład ten sam proces, który doprowadza do powstania charakterystycznych dla FAS cech dysmorficznych może także zaburzyć rozwój mózgu, a w efekcie rozmaite jego funkcje od poznawczych po motorykę. Proces ten sprawia, że na FASD na przestrzeni życia manifestuje się w różnorodny sposób. W obszarze badań nad FASD istnieje wciąż wiele nierozwiązanych kwestii, jednak bezspornym jest że: 1) alkohol jest teratogenem, którego skutki działania na rozwijający się embrion i płód są dewastujące; 2) lista konsekwencji prenatalnej intoksykacji alkoholowej są jest znacznie szersza niż te, które są opisane jako FAS; 3) najpoważniejsze skutki prenatalnej ekspozycji alkoholowej to negatywny wpływ na rozwój mózgu oraz na funkcje poznawcze i zachowanie; 4) konsekwencje prenatalnej ekspozycji alkoholowej stanowią ważny problem zdrowia publicznego, jako że jej ekonomiczne koszty są zatrważające.

Najgroźniejszym w skutkach uszkodzeniem poalkoholowym wchodzącym w skład FASD jest Alkoholowy Zespół Płodowy (Fetal Alcohol Syndrome - FAS) na który składają się: niska waga urodzeniowa, charakterystyczne cechy dysmorficzne, cechy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego i potwierdzenie ekspozycji na alkohol w okresie ciąży. Brak danych statystycznych dotyczących występowania FAS oraz innych poalkoholowych zaburzeń spowodowane jest zarówno brakiem ośrodków diagnozujących to schorzenie, jak i brakiem narzędzi diagnostycznych. Autorzy zaprezentują zwalidowane w Polsce narzędzie przydatne do diagnozy całego Spektrum FASD – tzw. Kwestionariusza Waszyngtońskiego (4 – cyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego) opracowanego przez zespół lekarzy Diagnostic and Prevention Network, Waszyngton (Clarren, Astley 1997, Clarren 2000). Cztery cyfry w kodzie odzwierciedlają stopień nasilenia czterech kluczowych cech diagnostycznych FASD w następującej kolejności: 1. Niedobór wzrostu; 2. Rysy twarzy typowe dla FAS; 3. Nieprawidłowości w obrębie OUN; 4. Ekspozycja na alkohol w okresie prenatalnym.

Stopień nasilenia każdej z tych cech oceniany jest niezależnie wg 4-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza całkowity brak cechy typowej dla FAS a 4 zdecydowaną „klasyczną" obecność cechy typowej dla FAS.

Podczas warsztatu autorzy zaprezentują manifestację uszkodzeń zwiazanych z FASD na przestrzeni życia od noworodka do dorosłości oraz przedstawią najważniejsze obszary diagnostyki różnicowej – w tym genetycznej i psychiatrycznej. Wiadomo na przykład, że procesy wzrostu, proliferacji oraz przeżycia tkanek, których głównymi mediatorami są ścieżki sygnałowe czynników wzrostu ulegają zakłóceniu pod wpływem alkoholu.Liczne badania in vitro wykazały, że ekspozycja na alkohol zmniejsza aktywność ścieżki PI3K/AKT/mTOR. Alkohol może wpływać na metylację DNA poprzez wpływ na kluczowe enzymy metylujące takie jak metylotransferazy DNA. Zmiany metylacji DNA mogą pojawiać się także na skutek zmian w ścieżkach sygnałowych choliny, metioniny oraz 5-metylotetrahydroksyfolianu, które są kluczowymi substratami dla metylacji. Alkohol zmniejsza absorpcję folianów z diety, witaminy niezbędnej dla reakcji przenoszenia węgla w ścieżce sygnałowej metionina-homocysteina.. Badania nad FASD doprowadziły do odkrycia, że wiele objawów FASD może mieć przynajmniej częściowo źródło w nieprawidłowych znacznikach epigenetycznych powstałych pod wpływem alkoholu w czasie tworzenia się komórek rozrodczych lub w czasie rozwoju embrionalnego. Chociaż podłoże molekularne dziedziczenia epigenetycznego nie zostało w pełni poznane, jego zrozumienie daje obietnicę zapobiegania i leczenia zaburzeń rozwojowych mózgu.

Szkolenie lekarzy i studentów w zakresie psychiatrii i opiniowania sądowo - psychiatrycznego

Wojciech Kosmowski
PZP, Bydgoszcz

Celem warsztatu jest ukazanie różnych metod edukacji studentów oraz lekarzy w dwóch dziedzinach: psychiatrii oraz opiniowania sądowo-psychiatrycznego z wykorzystaniem kilkunastoletnich doświadczeń z Bydgoszczy.

Opracowania dla studentów były wykorzystywane na trzech wydziałach: Wydziale Lekarskim i Wydziale Nauk o Zdrowiu CM w Bydgoszczy UMK w Toruniu oraz Wydziale Pedagogiki i Psychologii UKW w Bydgoszczy dla studentów medycyny (polskojęzycznych i anglojęzycznych), pielęgniarstwa, ratownictwa medycznego i pracy socjalnej.

Opracowania dla lekarzy szkolących się w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym były stosowane dla osób specjalizujących się w psychiatrii - do wykorzystania dla opiekunów specjalizacji oraz w czasie kursów CMKP organizowanych w Bydgoszczy.

Materiały przygotowane dla uczestników obejmują prezentacje multimedialne, opisy przypadków i zadań dla osób uczących się, schematy ćwiczeń, sposoby sprawdzania wiadomości. Warsztat ten będzie także okazją do wymiany doświadczeń.

Rozwój seksualny człowieka – informacje przydatne dla psychiatry

Agata Leśnicka
Centrum Zdrowia Psychicznego w Gdyni, Gdynia

Zdrowie seksualne pacjenta psychiatrycznego jest kwestią ważną, ale dość często pomijaną w ocenie klinicznej. Może to wynikać z wielu względów, nieumiejętności zadawania pytań na ten temat, przekonań lekarza, nieznajomości norm seksuologicznych, oporu pacjenta. Równie istotnym aspektem wpływającym na zdrowie seksualne jest rozwój seksualny. Jest on szczególnie intensywny w okresie dzieciństwa i adolescencji, ale zgodnie z punktem widzenia psychologii life-span można także uznać, że trwa on całe życie. Warsztat jest adresowany do osób, które chcą zdobyć lub usystematyzować wiedzę na temat rozwoju seksualnego człowieka.

Uczestnicy warsztatu zostaną zapoznani z takimi zagadnieniami jak model rozwoju seksualnego według Seligmana, koncepcje opisujące rozwój tożsamości płciowej (Kohlberg), tożsamości osób nieheteroseksualnych (Cass) oraz implikacjami praktycznymi tych koncepcji dla pracy klinicznej. Podczas warsztatu będzie możliwość omówienia tych zagadnień teoretycznych w kontekście doświadczeń klinicznych uczestników warsztatu lub przedstawianych studiów przypadków.

Rola terapii rodzinnej w leczeniu anoreksji

Maria Marquardt
Katowicki Instytut Psychoterapii, Katowice

Jesienią na łamach Archives of General Psychiatry zostaną opublikowane szczegółowe wyniki badań porównujących skuteczność psychoterapii indywidualnej z psychoterapią rodzinną w leczeniu anoreksji. Wstepne doniesienia są bardzo interesujące. Zespół Locka w Stanford współpracowacujący z naukowcami z Uniwersytetu Chicago oraz z Lucile Packard Children's Hospital przeprowadził badanie 121 mężczyzn i kobiet chorych na anoreksję. Badacze stwierdzil że 49,3% pacjentów poddanych terapii opartej na rodzinie było w pełnej remisji oraz 23,2% pacjentów z psychoterapii indywidualnej. Badania nie określają dokładnie, dlaczego terapia rodzin okazuje się bardziej skuteczna, Właśnie dlatego w trakcie warsztatu bedziemy wspólnie (w oparciu o analizę przypadku i ćwiczenia)poszukiwać czynników leczących w psychopterapii rodzinnej.

Neuropsychoanaliza-nowe idee

Sławomir Murawiec[1], Cezary Żechowski[2]
[1]Centrum Terapii Dialog, Warszawa
[2]Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa

Teoria podstawowych systemów emocjonalnych Jaaka Panskeppa podejmuje problematykę emocji i popędów w perspektywie ewolucyjnej. Wg Panksepa emocje pełnią istotną funkcję w adaptacji organizmu do otoczenia oraz w komunikacji społecznej pomiędzy poszczególnymi osobnikami. Panksepp wyróżnia trzy piętra ośrodków emocji w mózgu człowieka i ssaków. Najgłębsza warstwa okołowodociągowa odpowiada za generowanie impulsów o charakterze popędowym (tzw. procesy pierwotne), automatycznych i najmniej dowolnych, piętro związane z hipokamp i układem limbicznym modyfikuje emocje zgodnie z doświadczeniem i historią jednostki (procesy wtórne), ośrodki korowe umożliwiają wgląd w życie intrapsychiczne i udział refleksji w kształtowaniu doświadczeń emocjonalnych (procesy trzecie). Wg Panksepa w mózgu człowieka i ssaków można wyróżnić 7 podstawowych systemów emocjonalnych zorganizowanych wg powyższego schematu i odpowiadających odmiennym systemom popędowo-behawioralnym. Podstawowe tezy teorii Panksepa zostały podjęte przez neuropsychoanalizę i doczekały się rozwinięcia w postaci koncepcji objaśniających zjawiska obserwowane w psychopatologii i psychoterapii. W warsztacie zostaną przedstawione dwie propozycje zastosowania tych koncepcji w praktyce klinicznej. Po pierwsze w odniesieniu do psychoterapii: koncepcje dotyczące motywacji, przywiązania, agresji i gniewu w etiologii zaburzeń oraz roli psychoterapii w modyfikowaniu dysfunkcji podstawowych systemów emocjonalnych. Po drugie w odniesieniu do farmakoterapii: jak można widzieć działanie i stosowanie leków psychotropowych w odniesieniu do podstawowych systemów emocjonalnych mózgu.

Narzędzie SAPROF – jego użyteczność przy tworzeniu planów terapeutycznych i zarządzaniu ryzykiem przemocy u wybranego pacjenta

Michał Nowopolski[1], Agnieszka Welento-Nowacka[1], Leszek Ciszewski[2]
[1]Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, Starogard-Gdański
[2]Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej, Starogard-Gdański

SAPROF jest narzędziem oceny czynników, które chronią dana osobę przed popełnieniem czynów o charakterze przemocy, zgodnym z nurtem tzw. Ustruktyryzowanej Profesjonanej Oceny (SPJ). W celu pełnej oceny ryzyka przemocy wskazane jest stosowanie go łącznie z narzędziem HCR-20v3.

Celem prezentacji jest wykazanie przydatności narzędzia SAPROF do tworzenia planu terapii skoncentrowanej na zapobieganiu recydywy czynów o charakterze przemocy u pacjenta, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający. Praktyczne możliwości narzędzia SAPROF będą przedstawione

w odniesieniu do pacjenta oddziału psychiatrii sądowej w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim. Jest to osoba 30-letnia, od ok. 10 lat cierpiąca na schizofrenię, z wywiadem szkodliwego używania alkoholu i innych substancji, a także z doświadczeniem poważnej traumy w dzieciństwie, obecnie w trakcie drugiej internacji związanej z niebezpiecznymi zachowaniami o charakterze przemocy. Poza cechami i czynnikami sprzyjającymi zachowaniom agresywnym u tego pacjenta, można zidentyfikować jego wyraźne mocne strony – „zasoby". Zbilansowanie czynników ryzyka - sprzyjających przemocy i chroniących przed jej wystąpieniem umożliwia zaplanowanie trafniejszych interwencji terapeutycznych i w konsekwencji uzyskanie redukcji zagrożenia do stopnia, jak się spodziewamy, umożliwiającego funkcjonowanie tej osoby poza szpitalem w naturalnym środowisku. W odniesieniu do tego pacjenta przedstawione będą: a) przebieg zaburzeń i zachowań o charakterze przemocy; b) czynniki ryzyka przemocy - zidentyfikowane przy pomocy narzędzia HCR-20v3; c) czynniki ochronne (mocne strony, zasoby) – określone przy pomocy narzędzia SAPROF; d) obszary na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę w trakcie procesu leczenia i wokół których należy budować plan terapii; e) szczegółowy plan terapii i plan zarządzania ryzykiem przemocy.

Wpływ trudności z obszaru zdrowia psychicznego na proces studiowania. Specyfika usług dla studentów doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego na Uniwersytecie Warszawskim

Urszula Zaniewska-Chłopik[1], Anna Szymańska[2]
[1]Szpital Bielanski, Warszawa
[2]Biuro ds Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa

Wstęp: W ostatnich latach rośnie liczba osób doświadczających problemów z obszaru zdrowia psychicznego. Dotyczy to w szczególności osób młodych do 29 r.ż (1). Szczególna grupą stanowią studenci. Przeprowadzono szereg badań dotyczących epidemiologii zaburzeń psychicznych wśród populacji akademickiej: na podstawie przesiewowej oceny stanu psychicznego (kwestionariusz GHQ) stwierdzono wysokie wskaźniki problemów ze zdrowiem psychicznym 65 % u kobiet i 54 % u mężczyzn. (2) Wykazano także, że występowanie niektórych zaburzeń psychicznych miało znaczący wpływ na nieukończenie studiów. (3) Brak diagnozy i odpowiedniego postępowania terapeutycznego może prowadzić do przerywania nauki uniwersyteckiej, prób samobójczych oraz podejmowania tzw. zachowań ryzykownych (w tym eksperymentowania i nadużywania alkoholu oraz substancji psychoaktywnych). (4) Podobne badania potwierdzające wysokie rozpowszechnienie problemów zdrowia psychicznego - 39,9% w ciągu całego życia i 32,3% w roku poprzedzającym badanie - przeprowadzono także we Wrocławiu (5). Każda uczelnia wyższa w Polsce ma obowiązek udzielać wsparcia studentom borykającymi się z problemami zdrowotnymi. Studenci Uniwersytetu Warszawskiego doświadczający problemów ze zdrowiem psychicznym mogą znaleźć pomoc w Biurze ds. Osób Niepełnosprawnych. Z jego usług ma prawo skorzystać każda osoba, która ze względu na niepełnosprawność lub stan swojego zdrowia nie radzi sobie ze studiowaniem w trybie standardowym. Pomoc jest udzielana po przeanalizowaniu związku między sytuacją zdrowotną a trudnościami, które uniemożliwiają studentowi realizację programu studiów w trybie standardowym. Do najczęstszych form pomocy dla osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym należą: zmiana harmonogramu zaliczeń, zmiana poziomu dopuszczalnych nieobecności, zmiana formy egzaminu lub zaliczenia, urlop zdrowotny, konsultacje psychologiczne i psychiatryczne, wsparcie w organizacji pracy.

Cel warsztatu: przybliżenie skali problemu i specyfiki zaburzeń psychicznych wśród studentów na podstawie piśmiennictwa i doświadczeń własnych. Prezentacja oferty wsparcia w trudnościach zdrowia psychicznego oferowanych przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyskusja na temat rozumienia i akceptacji tego typu problemów w środowisku akademickim jak i wśród lekarzy psychiatrów i psychologów.

Podsumowanie: Trudności z obszaru zdrowia psychicznego stają się coraz częstszym zjawiskiem w populacji studentów. Istotna jest popularyzacja informacji na ten temat w środowisku ekspertów od zdrowia psychicznego jak i w środowisku akademickim.

Piśmiennictwo: 1) Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r; 2) MacCall C., Callender JS,, Irvine W , et all (2001;) Substance misuse, psychiatric disorder and parental relationships in patients attending a student health service; International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 7, 137–14; 3) Hunt J, Eisenberg D, Kilbourne AM; Consequences of Receipt of a Psychiatric Diagnosis for Completion of College; Psychiatric Services_ ps.psychiatryonline.org _ April 2010 Vol. 61 No. 4; 4) Janion, E. (2011). Osoby długotrwale chore somatycznie i z zaburzeniami zdrowia psychicznego. W H. Ochonczenko, M. Czerwińska i M. Garbat, Osoby z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Wybrane zagadnienia (strony 71-88). Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski; 5) Marta Zagdańska, praca doktorska Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu; 6) www.bon.uw.edu.pl

Postery

Badanie ultrasonograficzne nerek u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową otrzymujących długotrwale węglan litu

Maria Abramowicz[1], Katarzyna Jończyk-Potoczna[2], Maria Chłopocka-Woźniak[1], Janusz Rybakowski[1]
[1]Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego, Poznań
[2]Zakład Radiologii Pediatrycznej Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera UM, Poznań

Wstęp i cel pracy: Długotrwałe stosowanie litu powoduje upośledzenie zdolności zagęszczania moczu, a u części chorych - wystąpienie przewlekłej nefropatii śródmiąższowej, którą odzwieciedla zwiększenie stężenia kreatyniny oraz zmniejszenie współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR). Zmiany morfologiczne cewek, śródmiąższu i kłębuszków nerkowych towarzyszące uszkodzeniu nerek związanemu ze stosowaniem litu nazwano nefropatią litową, która w badaniach biopsyjnych charakteryzuje się atrofią cewek, włóknieniem śródmiąższowym i występowaniem torbieli. W badaniach ultrasonograficznych (usg) nerek pacjentów z nefropatią litową opisywano: hyperechogenność kory nerek, punktowe ogniska hyperechogeniczne (PHF– ang. punctate hyperechogenic foci) odpowiadające mikrotorbielom znajdującym się poniżej rozdzielczości badania usg oraz mikro- (śr. < 2 mm) i makrotorbiele (śr.>2mm). Celem naszej pracy było wykonanie badania usg nerek w grupie pacjentów długotrwale leczonych litem z powodu choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) i korelacja uzyskanych wyników z parametrami funkcji nerek.

Materiał i metodyka: U 120 pacjentów z rozpozaniem ChAD przeprowadzono: badanie ultrasonograficzne nerek i oznaczenie laboratoryjnych parametrów ich funkcji. Badanie usg wykonano za pomocą aparatu Technos MPX firmy Esaote używając sondy wypukłej (2,0-5,0 MHz) oraz sondy szerokopasmowej liniowej (5-12 MHz). Ocena parametrów laboratoryjnych funkcjonowania nerek obejmowała oznaczenie: stężęnia kreatyniny w surowicy oraz obliczenie GFR za pomocą wzoru MDRD. Z próbki moczu pobranej z pierwszej porannej mikcji po nocnej hydropenii oznaczono ciężar właściwy, stężenie kreatyniny, mikroalbuminurię oraz obliczono współczynnik albumina/kreatynina w moczu (UACR). W surowicy i w moczu oznaczono nowe markery uszkodzenia nerek: beta-2-mikroglobulinę (β2MG) i lipokalinę związaną z żelatynazą neutrofilii (NGAL- ang. neutrophil gelatinase - associated lipocalin). Wśród przebadanych: 90 pacjentów (30 mężczyzn i 60 kobiet) w wieku 36-82 lat utworzyło grupę leczoną litem (średni czas litoterapii wynosił 16 lat), a 30 pacjentów (10 mężczyzn i 20 kobiet) w wieku 35-85 lat, którzy nigdy nie otrzymywali litu, utworzyło grupę kontrolną.

Wyniki: Średnia wielkość nerek u 90 pacjentów leczonych litem była prawidłowa i wynosiła 11,0 ± 1,1 cm. W obu badanych grupach najczęściej spotykaną zmianą w badaniu usg nerek były makrotorbiele, które stwierdzono u 20 pacjentów (22%) leczonych litem i u 5 pacjentów (16%) z grupy kontrolnej. Pacjenci leczeni litem z makrotorbielami mieli istotnie statystycznie większą średnią wielkość nerek (p=0,019), wyższe średnie stężenie kreatyniny (p=0,021), niższe GFR (p=0,035), niższy ciężar właściwy moczu (p=0,027) w porównaniu z pacjentami bez makrotorbieli. Podobna analiza w grupie kontrolnej nie wykazała istotnych różnic. Zmiany w badaniu usg charakterystyczne dla nefropatii litowej stwierdzono u 3 pacjentów, którzy byli leczeni litem 20 lat lub dłużej (PHF - 2 pacjentów, mikrotorbiele – 2 pacjetów, wzmożona echogeniczność nerek z zatartym zróżnicowaniem korowo-rdzeniowym – 2 pacjentów).

Wnioski: Pacjenci leczeni litem z obecnością makrotorbieli mieli gorszą funkcję nerek z wyższymi stężeniami kreatyniny, niższymi wartościami GFR oraz niższym ciężarem właściwym moczu w porówanianu z pacjentami bez makrotorbieli. Ultrasonograficznie zmiany charakterystyczne dla nefropatii litowej zostały uwidocznione tylko u niewielkiej liczby pacjentów, leczonych litem przez okres ponad 20 lat.

Strategie farmakoterapii hazardu patologicznego – przegląd piśmiennictwa

Julia Beil-Gawełczyk[1], Agnieszka Bratek[1], Sonia Beil-Sipko[2], Krzysztof Kucia[1]
[1]Oddział Psychiatrii i Psychoterapii, SPSK ŚUM nr 7 Górnośląskie Centrum Medyczne, Katowice
[2]studentka, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Hazard patologiczny (Pathological Gambling -PG) jest coraz powszechniej rozpoznawany zarówno wśród dorosłych, jak i młodzieży. Zaburzenie to może nieść ze sobą poważne konsekwencje społeczne i ekonomiczne dla osób nim dotkniętych i ich otoczenia, w tym zachowań przestępczych lub samobójczych. W przeszłości jedynym sposobem leczenia PG była terapia poznawczo-behawioralna. Obecnie istnieje wiele leków o różnych mechanizmach działania, które wykazują pewną skuteczność w leczeniu PG, w tym antagoniści receptorów opioidowych, selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny, atypowe leki przeciwpsychotyczne, leki normotymiczne oraz leki działające na układ glutaminergiczny. W pracy przedstawiono aktualny stan wiedzy w tym zakresie. W tym celu dokonano przeglądu piśmiennictwa za pomocą baz medycznych: PubMed, ScienceDirect i Scopus, z lat 1992-2015 używając następujących słów kluczowych: „pathological gambling", „gambling disorder", „pharmacotheraphy". Spośród 82 badań, 14 zostało uwzględnionych według kryteriów włączenia. Pomimo wielu prób klinicznych badających skuteczność różnych grup leków w leczeniu PG, nie istnieje oficjalnie zatwierdzona strategia farmakoterapii. Może to być spowodowane faktem, że wyniki kliniczne są czasami rozbieżne i często mają poważne ograniczenia. Ocena skuteczności leczenia PG wymaga dalszych badań.

Problematyka konsultacji psychiatrycznych w wielospecjalistycznym szpitalu klinicznym

Jolanta Białousz, Igor Gaj, Dariusz Lemczak, Joanna Szymanowska, Marcin Wilk, Grażyna Wiśniewska, Joanna Waniek, Dorota Komorowska-Biernat
PZP CSK MSWiA, Warszawa

Psychiatria konsultacyjna wymaga ścisłej współpracy z lekarzami innych specjalności. Zaburzenia psychiczne często towarzyszą chorobom somatycznym. Psychiatria konsultacyjna „liaison" ma już wieloletnią historię. W Wielkiej Brytanii wyodrębniono geriatryczną dyscyplinę „liaison psychiatry for older adults". Wiadomo, że około 70 % pacjentów w szpitalach ogólnych ma zaburzenia psychopatologiczne. Przeanalizowano konsultacje

psychiatryczne w szpitalu wielospecjalistycznym w okresie roku. Dominujące rozpoznania to zaburzenia depresyjne w tym organiczne zaburzenia nastroju, zespoły otępienne, zaburzenia świadomości. W związku ze starzeniem się społeczeństwa przybywa osób z powikłaniami o charakterze jatrogennym, z powikłaniami polekowymi, bez właściwej opieki. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym dominują zaburzenia świadomości spowodowane uzależnieniami od alkoholu, innych substancji psychoaktywnych i leków oraz po próbach samobójczych. Chorzy na schizofrenię i choroby afektywne stanowią mniej liczną grupę u osób konsultowanych. Celowe jest nakłanianie pacjentów szpitala ogólnego do korzystania z pomocy psychologów i psychiatrów w ramach profilaktyki zaburzeń psychicznych.

Encefalopatia manganowa jako następstwo dożylnego używania efedronu (metkatynon) pozyskiwanych z tabletek Sudafed i Acatar przy użyciu nadmanganianu potasu

Sławomir Biedrzycki, Joanna Trojanowska, Dominika Skrok-Wolska, Marta Urbańska
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, Świecie

Pan Jarosław został przywieziony przez swojego kolegę do Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu celem przyjęcia na Oddział Detoksykacji od Substancji Psychoaktywnych. Kolega relacjonował - że Pan Jarosław jest w 7-miesięcznym ciągu przyjmowania dożylnego roztworu substancji psychoaktywnej wytwarzanej z tabletek Sudafed, Acatar poprzez utlenianie pseudoefedryny nadmanganianem potasu. Pacjent od około pół roku ma zaburzenia mowy (ściszona, niewyraźna, przyspieszona) stał się spowolniały psychoruchowo z zaburzeniami lokomocji, nie potrafi się czytelnie podpisać. Ze skierowania wiadomo, że substancje psychoaktywne przyjmuje od 25 r.ż. – początkowo kanabinoidy (marihuana, haszysz), potem kokaina, amfetamina i dożylnie heroina. Obecnie leczony metadonem w ramach Programu Substytucyjnego. Przy przyjęciu: zorientowany prawidłowo ze świadomością jasną, w nastroju obojętnym, napędzie zredukowanym. Kontakt werbalny znacznie utrudniony. Mowa dyzartryczna – niewyraźna, ściszona z perseweracjami. Wypowiedzi w płaszczyźnie pytań, rozumiał i spełniał polecenia. Ostrych objawów psychotycznych nie ujawniał. Afekt blady. Cechy zespołu parkinsonowskiego (spowolnienie psychoruchowe, bradykineza, sztywność mięśniowa, twarz maskowata- hipomimia, mikrografia), liczne tatuaże, ślady po wkłuciach dożylnych w okolicach obu pachwin oraz masywne obrzęki obu podudzi. Na oddziale w testach na narkotyki z moczu: (+) dodatnia metamfetamina i metadon, (-) ujemne: amfetamina, kokaina, marihuana, opiaty, BDZ, PCP. W RM głowy bez kontrastu: cechy miernego stopnia zaników korowych, szczególnie wyrażonych w płatach czołowych i skroniowych, z wtórnym poszerzeniem bruzd bocznych. Zmiany zanikowe dotyczą także struktur tylnego dołu czaszki. Zwraca uwagę wyraźne, symetryczne podwyższenie sygnału w obrazach T1W w obrębie gałek bladych jąder soczewkowatych – jako wynik zmian metabolicznych bądź spichrzeniowych. W strukturach głębokich obu półkul mózgowych widoczne są poszerzone przestrzenie okołonaczyniowe Virchowa – Robina dochodzące do wymiaru 3 mm. Układ komorowy mózgu symetryczny, nieposzerzony, ustawiony jest pośrodkowo. W badaniu neurologicznym: spowolnienie psychoruchowe, źrenice wąskie bez reakcji na światło (b. słabe), mowa dyzartryczna, kończyny górne – odruchy L=P, nieco słabsza diadochokineza po str. P, napięcie L=P, bez zaburzeń czynności, kończyny dolne – odruchy kolanowe i skokowe L=P, obj. Babińskiego obustronnie (+), siła mm L<P, obustronnie osłabiona, chód nieco chwiejny paraparetyczny z odstawianiem lewej stopy. W badaniach laboratoryjny

Wpływ zaburzeń psychicznych u nieletnich na popełniane czyny zabronione. Porównanie grup pacjentów hospitalizowanych w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie

Katarzyna Biernacka, Małgorzata Wałecka
Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich, Garwolin

Wstęp: Etiologia popełnianych czynów zabronionych uwarunkowana jest różnymi czynnikami takimi jak zaburzenia psychiczne, niewłaściwa diagnoza czy uwarunkowania środowiskowe.

Cel: W badaniu porównano grupy pacjentów (nieletnich) ze zdiagnozowanymi różnymi zaburzeniami psychicznymi przebywających w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w latach 2005-2016, którzy popełnili poważne czyny zabronione w postaci zabójstwa lub próby popełnienia zabójstwa.

Materiał i metoda: Do badania włączeni zostali pacjenci hospitalizowani lub poddani obserwacji sądowo-psychiatrycznej w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie.

Wyniki: W badaniu porównano grupy pacjentów, u których rozpoznano całościowe zaburzenia rozwoju, zaburzenia depresyjne i lękowe, uszkodzenie centralnego układu nerwowego i cechy nieprawidłowo kształtującej się osobowości (w tym osobowości dyssocjalnej). Pacjenci uwzględnieni w analizie popełnili poważne czyny zabronione takie jak zabójstwo i próba zabójstwa.

Wnioski: Wyniki analizy porównawczej wskazują na różnorodną etiologię rozpoznań klinicznych na popełniane czyny zabronione.

Dwudziestoletnie prospektywne badanie współpracy w leczeniu farmakologicznym i jej związków z odległymi wynikami leczenia u osób cierpiących na schizofrenię

Piotr Błądziński[1], Andrzej Cechnicki[2], Łukasz Cichocki[1], Aneta Kalisz[1], Artur Daren[2]
[1]Pracownia Badań nad Schizofrenią Zakład Psychiatrii Środowiskowej UJ CM, Kraków
[2]Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM, Kraków

Cele: Ocena a) wieloletniej stabilności współpracy w leczeniu farmakologicznym oraz b) wpływ predyktorów wieloletniej współpracy w leczeniu na odległy przebieg i wyniki leczenia schizofrenii. Metodologia: Spośród 80 osób z diagnozą schizofrenii wg DSM III w trakcie pierwszej hospitalizacji, 45 (60%) uczestniczyło w kolejnych katamnezach po 7, 12 i 20 latach. Została oceniona przekrojowa ocena współpracy w leczeniu oraz jej związki z klinicznymi wskaźnikami przebiegu choroby. Wyniki: Pełna współpraca w leczeniu farmakologicznym wynosząca po 7 latach 51% wzrosła do 62% po 12 latach i 80% po 20 latach. Jej stabilność wynosiła około 83%-87% w zależności od katamnezy. Po siedmiu latach chorowania współpracę w leczeniu przewidywał wyższy poziom przedchorobowego wykształcenia natomiast po 20 latach – niższe nasilenie syndromu negatywnego i depresji przy wypisie po pierwszej hospitalizacji. Pełna współpraca w leczeniu wiązała się z lepszym przebiegiem choroby wg Watta i Shepherda po 7 i 12 latach, oraz z mniejszą liczbą nawrotów, mniejszą liczbą rehospitalizacji i krótszym czasem rehospitalizacji po 7, 12 i 20 latach. Wnioski: 1. Współpraca w leczeniu farmakologicznym osiąga wysoki i stabilny poziom po 12 i 20 latach chorowania i leczenia w środowiskowym pro-

gramie terapeutycznym. 2. Pełna współpraca wiązała się z wyższym poziomem wykształcenia oraz niższym nasileniem objawów negatywnych i depresji przy wypisie po pierwszej hospitalizacji. 3. Lepsza współpraca w leczeniu wiązała się lepszym przebiegiem i późnymi dobrymi wynikami leczenia.

Wpływ stężenia białek grup tiolowych na funkcjonowanie poznawcze pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi

Marta Broniarczyk-Czarniak[1], Justyna Jasionowska[2], Monika Talarowska[2], Piotr Gałecki[2]
[1]Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej, Łódź
[2]SPZOZ im. Babińskiego, Łódź

Cel pracy: Zaburzenia depresyjne nawracające oraz stopień ich nasilenia są ważnymi i niezależnymi czynnikami ryzyka dla wystąpienia i rozwoju zaburzeń funkcji poznawczych. Przewlekły proces zapalny został zbadany jako wspólne podłoże łączące deficyty funkcji poznawczych i zaburzenia depresyjne.

Celem badania było określenie stężenia grup tiolowych (TPGs) u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi oraz określenie zależności między ich stężeniem a poziomem funkcjonowania poznawczego.

Metoda: W badaniu wzięło udział 30 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających (ZDN) oraz 30 osób z grupy kontrolnej.

Do oceny sprawności funkcji poznawczych wykorzystano: test łączenia punktów (Trail Making Test, TMT), test Stroopa (The Stroop Test), test płynności słownej (Verbal Fluency Test, VFT) oraz test uczenia się słuchowo – werbalnego (Auditory Verbal Learning Test, AVLT).

Wyniki: U pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi stężenie grup tiolowych jest wyższe w porównaniu do osób zdrowych. Wyższe stężenie grup tiolowych jest powiązane ze słabszym funkcjonowaniem pamięci (deklaratywnej i operacyjnej) oraz fluencji słownej. Podwyższone stężenie grup tiolowych związane jest również z nasileniem objawów depresji ocenianych za pomocą Skali Depresji Hamiltona (HDRS). U osób z grupy kontrolnej podwyższone stężenie grup tiolowych korelowało z gorszym wynikami w testach: płynności słownej oraz uczenia się słuchowo – werbalnego.

Wnioski: W badaniu wykazano istotny związek pomiędzy podwyższonym stężeniem grup tiolowych oraz słabszym funkcjonowaniem pamięci deklaratywnej, pamięci operacyjnej oraz płynności słownej.

Złożoność objawów psychopatologicznych u pacjentki z rozpoznaniem autyzmu i padaczki skroniowej - opis przypadku

Żaneta Brudkowska[1], Katarzyna Jusiak[2], Michał Próchnicki[2], Hanna Karakuła-Juchnowicz[2]
[1]Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Chełm
[2]I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji, Lublin

Pomimo, iż autyzm dziecięcyna przestrzeni ostatnich dziesięcioleci stał się przedmiotem wielu badań i dociekań naukowców, do dzisiaj nie udało się jednoznacznie wyjaśnić jego etiologii. Aktualnie przyjmuje się, iż autyzm determinowany jest wieloprzyczynowo, a wśród czynników etiologicznie znaczących wymienia się głównie kombinację czynników środowiskowych i genetycznych.

Obecnie opierając się na nowej amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM 5 autyzm, również ten opisywany jako „wysoko funkcjonujący" (High-FunctioningAutism – HFA) ujmowany jest w kategorii zaburzeń ze spektrum autyzmu (Autism Spectrum Disorders - ASD). Zgodnie z kryteriami DSM-5 zaburzenia ze spektrum autyzmu charakteryzują się występowaniem dwóch osiowych objawów tj. zaburzeń komunikacji / interakcji społecznych oraz stereotypowych, powtarzalnych zachowań.

Częste występowanie zaburzeń ze spektrum autyzmu skłania do intensyfikacji poszukiwania przyczyn jego powstawania oraz badania współwystępowania ASD z innymi chorobami i zaburzeniami. Jedną z najczęściej współwystępujących chorób z ASD w okresie dzieciństwa jest padaczka. Trafna i szybka diagnoza epilepsji może poprawić funkcjonowanie w środowisku rodzinnym a także usprawnić umiejętności komunikacyjne dziecka. Z dotychczasowych badań wynika również, iż w przebiegu padaczki w tym dziecięcej / młodzieńczej, często ujawniają się zaburzenia psychiczne w szczególności depresja i zaburzenia lękowe. Epizody depresji oraz zaburzenia lękowe wymieniane są również jako najczęściej współwystępujące objawy psychopatologiczne towarzyszące ASD.

Pojawiające się trudności emocjonalne w postaci stanów depresyjnych oraz przeżywania nasilonego lęku u dzieci z ASD wymagają szczególnej uwagi diagnostów i badaczy, gdyż wiążą się z istotnym obniżeniem jakości życia pacjentów, trudnościami terapeutycznymi oraz niosą ze sobą zwiększone ryzyko samobójcze. W przypadku dzieci i młodzieży współwystępowanie objawów ASD z innymi objawami psychopatologicznymi może wiązać się z trudnościami diagnostycznymi wynikającymi z nakładania się objawów, błędnej interpretacja przyczyn problematycznych reakcji i zachowań dziecka. Określenie psychiatrycznych, emocjonalnych i behawioralnych problemów w grupie dzieci z rozpoznaniem ASD oraz padaczki może powodować znaczne trudności zarówno diagnostyczne, jak i terapeutyczne. Niemiej jednak trafna diagnoza jest kluczowa dla właściwej opieki medyczno – psychologicznej, gdyż warunkuje zastosowanie adekwatnych, bezpiecznych i efektywnych form terapeutycznych. W niniejszej pracy przedstawiono studium przypadku 12 – letniej dziewczynki z rozpoznaniem autyzmu oraz padaczki skroniowej, manifestującej objawy depresyjne i lękowe. Dziewczynka pozostaje pod stałą, wielospecjalistyczną opieką w ramach Poradni dla Osób z Autyzmem oraz uczestniczy w programie terapeutyczno – rehabilitacyjnym. Identyfikacji i pomiaru nasilenia występujących objawów psychopatologicznych dokonano przy pomocy wywiadu klinicznego z pacjentką oraz jej matką a także z zastosowaniem metod testowych: Skali Depresji Becka oraz (proszę o dodanie słowa „oraz") STAIC – Inwentarza Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci. Kwestionariusza ustrukturyzowanego wywiadu w kierunku zaburzenia opozycyjno-buntowniczego (ODD), Skali Objawowej Zaburzeń Okresu Adolescencji. (proszę o usunięcie tej części zdania). Poziom rozwoju inteligencji badanej określono za pomocą Skali WISC-R - Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci - Wersji Zmodyfikowanej.

Przedstawiony przypadek wskazuje na konieczność zastosowania multidyscyplinarnej współpracy diagnostyczno-terapeutycznej wobec pacjentów o złożonym obrazie klinicznym i mieszanej etiologii zaburzeń. Niniejsza praca ma na celu inspirowanie do dyskusji nad problematyką złożoności objawów psychopatologicznych u dzieci i młodzieży z rozpoznaniem współwystępujących zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz padaczki.

Centralna mielinoliza mostu i porażenie nerwów strzałkowych - postęp choroby czy zespół jatrogenny? Analiza przypadku

Aleksandra Buras, Beata Galińska-Skok, Napoleon Waszkiewicz
Samodzielny Publiczny Psychiatryczny ZOZ w Choroszczy - Klinika Psychiatrii UMB, Choroszcz

Wstęp. Mielinoliza środkowej części mostu jest dość rzadko opisywanym zjawiskiem, które choć nie zawsze, najczęściej pojawia się po zbyt szybkim wyrównaniu niedoborów elektrolitowych w trakcie leczenia zespołu abstynencyjnego. Obserwowane zaniki dotyczą oligodendrocytów i mieliny, których struktura w obszarze mostu jest szczególnie wrażliwa na stres osmotyczny.Obecność zespołu amnestycznego dotyczy od 0,2 do 8 % osób uzależnionych od alkoholu. Administracja alkoholu powoduje zmiany obwodowe (polineuropatia, miopatia), jak i ośrodkowe- wpływając na zmiany w neurotransmisji i funkcji kanałów jonowych. Aktywuje ona także geny odpowiadające za stan zapalny mózgu, stres oksydacyjny i wtórną neurodegenerację. Niedobór tiaminy skutkuje zanikiem mieliny, a sama obecność alkoholu w PMR prowadzić może do zaników korowych. Symptomy wymienionych zjawisk mogą więc być sobie podobnymi, jednak jak pokazano w omówionym przypadku, dopiero badanie metodą rezonansu magnetycznego pozwala uwidocznić przyczynę.

Opis przypadku: Zaprezentowano przypadek 50-letniej kobiety, pijącej ciągami od ponad 20 lat, która trafiła do szpitala psychiatrycznego z powodu objawów abstynencyjnych. Stwierdzono alkoholowe zapalenie wątroby i niedokrwistość makrocytarną, bez odchyleń w badaniu neurologicznym, ale z zanikami korowo-podkorowymi w badaniu TK głowy. W ciągu następnych dni rozwinęło się majaczenie alkoholowe trwające ponad 2 tygodnie, w trakcie którego stosowano także płynoterapię. Wyjściowo pacjentka prezentowała zespół amnestyczny. Po 5 miesiącach od zdarzenia pacjentka powróciła do szpitala psychiatrycznego z powodu nasilających się od czasu ostatniej hospitalizacji problemów w codziennym funkcjonowaniu, zaburzeń pamięci i chodu. Badaniem neurologicznym stwierdzono izolowane porażenie obu nerwów strzałkowych, a wykonane MRI głowy uwidoczniło mielinozę mostu, bez obecności poprzednich zaburzeń somatycznych. Stosowane leczenie dawało mierny skutek.

Komentarz: Etiopatogeneza centralnej mielinolizy mostu jest prawdopodobnie wieloczynnikowa, choć istotną rolę odgrywa wyrównywanie niedoboru sodu, wśród osób przechodzących alkoholowy zespół abstynencyjny. Czynnikiem ryzyka jest także niedokrwistość i alkoholowe zapalenie wątroby, które wystąpiły w omawianym przypadku. Wspomnieć należy fakt, iż badanie metodą tomografii komputerowej dawać może wyniki fałszywie ujemne, ograniczając jednocześnie możliwość dalszego leczenia niedowładów i zaburzeń świadomości występujących po okresie wstępnej poprawy. Na prezentowany obraz nakładać może się szereg cech zespołu amnestycznego wynikającego z długotrwałego niedoboru witaminy B1 i neurodegeneracyjnego charakteru alkoholu regularnie przyjmowanego przez pacjenta. Jest to zjawisko rzadkie choć godne uwagi stanowiąc w części przypadków efekt jatrogenny.

Wsparcie społeczne i jego znaczenie w procesie leczenia osób z zaburzeniami odżywiania w perspektywie pacjentów i ich bliskich

Krystyna Buszman
Centrum Medyczno-Psychologiczne "Pociecha", Zabrze

Badania nad wsparciem społecznym mają już ponad trzydziestoletnią historię. Dane z dostępnej literatury przedmiotu wskazują, że jest ono istotnym czynnikiem pomagającym w skutecznym radzeniu sobie z chorobą, również w odniesieniu do osób zmagających się z zaburzeniami odżywiania (Limbert, 2010). Zaburzenia te nie są bowiem postrzegane jedynie jako problem samej osoby chorej, ale także całego systemu rodzinnego, w jakim funkcjonuje. Badacze podkreślają zatem znaczenie wsparcia i zrozumienia otrzymywanego od rodziny i bliskich w procesie zdrowienia (Grange et al., 2009).

Celem niniejszego wystąpienia jest zaprezentowanie wyników badań nad znaczeniem wsparcia spostrzeganego oraz otrzymywanego od członków rodziny i przyjaciół w procesie leczenia i odzyskiwania dobrostanu psychicznego przez pacjentki z zaburzeniami odżywiania. Drugim ważnym celem jest próba udzielenia odpowiedzi na pytanie o potrzebę wsparcia przy uwzględnieniu trzech perspektyw analiz: dostrzegania wsparcia społecznego przez pacjentki z zaburzeniami odżywiania oraz doświadczania udzielania wsparcia przez rodziców i przyjaciół osób chorych.

Badania, w których połączono analizy ilościowe i jakościowe, zostały przeprowadzone w dwóch etapach. W pierwszym wzięły udział 73 pacjentki oddziałów stacjonarnych i dziennych, u których zdiagnozowano anoreksję lub bulimię psychiczną zgodnie z kryteriami klasyfikacji ICD-10. Ustalono, że wsparcie społeczne odgrywa rolę predykcyjną dla czterech wymiarów dobrostanu psychicznego – pomaga w odzyskaniu panowania nad środowiskiem, budowaniu pozytywnych relacji z innymi, uzyskiwaniu autonomii oraz większej akceptacji siebie. W drugim etapie przeprowadzono badania o charakterze jakościowym korzystając z autorskich ustrukturyzowanych wywiadów. Badaniami objęto trzy kategorie osób: pacjentki, rodziców oraz przyjaciół. Ogółem przeprowadzono 13 wywiadów, w których spytano: czy i na ile osoby chorujące na zaburzenia odżywiania odczuwają potrzebę otrzymywania wsparcia ze strony bliskich na różnych etapach choroby oraz jak rodzice i przyjaciele postrzegają doświadczenia związane z udzielaniem wsparcia.

Wpływ wczesnej psychospołecznej interwencji na odległe kliniczne wyniki leczenia osób chorujących na schizofrenię

Andrzej Cechnicki[1], Anna Bielańska[2]
[1]Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM, Kraków
[2]Pracownia Psychoterapii i Badań nad Psychozami, Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków

Cel: Porównanie wyników leczenia dwóch grup pacjentów z diagnozą schizofrenii wg DSM-CR IV, leczonych w Środowiskowym lub Indywidualnym Programie Leczenia (ŚPL vs. IPL). Oceny dokonano po pierwszej hospitalizacji, a następnie po trzech i dwunastu latach. Metoda: Grupa ŚPL (eksperymentalna) i IPL (tradycyjna) zostały dobrane w podziale losowym po 40 osób. Wszystkie trzy badania wykonało 67 osób (84%). Grupy nie różniły się pod względem demograficzno-społecznych i klinicznych czynników rokowniczych. Pierwsze trzy lata grupa ŚPL uczestniczyła w leczeniu dziennym, psychoedukacji dla rodzin i pacjentów oraz leczeniu środowiskowym. W kolejnych latach

program objął obie grupy. Wykorzystano Kwestionariusz Anamnestyczny i Katamnestyczny, skalę GAF, BPRS LA, Kwestionariusz Jakości Życia Lehmanna. Wyniki: Korzystny, średni wynik GAF, dopiero po dwunastu latach był istotnie większy dla grupy ŚPL (p=0,036), podobnie jak korzystne typy przebiegu choroby z remisją wg Watta i Shepherda (p=0,038). Różnice w liczbie nawrotów były istotnie korzystniejsze dla ŚPL też tylko po dwunastu latach (p=0,045), podobnie jak liczba rehospitalizacji (p=0,013). Istotnie mniejsze, ogólne nasilenie objawów w ŚPL oceniono po trzech (p=0,008) i dwunastu latach (p=0,030) a w syndromie pozytywnym tylko po trzech latach (p=0,044). Wnioski: 1. Po dwunastu latach od pierwszej hospitalizacji stwierdzono więcej korzystnych różnic w grupie leczonej w psychospołecznym programie od pierwszej hospitalizacji niż w momencie zakończenia eksperymentu. 2. Opóźnianie psychospołecznego leczenia w pierwszych trzech latach chorowania wiąże się z gorszym odległym, klinicznym przebiegiem schizofrenii.

Związek pracy z jakością życia. Wyniki badań prospektywnych

Andrzej Cechnicki[1], Łukasz Cichocki[2], Wojciech Olczyk[3], Iga Plencler-Bańczyk[3], Mateusz Gawron[3], Joanna Palka[1]

[1]Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM, Kraków

[2]Pracownia Badań nad Schizofrenią, Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM, Kraków

[3]Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków

Cele: Postawiono trzy cele: 1/. Prześledzić zatrudnienie osób chorujących na schizofrenię w prospektywnej ocenie przez 20 lat 2/. Ocenić subiektywną i obiektywną jakość życia (JŻ) w grupie pracującej i niepracującej 3/ Ocenić związki pomiędzy subiektywną i obiektywną JŻ a pracą. Grupa i metoda: Badane osoby były 20 lat wcześniej po raz pierwszy hospitalizowane stacjonarnie z powodu psychozy w Klinice Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. W aktualnym badaniu wzięło udział 60 z 80 osób (75%) zakwalifikowanych do pierwszego badania katamnestycznego. W badanej grupie było 57 % kobiet i 43 % mężczyzn, średni wiek badanych wynosił 47 lat. Stan psychopatologiczny uczestników badania oceniono za pomocą skali BPRS, ich jakość życia zbadano kwestionariuszem QOL Lehmana, wykorzystano także dane z karty katamnestycznej dotyczące m.in. sytuacji zawodowej badanych. Wyniki: Zatrudnienie w otwartym rynku pracy w pełnym wymiarze godzin po dwudziestu latach miało 25% badanych. Dodatkowo 6% z nich było zatrudnionych w różnych formach pracy chronionej. Porównując subiektywną jakość życia osób, które pracowały w momencie badania i osób nieaktywnych zawodowo, nie wykazano żadnych istotnych statystycznie różnic pomiędzy tymi grupami w obszarze satysfakcji z życia. Natomiast w ocenie obiektywnej osoby pracujące były w znacząco lepszej sytuacji finansowej, zdrowotnej i miały więcej relacji społecznych, a także aktywniej spędzały wolny czas niż osoby niepracujące. Wnioski: 1) Wśród osób chorujących na schizofrenię nie ma różnic w subiektywnym dobrostanie w grupie pracujący/niepracujący; 2) Nawet przy braku subiektywnego dobrostanu osoby pracujące w porównaniu z niepracującymi odnoszą korzyści w obiektywnych wskaźnikach jakości życia.

Evaluation of pharmacists' opinion and knowledge regarding psychotropic generic drugs in Poland

Grzegorz Cessak[1], Ewa Bałkowiec-Iskra[2]

[1]The Office for Registration of Medicinal Products, Medical Devices and Biocidal Product, Warszawa

[2]Department of Experimental and Clinical Pharmacology, Medical University of Warsaw, Warszawa

Introduction of rules that enabled registration of generic medicinal products constituted one of the major breakthroughs in pharmacotherapy. Generic drugs currently available on the market meet the criteria of bioequivalence that have been agreed upon by registration agencies all over the world. They allow treatment that is as effective and safe, as the one achieved with their reference products. Lower prices of generic drugs are due only to the reduced costs of obtaining the marketing authorization, and these drugs meet the same quality requirements as the reference products. However, some cases of lack of therapeutic equivalence may be found in the literature. As in Poland pharmacists are allowed to switch between reference and generic drugs the aim of our study was to evaluate pharmacists' perception, views and knowledge regarding generic medicines. We also explored their perception of safety, quality and efficacy of generic drugs. The questionnaire, consisting of 16 questions was sent to Polish pharmacists. We show, that pharmacists are aware of law aspects of approval and marketing authorization for generic medicinal product in Poland. Moreover, they are familiar with various aspects and limitations of reference-generic products switch. In conclusion, our comprehensive analysis of pharmacists role allows to have a broad picture of actions that have been made in the area of generic drug safety monitoring in Poland.

Polska adaptacja Gotlandzkiej Skali Męskiej Depresji GDMS Rutza

Jan Chodkiewicz

Instytut Psychologii Uniwersytet Łódzki, Łódź

Wprowadzenie: Zgodnie z koncepcją Rutza i współpracowników depresja u mężczyzn może przebiegać z dominacją objawów atypowych, do których pomiaru stworzono specjalne narzędzie badawcze.

Cel: Celem badania było przeprowadzenie polskiej adaptacji Gotlandzkiej Skali Męskiej Depresji GDMS Rutza.

Materiał i metoda: Zbadano 350 mężczyzn w wieku 18-55 lat, bez zaburzeń psychicznych, 60 z zdiagnozowaną depresją oraz 71 uzależnionych od alkoholu. Zastosowano polskie tłumaczenie GDMS, BDI Becka, GHQ 28 Goldberga oraz Skalę Bólu Psychicznego Holdena i wsp.

Wyniki: Polska adaptacja narzędzia wskazuje na jego dobre właściwości psychometryczne, zbliżone do oryginału. Alfa Cronbacha osiągała w badanych grupach wartości 0,91-0,93, współczynniki korelacji GDMS z BDI Becka wynosiły 0,74 - 0,82, z podskalą „symptomy depresji" GHQ 28 Goldberga 0,77, z Skalą Bólu Psychicznego 0,42. Analiza czynnikowa wskazuje na występowanie dwóch czynników – tłumaczących 59% ogólnej wariancji wyników.

Wnioski: Polską wersję narzędzia można polecać zarówno do stosowania w badaniach przesiewowych, jak i analizach naukowych.

Nasilenie i predyktory poczucia samotności u osób z zaburzeniami psychotycznymi

Anna Chrostek[1], Paweł Grygiel[2], Marta Anczewska[1], Jacek Wciórka[1], Piotr Świtaj[1]
[1]*Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa*
[2]*Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa*

Cel: Samotność ma negatywny wpływ na liczne wskaźniki zdrowia somatycznego i psychicznego. Badanie miało na celu porównanie nasilenia poczucia samotności w grupie osób leczących się z powodu zaburzeń psychotycznych i w reprezentatywnej próbie polskiego społeczeństwa oraz zidentyfikowanie predyktorów samotności u osób z zaburzeniami psychotycznymi.

Metoda: 207 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych (kategorie diagnostyczne F20-F29 według ICD-10) zbadano za pomocą Skali Samotności De Jong Gierveld (De Jong Gierveld Loneliness Scale – DJGLS) i zestawu narzędzi oceniających trzy rodzaje potencjalnych predyktorów samotności: zmienne społeczno-demograficzne, psychospołeczne i kliniczne. Grupę porównawczą stanowiła losowa próba mieszkańców Polski, która wzięła udział w badaniu Rodziny i Generacje (Generations and Gender Survey – GGS-PL). Grupy zostały dopasowane pod względem zmiennych społeczno-demograficznych.

Wyniki: Poziom samotności u osób leczonych z powodu zaburzeń psychotycznych był istotnie wyższy niż w populacji ogólnej. Najsilniejszymi predyktorami większego poczucia samotności u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi okazały się czynniki psychospołeczne, przede wszystkim bardziej nasilona autostygmatyzacja i słabsze wsparcie społeczne, a w dalszej kolejności gorsze kompetencje interpersonalne i mniejsze sieci społeczne. Po uwzględnieniu wpływu zmiennych społeczno-demograficznych i psychospołecznych, jedyną zmienną kliniczną wykazującą istotny związek z wyższym poziomem samotności była większa liczba hospitalizacji psychiatrycznych. Wyniki badania nie potwierdziły znaczącej roli zmiennych społeczno-demograficznych jako predykatorów jest a powinno być predyktorów samotności u osób z zaburzeniami psychotycznymi.

Wnioski: Osoby z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych są narażone na doświadczenie nasilonej samotności. Przeciwdziałanie jej negatywnym konsekwencjom wymaga wdrożenia wszechstronnych programów terapeutycznych ukierunkowanych na rozwijanie zasobów niezbędnych do radzenia sobie z autostygmatyzacją, wzmacnianie sieci wsparcia społecznego i poprawę umiejętności społecznych.

Udział psychiatry w ocenie świadomej zgody na zabieg operacyjny

Urszula Cieślak[1], Małgorzata Opio[2]
[1]*Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa*
[2]*NSPL Psyche A.Miazga, L.Miazga Sp.J. O/Warszawa Poradnia Zdrowia Psychicznego, Warszawa*

Cel pracy: Przed udzieleniem świadczenia medycznego każdy pacjent powinien wyrazić tzw świadomą zgodę. W przypadku zabiegu, w sytuacji wątpliwości co do stanu psychicznego chorego, wymagana jest konsultacja psychiatryczna. Na podstawie własnych doświadczeń przedstawiamy profil pacjentów badanych przed zabiegiem, pod względem ich zdolności do wyrażenia świadomej zgody.

Materiał i metody: Zebrałyśmy wszystkie opinie wydane w ramach konsultacji psychiatrycznych przed zabiegiem, w ramach jednego szpitala, w okresie 5 lat. W badanym okresie ocenie poddano około 100 chorych w ciągu roku.

Wnioski: Współpraca miedzy psychiatrami a lekarzami innych specjalności jest konieczna. Decyzja o konsultacji psychiatrycznej najczęściej jest uzasadniona.

Konsultowani badani często są to osoby, które spełniają przesłanki do ubezwłasnowolnienia.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD) i zaburzenia lękowe uogólnione (GAD) - podobieństwa i różnice w obrazie klinicznym

Anna Citkowska-Kisielewska
Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego, Kraków

Przeprowadzono badanie 76 pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (OCD) i 186 pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia lękowego uogólnionego (GAD), w wieku od 18 do 58 lat, którzy zgłosili się do leczenia w Zakładzie Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Celem badania było określenie czy pacjenci z oboma rodzajami rozpoznań różnią się występowaniem, nasileniem oraz korelacjami objawów nerwicowych mierzonych skalami Kwestionariusza Objawowego „O". W badaniu uwzględniono nasilenie cech osobowości oraz występowanie zmian organicznych OUN.

Badanie nie wykazało istotnych różnic w nasileniu objawów lękowych u pacjentów z oboma rodzajami rozpoznań, stwierdzono natomiast, że niemal wszyscy pacjenci z rozpoznaniem GAD potwierdzają występowanie jakichś objawów natręctw. Przeprowadzone analizy wykazały istnienie dwóch odrębnych czynników – obsesji i kompulsji, a także podobnego czynnika „niepokój/depresyjność". Stwierdzono też istotne różnice w obrazie korelacji nasilenia obsesji i kompulsji w OCD i GAD oraz, że nasileniu objawów natręctw, w większym stopniu obsesji niż kompulsji, towarzyszy istotny wzrost nasilenia lęku. Analizy wykazały również, że obsesje i kompulsje wyjaśniane są różnymi zmiennymi osobowościowymi.

Uzyskane wyniki wskazują na istnienie odmiennych uwarunkowań obsesji i kompulsji oraz na zasadność traktowania tych grup objawów jako odrębnych jakościowo. Badanie dostarcza też argumentów za istotnym znaczeniem lęku w obrazie OCD, który osiąga podobne nasilenie jak w GAD i może powstawać lub nasilać się w związku z występowaniem pewnych dysfunkcji OUN, co wymaga dalszych badań w tym kierunku.

Funkcjonowanie poznawcze w schizofrenii a zatrudnienie

Artur Daren[1], Przemysław Adamczyk[1], Aleksandra Sułecka[2], Piotr Błądziński[3], Łukasz Cichocki[3], Aneta Kalisz[3], Łukasz Gawęda[4], Andrzej Cechnicki[1]
[1]*Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM, Kraków*
[2]*Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków*
[3]*Pracownia Badań nad Schizofrenią Zakład Psychiatrii Środowiskowej UJ CM, Kraków*
[4]*Zakład Psychiatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa*

Cel: W niniejszym badaniu celem była identyfikacja różnic w funkcjonowaniu poznawczym wśród osób chorujących na schizofrenię i posiadających pracę (ZAZ), osób chorujących i uczestniczących w warsztatach terapii zajęciowej oraz osób zdrowych.

Metoda: Badaniem objęto 33 osoby z diagnozą schizofrenii zatrudnione w przedsiębiorstwach społecznych, 29 osób z diagnozą schizofrenii uczestniczących w warsztatach terapii zajęciowej oraz 31 osób zdrowych w grupie kontrolnej. Oceniano globalne funkcjonowanie poznawcze (MoCA), pamięć (RVLT), rozpoznawanie emocji (testy identyfikacji i dyskryminacji emocji), globalne prawopółkulowe funkcjonowanie językowe (RHLB-PL) a także nasilenie psychopatologii (PANSS).

Wyniki: Uzyskane dane wskazują na istotną różnicę między pracującymi i bezrobotnymi osobami cierpiącymi na schizofrenię i jest ona związana z prawopółkulowymi funkcjami językowymi, niemniej zanika przy kontroli nasilenia objawów. Dodatkowo odnotowano istotne różnice w funkcjonowaniu chorujących osób bezrobotnych w porównaniu do osób zdrowych w obszarze ogólnego funkcjonowania poznawczego oraz rozpoznawania ekspresji emocjonalnych twarzy nie stwierdzając takich różnic pomiędzy grupą pracujących osób chorujących a osobami zdrowymi. Obie grupy chorujące uzyskały gorsze wyniki w zakresie funkcjonowania pamięci, poza próbą rozpoznawania materiału pamięciowego w kontekście opowiadania, gdzie jedynie grupa bezrobotna miała istotnie gorsze wyniki od osób zdrowych.

Wnioski: 1. Zatrudnienie u osób chorujących na schizofrenię wiąże się głównie z lepszym funkcjonowaniem w zakresie umiejętności poznawczych z obszaru komunikacji i wydaje się to być powiązane z poziomem ogólnego nasilenia objawów; 2. Osoby chorujące i niepracujące wykazują większe różnice w zakresie generalnego funkcjonowania poznawczego i rozpoznawania emocji względem osób zdrowych; 3. Osoby chorujące bez względu na zatrudnienie mają generalnie gorzej funkcjonującą pamięć niż osoby zdrowe.

Badanie cech temperamentu i poziomu schizotypii w populacji chorujących na schizofrenię i choroby afektywne

Daria Dembińska, Janusz Rybakowski
Klinika Psychiatrii Dorosłych, Poznań

Badanie dotyczyło szacowania struktury temperamentu afektywnego i schizotypii w populacji pacjentów ze schizofrenią, chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD) i depresją okresową (chorobą afektywną jednobiegunową - ChAJ). W kontekście wyników obecnych badań patogenetycznych, szczególnym celem pracy było porównanie, w zakresie badanych czynników, schizofrenii z ChAD i choroby afektywnej dwubiegunowej z ChAJ.

Do badania temperamentu użyto skali Temperament Evaluation Memphis, Pisa, Paris and San Diego-Autoquestionnaire (TEMPS-A) w skład której wchodzą 4 podskale, badające temperament: depresyjny, cyklotymiczny, hipertymiczny, drażliwy. Do badania schizotypii zastosowano skalę Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE) w skład którego wchodzą 4 podskale badające takie wymiary schizotypii, jak niezwykłe doznania, dezorganizacja poznawczą, introwersja i anhedonia oraz zachowania impulsywne i niezgodne z regułami. Badaniu poddano 167 osób – pacjentów Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Poznaniu, w tym 58 osób chorujących na schizofrenię (34,7% ogółu badanej próby; 35 mężczyzn, 23 kobiety, średnia wieku=34,0, SD=9,8), 52 osoby chorujące na ChAD (31,1% ogółu badanej próby; 22 mężczyzn, 30 kobiet, średnia wieku=40,3, SD=13,6) oraz 52 osoby chorujące na ChAJ (34,1% ogółu badanej próby; 24 mężczyzn, 33 kobiety, średnia wieku=50,2, SD=11,9).

Porównanie chorych na schizofrenią i ChAD wykazało istotnie mniejsze nasilenie temperamentu drażliwego w skali TEMPS-A oraz wymiaru zachowania impulsywne i niezgodne z regułami w skali O-LIFE, w schizofrenii. Pozostałe wymiary nie różnicowały tych dwóch grup diagnostycznych. Porównanie chorych z ChAD i ChAJ wykazało istotnie większe nasilenie temperamentu cyklotymicznego i drażliwego w skali TEMPS-A oraz niezwykłych doznań i zachowań niezgodnych z regułami w skali O-LIFE, u pacjentów z ChAD. Brak istotnych różnic między schizofrenią a ChAD w zakresie 7 z 9 badanych wymiarów temperamentu afektywnego i schizotypii może stanowić potwierdzenie wyników badań dotyczących wspólnego podłoża genetycznego tych chorób. Natomiast większe nasilenie cech temperamentu cyklotymicznego i drażliwego oraz niezwykłych doznań i zachowań niezgodnych z regułami u chorych na ChAJ może stanowić czynnik ryzyka późniejszej konwersji diagnostycznej w ChAD.

Czynniki związane ze skutecznością całkowitej deprywacji snu z przesunięciem cyklu sen-czuwanie w terapii depresji lekoopornej

Ewa Dopierała, Ewa Ferensztajn-Rochowiak, Maria Chłopocka-Woźniak, Jan Jaracz, Janusz Rybakowski
Klinika Psychiatrii Dorosłych, Szpital Kliniczny im. K. Jonschera, Poznań

Cel pracy: Depresję lekooporną (treatment-resistant depression, TRD) definiuje się najczęściej jako depresję, w której nie uzyskano poprawy w wyniku dwóch kolejnych prawidłowo przeprowadzonych kuracji za pomocą leków przeciwdepresyjnych. Całkowita deprywacja snu (total sleep deprivation, TSD), podobnie jak przesunięcie cyklu sen-czuwanie (sleep phase advance, SPA), jest metodą chronoterapii, a ich łączne zastosowanie w trakcie trwającej farmakoterapii TRD może prowadzić do znaczącej poprawy. W prezentowanym badaniu sprawdzaliśmy skuteczność oraz czynniki kliniczne związane ze skutecznością TSD Z SPA w terapii depresji lekoopornej.

Metodyka: Badaniem objęto 27 osób z TRD w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) lub jednobiegunowej (ChAJ). Wszyscy pacjenci byli hospitalizowani w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. W dniu przyjęcia do kliniki leczenie farmakologiczne było modyfikowane. Pacjenci otrzymywali leki przeciwdepresyjne i normotymiczne. Najczęściej stosowanymi lekami były wenlafaksyna (21 osób) oraz lit (18 osób). W trakcie trwającej terapii farmakologicznej zastosowano 4-dniowy schemat postępowania, obejmujący jednorazową TSD z następującym SPA (3 noce). Skuteczność była oceniana za pomocą 17-punktowej Skali Depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) w dniu poprzedzającym TSD oraz w 1., 2., 3., 6. i 14. dniu po TSD. Średnia punktacja w skali HDRS przed leczeniem wynosiła 21,5 punktów. Jako poprawę kliniczną przyjęto zmniejszenie o połowę lub więcej (≥50%) punktacji w HDRS po 6 dniach.

Wyniki: Zastosowanie procedury TSD z SPA zmniejszyło nasilenie depresji w HDRS u badanych osób w pierwszym dniu po TSD średnio o 43%, a 14. dnia o 55%. Szóstego dnia po TSD, 13 pacjentów (48%) spełniało kryteria poprawy. Redukcja objawów depresji w HDRS była większa u pacjentów z ChAD w porównaniu z ChAJ (średnio 58% i 36%), u pacjentów poniżej 45. roku życia w porównaniu z osobami starszymi (odpowiednio 60% i 39%) i u pacjentów z czasem trwania choroby poniżej 10 lat w porównaniu z przebiegiem 10-letnim i dłuższym (55% wobec 41%). Nie zaobserwowano istotnych różnic w skuteczności w zależności od płci pacjenta i czasu trwania epizodu depresyjnego.

Wnioski: Zintegrowana terapia chronobiologiczna w postaci TSD z SPA może być skuteczną metodą potencjalizacji działania leków przeciwdepresyjnych oraz normotymicznych w TRD. Powyższy schemat postępowania jest metodą nieinwazyjną, nie

powoduje poważnych skutków ubocznych i powinien być rozpatrywany jako istotny element terapii TRD. Depresja w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, młodszy wiek chorego oraz krótszy czas trwania choroby mogą być związane z większą skutecznością TSD z SPA w trakcie trwającej farmakoterapii.

Ślina jako alternatywna baza danych w diagnostyce i leczeniu

Ewelina Dziurkowska, Marek Wesołowski
Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra i Zakład Chemii Analitycznej, Gdańsk

Ślina produkowana jest przez trzy główne pary ślinianek: przyuszne, podżuchwowe i podjęzykowe oraz inne mniejsze gruczoły zlokalizowane w błonie śluzowej języka, policzków, ust i podniebienia. Pełni ona liczne funkcje, a do najważniejszych należą utrzymywanie zdrowia oraz homeostazy jamy ustnej. Zwilża ona pokarm umożliwiając formowanie kęsów i ich połykanie, bierze udział w percepcji smaku. Stanowi również pierwszy element procesu trawienia. Ponadto buforuje kwaśne składniki żywności i utrzymuje odpowiedni stopień mineralizacji szkliwa poprzez zapewnienie właściwego stężenia jonów wapniowych. Chroni błonę śluzową jamy ustnej przed uszkodzeniami mechanicznymi, a dzięki zawartości białek obronnych chroni organizm przed patogenami i hamuje wzrost mikroorganizmów.

Składa się ona w 99,5% z wody. Pozostałe składniki to 0,3% białka oraz 0,2% substancje nieorganiczne i śladowe ilości niebiałkowych połączeń organicznych. Na chwilę obecną zidentyfikowano ponad 2400 białek, które głównie odpowiadają za utrzymanie odporności. Ponadto ze śliną wydzielane są hormony steroidowe, a także inne związki, jak katecholaminy, tyroksyna, trijodotyronina, somatotropina, melatonina i insulina.

Obecnie nadal najpowszechniej wykorzystywanym materiałem do badań jest krew, jednakże użycie śliny jako materiału diagnostycznego może być źródłem wielu korzyści przewyższających krew. Charakteryzuje się ona nieinwazyjnym sposobem pobierania próbek. Metoda ta nie wymaga obecności przeszkolonego personelu, ani też szczególnego oprzyrządowania. Może być cennym materiałem w przypadku testów wykonywanych u dzieci lub osób starszych, a także stanowić wartościowe pod względem ekonomicznym narzędzie do badań przesiewowych. Analiza śliny jest najbardziej użyteczna w diagnostyce stanów patologicznych w obrębie jamy ustnej i ślinianek, a także systemowych jak: choroby dziedziczne, autoimmunologiczne, nowotwory, schorzenia bakteryjne i wirusowe czy zaburzenia układu hormonalnego.

Łatwy dostęp do śliny powoduje, iż może być ona dogodną matrycą biologiczną służącą do oznaczania zarówno związków endogennych, jak i ksenobiotyków. Wykład prezentuje sposoby pobierania próbek śliny, ich przechowywanie, a także postępowanie w trakcie przeprowadzania oznaczania związków biologicznie czynnych. Ponadto przedstawia aktualne wykorzystanie śliny w diagnostyce i monitorowaniu stężenia leku w organizmie.

Oznaczanie kwetiapiny w ślinie ludzkiej metodą HPLC

Ewelina Dziurkowska, Marek Wesołowski
Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra i Zakład Chemii Analitycznej, Gdańsk

Kwetiapina jest z jednym z nowszych leków przeciwpsychotycznych zaaprobowanym przez FDA w 1997 roku. Stosowana jest w ostrych i przewlekłych zaburzeniach psychicznych, w szczególności w schizofrenii oraz chorobie afektywnej dwubiegunowej. Hamuje ona receptor dopaminergiczny D2 oraz serotoninergiczny 5-HT2. Ponadto jest antagonistą receptora histaminowego H1 i noradrenergicznego. Czas połowicznego rozpady kwetiapiny wynosi około 5h. Metabolizowana jest on do aktywnego związku norkwetiapiny poprzez izoenzym CYP3A4. Czas półtrwania metabolitu jest dłuższy niż związku macierzystego i wynosi 12 godzin. Ze względu na możliwość wystąpienia interakcji ze związkami metabolizowanymi na tej samej drodze, wskazane jest monitorowanie stężenia kwetiapiny w organizmie. Najczęściej oznaczana jest ona we krwi, ale ze względu na częsty brak współpracy pacjenta z personelem medycznym, poszukiwane są alternatywne sposoby oznaczania poziomu leku w organizmie. Jednym z możliwych do wykorzystania do badań matryc biologicznych jest ślina.

Celem badań było opracowanie metody pozwalającej na oznaczanie poziomu kwetiapiny w ślinie ludzkiej. Materiał, który posłużył do prób wstępnych pochodził od zdrowych ochotników, a ślina pobierana była bez stymulacji. Do izolacji związku wykorzystano ekstrakcję typu ciecz-ciało stałe z użyciem kolumienek ze złożem C18. Natomiast analizę chromatograficzną przeprowadzono z użyciem zestawu HPLC z detekcją UV przy długości fali 254 nm. Fazę ruchomą stanowił układ binarny acetonitryl:woda z dodatkiem kwasu mrówkowego (32:68 v:v), a jej przepływ wynosił 1 mL/min. Następnie opracowaną metodę poddano walidacji określając jej liniowość, granicę wykrywalności i oznaczalności, a także precyzję oznaczeń. Liniowość metody określono w zakresie stężeń 5-1000 ng/mL. Granice wykrywalności i oznaczalności dla citalopramu wyniosły odpowiednio 1,4 i 4,7 ng/mL. Wyznaczono również powtarzalność oraz odtwarzalność metody. Precyzja oznaczeń w przypadku powtarzalności metody wyniosła 10,3%, zaś odtwarzalności nie przekroczyła 12%. Ponadto określono również trwałość kwetiapiny w materiale biologicznym w temperaturze 4°C, a także przeprowadzając test zamrażania i rozmrażania. Oba sposoby przechowywania próbek okazały się prawidłowe, a zawartość kwetiapiny tylko nieznacznie uległa obniżeniu.

Opracowaną metodę zastosowano również do analizy próbek śliny pochodzących od pacjentek leczonych kwetiapiną. Stwierdzono, iż opracowana metoda jest prosta w wykonaniu, cechuje się liniowością w badanym zakresie stężeń, a także precyzją oznaczeń. Ponadto umożliwia oznaczenie kwetiapiny w próbkach biologicznych, dzięki czemu może być zastosowana do monitorowania poziomu leku w organizmie pacjentów leczonych kwetiapiną.

Rajd po Monte Cassino

Maciej Dziurkowski[1], Ewelina Dziurkowska[2], Maciej Zbyszkowicz[3]
[1]Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim, Starogard-Gdański
[2]Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra i Zakład Chemii Analitycznej, Gdańsk
[3]Oddział Psychiatryczny SPS ZOZ, Lębork

W dniu 19.07.2014 roku około godziny 23.15 w Sopocie, kierowca pojazdu marki Honda Civic, poruszał się z nadmierną prędkością ulicami Bohaterów Monte Cassino, Placem Przyjaciół Sopotu i na terenie molo, wyłączonych z ruchu kołowego oznaczeniem znaku drogowego B1, na których znajdowała się duża nieoznaczona liczba osób, w wyniku czego umyślnie spowodował katastrofę w ruchu lądowym zagrażającą życiu lub zdrowiu wielu osób.

Osobą podejrzaną okazał się być mężczyzna lat 32, po studiach, obecnie pracujący. Z akt sprawy wynikało, iż po studiach pode-

jrzany przebywał u rodziny w Kanadzie, tam miał załamanie nerwowe i wrócił do kraju, gdzie trafił do szpitala psychiatrycznego w Pruszkowie, po tygodniu opuścił szpital, po 8 miesiącach wystąpił u niego nawrót choroby. Trafił na oddział psychiatryczny w Kościerzynie; w obu placówkach rozpoznano u niego schizofrenię. Najprawdopodobniej badany odstawił leki w lutym 2014 roku. Z dokumentacji medycznej prowadzonej przez Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie, a także Oddział Psychiatryczny Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie wynikało, iż podejrzany cierpi na ostre wielopostaciowe zaburzenia psychotyczne z objawami schizofrenii. Ponadto w trakcie pobytu w szpitalach wypowiadał urojenia oddziaływania, prześladowcze, odnoszące i wielkościowe. W trakcie hospitalizacji był agresywny w stosunku do otoczenia.

Na podstawie danych z akt sprawy, dostępnej dokumentacji medycznej oraz przeprowadzonego badania sądowo - psychiatrycznego biegli stwierdzili, że podejrzany jest chory psychicznie - cierpi na schizofrenię paranoidalną. Nie jest natomiast upośledzony umysłowo, a w chwili popełnienia zarzucanego mu czynu miał on zniesioną całkowicie zdolność do rozpoznania jego znaczenia i pokierowania swoim postępowaniem.

Najciekawsze przypadki orzecznicze biegłego sądowego

Maciej Dziurkowski[1], Ewelina Dziurkowska[2], Maciej Zbyszkowicz[3]
[1]Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, Starogard-Gdański
[2]Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra i Zakład Chemii Analitycznej, Gdańsk
[3]Oddział Psychiatryczny SPS ZOZ, Lębork

W praktyce biegły sądowy ma do czynienia z osobami, wobec których orzeka się najczęściej brak choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innych zakłóceń czynności psychicznych, które nie wpływają na poczytalność badanych w momencie dokonania czynu karalnego. Zdarzają się jednak przypadki orzekania zniesionej lub ograniczonej częściowo poczytalności, a co za tym idzie zachodzą wówczas warunki artykułu 31§1 lub 2 Kodeksu Karnego. Najciekawsze z takich przypadków zaprezentowano w wystąpieniu. W ramach wykładu przedstawiono dziewięć opinii sądowo – psychiatrycznych sporządzonych przez biegłych lekarzy psychiatrów na przestrzeni dwunastu lat, w których po jednorazowych badaniach postawiono diagnozę oraz wypowiedziano się jednoznacznie odnośnie poczytalności podejrzanych bez zlecenia dodatkowych badań psychiatrycznych, psychologicznych czy neuroobrazowych w warunkach obserwacji szpitalnej.

We wszystkich przypadkach lekarze stwierdzili niepoczytalność i zasadność zastosowania artykułu 31§1 Kodeksu Karnego. U badanych rozpoznano schizofrenię paranoidalną, zespół omamowo – urojeniowy, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, organiczne uszkodzenie centralnego układu nerwowego pod postacią organicznych zaburzeń urojeniowych, upośledzenia umysłowego w stopniu umiarkowanym czy pląsawicy Huntingtona.

Większość opiniowanych ze względu na charakter czynu (zabójstwo ze szczególnym okrucieństwem, zagrożenie dla zdrowia lub życia, znęcanie fizyczne i psychiczne, uporczywe nękanie) została zakwalifikowana do leczenia w trybie szpitala psychiatrycznego – w oddziałach o podstawowym lub wzmocnionym stopniu zabezpieczenia.

Zaburzenia ruchu gałek ocznych u osób uzależnionych od opioidów nosicieli wirusa HIV i HIV-ujemnych przed i po podaniu leku substytucyjnego

Julia Feit[1], Piotr Walecki[2], Wojciech Lasoń[2], Marek Kunc[3], Edward-Jacek Gorzelańczyk[4]
[1]Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., Bydgoszcz
[2]Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków
[3]Airedale NHS Trust, UK, Steeton,-Keighley,-West-Yorkshire
[4]Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej CM UMK; Instytut Filozofii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego; NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o; Poradnia Leczenia Uzależnień, Medseven Sp. z o. o, Bydgoszcz

Wstęp: Motoryka gałek ocznych jest ściśle związana z funkcjami poznawczymi i emocjonalnym dlatego informacje dotyczące dynamiki sakad podczas wykonywania określonych zadań mogą świadczyć o fizjologii bądź zaburzeniach funkcji psychicznych. Przewlekłe stosowanie substancji psychoaktywnych, może prowadzić do zmian strukturalnych i funkcjonalnych w ośrodkowym układzie nerwowym. Podstawą teoretyczną badania jest wpływ heroiny u osób uzależnionych na integralność połączeń obwodów mózgowych korowo-podkorowych. Badania oparte są na teorii fizjologicznej kontroli funkcji motorycznych, emocjonalnych i poznawczych.

Materiał i metody: Zbadano 72 osoby uzależnione od opioidów leczony substytucyjnie lekiem metadon. W badaniu uczestniczyły 32 kobiety i 40 mężczyzn (średnia wieku 38,86 ± 7,64lat). W badaniach wzięło udział 36 osób HIV ujemnych i 36 osób HIV dodatnich. Średni czas trwania leczenia substytucyjnego lekiem metadon wynosi 51,65±48,03 miesiące, średnia dobowa dawka metadon jaką przyjmują osoby badane wynosi 71,16±34,49ml. Wszystkie osoby badane to nosiciele wirusowego zapalenia wątroby typu C (HCV). Średni czas leczenia lekami antyretrowirusowymi (lamivudinum, tenofovir, ritonavir, lopinavir/ritonavir) osób badanych to 59,32±51,78 miesięcy. Badanie wykonano dwukrotnie: przed podaniem oraz około 1,5 godz. po podaniu leczniczej dawki leku metadonu. Do pomiaru ruchu gałek ocznych zastosowano nieinwazyjne narzędzie okulometryczne jakim jest system Saccadometer (Advanced Clinical Instrumentation, Cambridge, UK). System mierzy ruchy oczu w osi poziomej z wysoką rozdzielczością przestrzenną i czasową. Pobudzenie wzrokowe, służące stymulacji układu wzrokowego osoby badanej, jest wyświetlane za pomocą miniaturowych projektorów laserowych umieszczonych na płytce czołowej czujnika. Do analizy i oceny wybrano następujące parametry refiksacji sakadycznej: liczbę sakad (średnia liczba sakad od 0 do 50), czas latencji sakadycznej, czas trwania sakad, prędkość maksymalną sakad, amplitude sakad, przyśpieszenie maksymalne sakad. Do analizy statystycznej zastosowano program STATISTICA wersja 10. Systemem diagnostycznym Saccadometer wykonaliśmy test prosakad (LAT) oraz test antysakad (AT).

Wyniki: Wykazano różnice istotną statystycznie w średniej prędkości maksymalnej w teście LAT u wszystkich osób uzależnionych (z=2,12; p=0,001) oraz u osób HIV (-) (z=2,67; p=0,007). U osób HIV (+) nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w średniej prędkości maksymalnej. W teście AT wykazano istotną statystycznie różnice w średniej prędkości maksymalnej w grupie wszystkich uzależnionych (z=2,82; p=0,004) oraz u osób HIV (-) (z=2,32; p=0,02). Nie wykazano różnicy istotnej statystycznie w teście AT średniej prędkości maksymalnej dla osób uzależnionych od opioidów HIV (+). W teście LAT wykazano istotną statystycznie różnice w przyspieszeniu maksymalnym sakad w grupie wszystkich uzależnionych (z=2,39; p=0,016) i osób HIV (-) (z=2,068; p=0,038),

natomiast nie wykazano istotności statystycznej u osób HIV (+). W teście AT w przyspieszeniu maksymalnym sakad istotność statystyczną wykazano w grupie wszystkich uzależnionych (z=2,33; p=0,019) i HIV (-) (z=2,29; p=0,021), nie wykazano istotności statystycznej u osób HIV (+). U osób HIV (+) wykazano istotną statystycznie różnice (z=2,34; p=0,019) jedynie w teście LAT średniego czasu trwania skad.

Wnioski: Podanie pojedynczej leczniczej dawki leku metadon u osób uzależnionych od opioidów leczonych substytucyjnie wpływa istotnie statystycznie na wartości parametrów dynamiki sakad. Podstawowa sprawność przetwarzania informacji związane z kontrolą ruchu sakad u osób uzależnionych od opioidów HIV-dodatnich jest mniejsza w porównaniu do sprawności przetwarzania informacji u osób HIV-ujemnych. Różnice w wartościach parametrów refiksacji sakadycznej po podaniu pojedynczej dawki leku metadon można próbować wyjaśnić większą liczbą celów farmakologicznych działania leku wynikającą z prawdopodobnie większej liczby receptorów opioidowych u osób HIV-ujemnych w porównaniu do liczby receptorów opioidowych u osób HIV-dodatnich. Jedną z ważnych cech działania leku metadon u osób uzależnionych od opioidów jest zniesienie lub zmniejszenie odczuwania głodu opioidowego - co w konsekwencji zmniejsza ryzyko zakażenia czynnikami infekcyjnymi (w tym wirusa HIV) przenoszonymi podczas wstrzykiwania heroiny zakażonymi igłami.

Wpływ długotrwałego stosowania litu w chorobie afektywnej dwubiegunowej na komórki macierzyste krążące we krwi obwodowej

Ewa Ferensztajn-Rochowiak[1], Jolanta Kucharska-Mazur[2], Jerzy Samochowiec[2], Mariusz Ratajczak[3], Michał Michalak[4], Janusz Rybakowski[5]

[1]Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego, Poznań
[2]Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin
[3]Zakład Fizjologii PUM w Szczecinie, Stem Cell Institute, James Graham Brown Cancer Center, University of Louisville, Louisville
[4]Katedra i Zakład Informatyki I Statystyki UM, Poznań
[5]Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Poznań

Cel. Celem badania była ocena wpływu długotrwałego stosowania litu u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD) na bardzo małe embrionalno-podobne komórki macierzyste (VSELs - very-small embryonic-like stem cells), hematopoetyczne (HSCs – hematopoietic stem cells) i mezenchymalne (MSCs – mezenchymal stem cells) komórki macierzyste oraz endotelialne komórki progenitorowe (EPCs – endothelial progenitor cells) krążące we krwi obwodowej.

Materiał i metoda. Badaniem objęto 15 pacjentów z ChAD w wieku 55±6 lat leczonych litem przez 8-40 lat (średnio 16 lat), 15 pacjentów z ChAD w wieku 53±7 lat z przebiegiem choroby >10 lat, nigdy nieleczonych litem oraz 15 osób zdrowych w wieku 50±5 lat. Liczbę komórek VSELs, HSCs, MSCs i EPCs oceniono za pomocą cytometrii przepływowej.

Wyniki. U pacjentów z ChAD nieleczonych litem, liczba komórek CD34+ VSELs była istotnie wyższa, a liczba MSCs i EPCs numerycznie wyższa, w porównaniu z grupą kontrolną. Ponadto liczba komórek CD34+ VSELs korelowała z czasem trwania choroby. U pacjentów leczonych litem powyższe wartości były podobne jak w grupie kontrolnej, a liczba komórek CD34+ VSELs korelowała negatywnie z długością leczenia litem oraz stężeniem litu w surowicy.

Wnioski. Długotrwałe leczenie profilaktyczne litem może hamować nadmierną aktywację procesów regeneracyjnych w ChAD, co odzwierciedla zmniejszenie liczby komórek VSELs krążących we krwi obwodowej. Komórki VSELs mogą stanowić nowy potencjalny marker biologiczny ChAD oraz jej klinicznej progresji.

Zaburzenia seksualne u mężczyzn z zespołem uzależnienia od alkoholu w okresie abstynencji

Piotr Frończuk[1], Sławomir Jakima[2], Michał Dzikowski[3], Dariusz Juchnowicz[4], Dariusz Malicki[5], Hanna Karakuła-Juchnowicz[3]

[1]NZOZ Przychodnia Zdrowia Psychicznego, Biała-Podlaska
[2]Poradnia Seksuologii i Patologii Więzi Międzyludzkich, Warszawa
[3]I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji UM, Lublin
[4]Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego UM, Lublin
[5]Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu Szpitala Neuropsychiatrycznego, Lublin

Wstęp: Zarówno obserwacje kliniczne, jak i doniesienia naukowe wskazują, na to że u większości mężczyzn uzależnionych od alkoholu w okresie abstynencji pojawiają się zaburzenia seksualne, a ich rozpowszechnienie szacowane jest na ok 72% (Arackal i Benegal, 2007). Zarówno charakter, jak i nasilenie tych zaburzeń ma związek z czasem trwania abstynencji, współwystępowaniem zaburzeń psychicznych i somatycznych. Do najczęściej występujących zaburzeń seksualnych zalicza się przedwczesny wytrysk, obniżenie popędu płciowego i zaburzenia erekcji (Fernandez i De Sousa, 2014). Pacjenci będący w trakcie terapii odwykowej niejednokrotnie mają za sobą nieudane wcześniejsze próby utrzymania abstynencji. Z analizy piśmiennictwa wynika, że problematyka zaburzeń seksualnych jest dość rzadko podejmowana w trakcie terapii odwykowej. Występowanie tych zaburzeń często ma istotny wpływ na relacje partnerskie osób uzależnionych i ich stan psychiczny, a także bywa powodem przerwania przez nich abstynencji.

Celem badania była ocena dysfunkcji seksualnych u mężczyzn uzależnionych od alkoholu w okresie abstynencji pod kątem:

1. ich rozpowszechnienia; 2.rodzaju stwierdzanych dysfunkcji; 3.związku pomiędzy ujawnieniem się zaburzeń seksualnych a okresem abstynencji; występowaniem powikłań psychiatrycznych w trakcie picia alkoholu; przyjmowanymi lekami; współwystępowaniem chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych; stopniem uzależnienia od nikotyny; 4.wpływu na relacje partnerskie i stan psychiczny pacjenta; 4.ryzyka przerwania abstynencji.

Grupa badana: Badaniem została objęta grupa 47 mężczyzn (x=41,3 lat SD=15,3) z rozpoznaniem zespołu uzależnienia od alkoholu wg kryteriów ICD-10, uczestniczących w terapii odwykowej w różnym okresie abstynencji alkoholowej. Osoby badane pozostawały zarówno w związkach małżeńskich lub partnerskich (53%), jak i były samotne (47%).

Metoda: Zastosowano następujący zestaw narzędzi badawczych: Arizona Sexual Experience Scale-ASEX, Kwestionariusz do oceny życia płciowego mężczyzn-IIEF-5, Szpitalna Skalę Lęku i Depresji-HADS, Kwestionariusz Uzależnienia od Nikotyny Fagerstrooma, autorski kwestionariusz samooceny zaburzeń seksualnych oraz autorski kwestionariusz wywiadu.

Wyniki: W autorskim kwestionariuszu dotyczącym samooceny problemów seksualnych 36 badanych (76,7%) zgłosiło występowanie problemów seksualnych, przy czym 11 osób (23,4%) określiło je jako łagodne; 19 osób (40,5%) umiarkowane; a 6 osób (12,8%) jako znaczne. W kwestionariuszu IIEF-5 pacjenci uzyskali wyniki w zakresie od 0 do 25 pkt, przy czym u 14 osób (29,8%) wyniki świadczą o niezadowoleniu z jakości ich życia

płciowego. W skali ASEX uzyskali wyniki w zakresie od 8 do 27 pkt, przy czym u 12 osób (25,5%) wyniki wskazują na występowanie zaburzeń seksualnych. Pacjenci korzystający z terapii po raz kolejny, częściej wskazywali na występujące zaburzenia seksualne w okresach abstynencji w przeszłości oraz częściej wskazywali problemy z seksualnością jako przyczynę przerwania abstynencji w przeszłości. W całej badanej grupie 14 badanych (29,8%) wskazało jednoznacznie problemy z seksualnością jako przyczynę jednego lub większej ilości „zapić" w przeszłości. Większość z badanych korzystała kolejny raz z terapii odwykowej. Ponad połowa badanych oceniała swoje życie seksualne jako złe, bardzo złe lub umiarkowane 26 osób (55,3%) a 21 osób (44,7%) jako dobre lub raczej dobre, przy jednoczesnej 100% zgodności ocen, iż aktywność seksualna jest dla nich bardzo ważną sferą życia. Aż 45 badanych (95,7%) podało, że w trakcie terapii tematyka seksualności nie była podejmowana lub była podejmowana w sposób niezadowalający.

Wnioski: 1. Rozpowszechnienie różnego typu zaburzeń seksualnych w badanej grupie osób uzależnionych od alkoholu w okresie abstynencji wynosiło 76,7%; 2. Ujawnione dysfunkcje seksualne miały wpływ na relacje partnerskie i stan psychiczny osób badanych oraz były czynnikiem zagrażającym utrzymaniu abstynencji; 3. Aż 95,7% badanych pacjentów deklarowało, że w trakcie terapii odwykowej tematyka seksualności nie była podejmowana lub była podejmowana w sposób niezadowalający; 4. Poruszanie tematyki zaburzeń seksualnych przez terapeutę w trakcie terapii odwykowej i późniejsze wdrażanie odpowiedniego leczenia może być istotnym czynnikiem wpływającym na utrzymanie abstynencji od alkoholu w przyszłości.

Literatura: 1. Arackal, B. S., & Benegal, V. (2007). Prevalence of sexual dysfunction in male subjects with alcohol dependence. Indian Journal of Psychiatry, 49(2), 109; 2. Fernandez A. & De Sousa A (2014)Alcohol Dependence and Sexual Dysfunction: a clinical review; Indian Journal of Research, 4(3), 187-190

Stress, depression and anxiety among medicine students from various countries

Anna Gurbiel, Małgorzata Napierała, Adam Rutkiewicz
Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Introduction: Medicine is known to be one of the most demanding, absorbing and stressful faculties. Due to that fact, the students are prone to develop various disorders. This opinion is acknowledged around the world. However, the force of noxious factors is not equal in all countries.

Aim: The aims of the study are to investigate the tendency to develop disorders like depression, stress and anxiety among medicine students, compare its intensity in various countries, name some possible reasons and suggest solutions.

Materials & methods: We interrogated over 500 medicine students using an internet questionnaire. We used the Depression Anxiety Stress Scale. The respondents answered 42 questions defining in a scale 0-3 how much the given statement applies to one's situation over the previous week. 30 additional questions concerned demographic data and opinions on the topic.

Results: The research reveals that the most common complaint among medicine students in all the studied countries is stress. Anxiety is more spread than depression. German students are the least affected group among the subjects while the Italian are the most vulnerable ones. Stress, depression and anxiety are most widely spread among the students who declared fear of the future, little free time, lack of practical training, overwhelming amount of detailed theoretical knowledge and taking oral or practical exams. The disorders were more intense in the universities which do not provide psychological help.

Conclusions: Stress, depression and anxiety stand important issues among the medicine students. The respondents named the form of the exams, the lack of free time, the abundance of theoretical knowledge, the lack of practical training and the tutors' approach as possible reasons. However, some countries seem to have developed a less affecting system of education. In order to solve the problem, providing free psychological help, changing the studies' organisation and improving interpersonal relationships are suggested.

Life lasting sadness - two cases of major treatment-resistant depression

Anna Gurbiel, Alicja Piontek
Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Introduction: As drug-resistant we define a depression with unsatisfactory treatment response to two or more trials of different antidepressants in adequate dose and lenght. Due to various researches up to 34% of depressed patients don't achieve a state of euthymia after a properly conducted therapy. The reason for the lack of response remains unclear, but as possible causes the following are defined: mistaken diagnosis, inadequate kind, dosage or lenght of treatment, comorbidity, metabolising disturbance and genetic predisposition.

Aim: The aim of the study is to analyse and compare two cases of major treatment-resistant depression in women treated in the Psychiatric Clinic in Tarnowskie Góry for over 20 years. The elements taken into account are: course of disease, biological factors, methods of treatment and their results. Possible reasons and further therapy suggestions are named.

Results: We analysed medical documentation of treatment of two women, aged 62 and 66, both diagnosed with bipolar affective disorder with episode of major depression. The diagnoses however were changed multiple times over the years. The two were treated with most of antidepressant, mood- stabilizing and antipsychotic drugs, some of them in dosage higher than recomended. The measured levels of some drugs were appropriate, which excluded metabolic disorders. Both underwent the electroconvulsive therapy which resulted with only mild improvement. No reason for lack of response was defined. They both continue to present symptoms of major depression disorder.

Conclusion: Patients did not significantly improve with the wide range of drugs and electroconvulsive therapy, but suicidal thougts succeeded to be limited. Successful therapy is difficult to achieve as no certain reason for the drug resistance is known. The new experimental methods of treatment that may be used in similar cases are the following: vagus nerve stimulation, magnetic seizure therapy or deep brain stimulation.

Wpływ objawów bezsenności lub nadmiernej senności na ocenę funkcjonowania seksualnego oraz jakości życia u pacjentów zgłaszających się do Poradni Zaburzeń Snu

Justyna Holka-Pokorska, Adam Wichniak, Aleksandra Wierzbicka, Michał Lew-Starowicz, Marek Jarema
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Już w pierwszych latach XX w. Zygmunt Freud postulował ścisłą zależność pomiędzy występowaniem zaburzeń snu, a zaburzeniami seksualnymi. Sugerował, że tłumienie fizjologicznych przejawów „energii libidinalnej" może powodować reakcje nerwicowe, takie jak kłopoty z zasypianiem czy bezsenność. Mimo ponad 200-letniej już dyskusji naukowej dotyczącej związków pomiędzy zaburzeniami snu, a zaburzeniami seksualnymi, zagadnienie to nadal pozostaje bardzo słabo poznane. Badania naukowe dotyczące rozpowszechnienia oraz charakterystyki zaburzeń seksualnych u pacjentów zgłaszających się po poradę z powodu objawów zaburzeń snu są nieliczne. Badania epidemiologiczne z tego zakresu najczęściej dotyczą specyficznych podgrup pacjentów, a spośród nich mężczyzn z zespołem bezdechu śródsennego oraz kobiet w okresie okołomenopauzalnym.

Cel: Ocena jakości funkcjonowania seksualnego oraz jakości życia u pacjentów zgłaszających się do Poradni Zaburzeń Snu z objawami nadmiernej senności oraz bezsenności.

Metoda: Zbadano grupę 26 pacjentów (średni wiek 30.8±7.7); 6 kobiet oraz 20mężczyzn. U 9 spośród badanych rozpoznawano bezsenność, u 12 spośród nich narkolepsję, u 5 -inne hipersomnie. Wpływ objawów zaburzeń snu na funkcjonowanie seksualne oceniano przy pomocy skali Visual Analogue Scale (VAS) złożonej z graficznie przedstawionej punktacji od 0-10 (gdzie wartość 0 oznaczała brak wpływu, zaś wartość 10 zdecydowany wpływ objawów nadmiernej senności lub bezsenności na funkcjonowanie seksualne). Drugą składową oceny stanowiły wyniki uzyskane przez pacjentów przy użyciu skali jakości życia SF-36).

Wyniki: W pracy przedstawione zostaną wyniki dotyczące wpływu objawów bezsenności oraz nadmiernej senności na ocenę funkcjonowania seksualnego oraz jakości życia na podstawie danych zgromadzonych w odniesieniu do grupy 26 pacjentów Poradni Zaburzeń Snu.

Ocena stanu psychicznego i cech temperamentu afektywnego u młodych dorosłych pacjentów, którzy w wieku adolescencyjnym leczyli się z powodu zaburzeń lękowych

Magdalena Izydorczyk
Klinika i Katedra Psychiatrii Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz

Celem badania była ocena aktualnego stanu psychicznego oraz cech temperamentu afektywnego pacjentów (obecnie osób pełnoletnich), leczonych w wieku rozwojowym w ambulatoryjnym oddziale psychiatrycznym albo poradni zdrowia psychicznego z powodu zaburzeń lękowych. Okres od zakończenia leczenia w wyżej wymienionych placówkach wynosił od 5 do 10 lat. Grupa badana liczyła 39 osób (22 kobiety i 17 mężczyzn), w wieku 21-27 lat. Stan psychiczny osób badanych określono przy użyciu kwestionariusza M.I.N.I. 5.0.0 oraz wywiadu, a cechy temperamentu afektywnego za pomocą skali TEMPS-A. Ocena aktualnego stanu psychicznego wykazała, że u 11 osób (28% badanych) występują wyraźne zaburzenia psychiczne, najczęściej- zaburzenia nastroju, które stwierdzono u 7 osób (18%), natomiast zaburzenia lękowe stwierdzono u 2 osób (5%), uzależnienie od substancji psychoaktywnych u 1 osoby oraz Zespół Aspergera u 1 osoby. Nasilenie poszczególnych cech temperamentu afektywnego w grupie badanej wynosiło: dla temperamentu depresyjnego - 0,468, cyklotymicznego - 0,32, hipertymicznego - 0,317, drażliwego - 0,212, lękowego - 0,337. Natomiast nasilenie cech temperamentu afektywnego w grupie osób z aktualnymi zaburzeniami psychicznymi wynosiło: dla temperamentu depresyjnego - 0,567, cyklotymicznego - 0,476, hipertymicznego - 0,203, drażliwego - 0,299, lękowego - 0,512. U ponad 70% badanych nie stwierdzono obecności zaburzeń psychicznych, co może oznaczać, że zaburzenia lękowe występujące w okresie adolescencji w większości przypadków nie wiążą się z długofalowymi następstwami psychopatologicznymi. Wśród zaburzeń psychicznych, obecnych podczas badania pacjentów leczonych w wieku adolescencyjnym z powodu zaburzeń lękowych, dominowały zaburzenia nastroju. Również profil temperamentu afektywnego badanej grupy nie różni się w wyraźny sposób od profilu grupy osób bez zaburzeń psychicznych w wywiadzie, tzn. wartości uzyskanych u zdrowych i dobrze funkcjonujących młodych osób dorosłych w badaniu walidacyjnym kwestionariusza TEMPS-A w populacji polskiej. Natomiast w badanej grupie osób z aktualnie zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi stwierdziliśmy podwyższone wartości czterech podskal TEMPS-A oraz obniżone wartości cech temperamentu hipertymicznego w stosunku do pozostałych osób badanych (obecnie zdrowych psychicznie), a także w stosunku do grupy kontrolnej. Może to wskazywać na potencjalną przydatność kwestionariusza TEMPS-A w przewidywaniu utrzymywania się zaburzeń psychicznych wśród pacjentów leczących się w wieku adolescencyjnym z powodu zaburzeń lękowych.

Aleksytymia a samotność

Michalina Janiec, Mateusz Toś, Ewelina Rybak, Olga Nurkowska, Karolina Drzyzga, Agnieszka Bratek, Krzysztof Kucia
Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii ŚUM, Katowice

WSTĘP: Aleksytymia jest terminem oznaczającym „brak słów dla emocji". Osoby cierpiące na to zaburzenie stanu emocjonalnego mają trudności w opisywaniu i wyrażaniu uczuć, odróżnianiu emocji od objawów somatycznych, a także wykazują myślenie nadmiernie konkretne i brak im wyobraźni.

To powoduje, że aleksytymicy mają zaburzone relacje społeczne, nie są zdolni do wyrażania własnych uczuć, jak i odczytywania emocji innych ludzi. Skutkiem tego jest niepowodzenie w tworzeniu związków partnerskich i życie w samotności.

CEL: Celem pracy badawczej było określenie: 1. częstości występowania aleksytymii wśród polskich studentów; 2. związku pomiędzy nasileniem aleksytymii a funkcjonowaniem społecznym - tworzeniem związków partnerskich wśród studentów polskich uczelni.

MATERIAŁY I METODY: Grupę badaną stanowili studenci różnych kierunków polskich uczelni. Składała się ona z 1125 badanych, w tym 256 (22,76%) mężczyzn i 869 (77,24%) kobiet. Średni wiek badanych wyniósł 22,3 ± 2,07 lat; [przedział 18-40]. W badaniu posłużono się Torontowską Skalą Aleksytymii (TAS-26). Osoby badane anonimowo wypełniały ankietę. Przedział wyników w skali TAS-26 to 26 – 130 punktów. Punkt odcięcia dla aleksytymii o nasileniu klinicznym wynosi 74 punkty, natomiast wynik dla aleksytymii o granicznym nasileniu obejmuje przedział 63-73 punktów. Osoby, które uzyskały wynik 62 punktów i niższy są niealeksytymiczne. Dodatkowo badani udzielili odpowiedzi na następujące pytania: 1. Płeć; 2. Wiek; 3. Kierunek studiów; 4. Stan cywilny; 5. Orientacja seksualna; 6. Miejsce za-

mieszkania; 7. Relacja w domu rodzinnym; 8. Zdiagnozowane zaburzenia psychiczne.

Analizę statystyczną dokonano za pomocą oprogramowania Statistica 10.0 posługując się ANOVA Kruskala-Wallisa, Test U Manna-Whitneya, test Chi^2.

WYNIKI: Kliniczną aleksytymię stwierdzono u 635 osób, graniczną u 433, a brak tylko u 57 osób. Wykazano brak statystycznie istotnej różnicy pomiędzy płcią (p = 0.451739). Stan cywilny: W związku 519 osób (46,13%); Wolny 491 osób (43,64%); Narzeczeństwo 77 osób (6,84%); Małżeństwo 32 osoby (2,84%).

Wykazano statystycznie istotną różnicę występowania aleksytymii o klinicznym nasileniu u osób w stanie wolnym w stosunku do osób będących w związku partnerskim (63.34% vs. 52.60%; p = 0.0025) oraz będących w związku małżeńskim (63.34% vs. 37.50%; p = 0.0001).

WNIOSKI: U osób będących w stanie wolnym zaobserwowano wyższą częstość występowania aleksytymii w porównaniu z osobami będącymi w związkach partnerskich i małżeńskich. Osoby samotne częściej od osób pozostających w związkach mają trudności w odróżnianiu uczuć, a także mają uboższą wyobraźnię niż osoby w związkach partnerskich i narzeczeńskich.

Poziom Interleukiny 1, a nasilenie stresu i mechanizmy radzenia sobie z nim u personelu latającego

Justyna Jasionowska[1], Marta Broniarczyk-Czarniak[1], Monika Talarowska[1], Piotr Gałecki[1], Marian Macander[2], Krzysztof Zboralski[1], Olaf Truszczyński[2]

[1]SPZOZ im. Babińskiego, Łódź

[2]Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej, Warszawa

Stres jest złożoną reakcją organizmu, obejmującą swoim działaniem i skutkami układy neuronalne, endokrynne i odpornościowe, które modulują czasowo lub trwale zachowania behawioralne. Kluczowym elementem związanym z wpływem stresu na organizm jest układ interleukin, m.in. Interleukina 1 (IL-1).

Każda sytuacja stresowa zmusza nas do określonego zachowania. Proces adaptacyjny stanowiący całokształt aktywności podejmowanej przez człowieka w danej sytuacji stresowej, nosi nazwę radzenia sobie.

Cel badania: Celem badania była ocena poziomu składowej immunologicznej reakcji stresowej tj. IL-1 i mechanizmów radzenia sobie u personelu latającego uczestniczącego w misjach pokojowych poza granicami kraju.

Materiał: W badaniu oceniono łącznie 236 respondentów (pilotów i personel latający) uczestniczących w misjach poza granicami kraju. Od członków tej grupy pobrano dwukrotnie krew do wykonania biochemiczno-genetycznej oceny wykładników stresu (przed wyjazdem na misję i po powrocie do kraju), oraz przeprowadzono badania psychologiczne zaplanowanymi testami (przed wyjazdem na misję).

Metoda: Parametry biochemiczne i genetyczne oznaczane były z krwi pobranej dwukrotnie od uczestników w trakcie rutynowych badań, które żołnierze przechodzą przed i po odbyciu misji w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej (WIML) w Warszawie. Zastosowanymi w badaniu metodami psychologicznymi były: kwestionariusz COPE J. Carvera oraz Skala Odczuwanego Stresu (SOS) S. Cohena (w adaptacji Z. Juczyńskiego).

Wyniki: W badaniu wykazano istotne relacje pomiędzy poziomem Interleukiny 1, a ocenianymi zmiennymi psychologicznymi.

Zależność pomiędzy poziomem Interleukiny 1, a wynikami Skali Odczuwanego Stresu wykonanego w pierwszej i drugiej fazie prowadzonego badania jest odwrotnie proporcjonalna. Uzyskany współczynnik R Spearmana dla fazy pierwszej badania SOS_I wyniósł: -0, 58 (p < 0,001), dla fazy drugiej badania SOS_II wyniósł: -0,57

Negatywne doświadczenia dziecięce a występowanie choroby afektywnej dwubiegunowej

Paulina Jaworska-Andryszewska, Janusz Rybakowski

Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Poznań

Wprowadzenie. Negatywne doświadczenia w dzieciństwie mogące odgrywać istotną rolę w chorobie afektywnej dwubiegunowej, to wydarzenia opisywane jako krytyczne i traumatyczne, do których należą doświadczenia wszelkiego rodzaju przemocy, bądź utraty rodzica lub rodziców w wyniku śmierci, samobójstwa, separacji, rozwodu lub długotrwałej rozłąki z rodzicem. Dotychczasowe badania wskazują, że osoby z chorobą afektywną dwubiegunową częściej doświadczają negatywnych wydarzeń w dzieciństwie w porównaniu z dobranymi osobami z grupy kontrolnej. Co więcej, u osób z chorobą afektywną dwubiegunową wydarzenia te mogą się wiązać z wcześniejszym początkiem choroby oraz cięższym jej przebiegiem, charakteryzującym się m.in. większą częstością nawrotów, występowaniem zachowań samobójczych, nadużywaniem substancji psychoaktywnych oraz współwystępowaniem chorób somatycznych.

Cel pracy. Porównanie częstości występowania negatywnych doświadczeń w dzieciństwie w dobranych pod względem płci i wieku grupach chorych z ChAD i osób zdrowych.

Materiał i metoda. Do badania włączono pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową (n=52, wiek 47 ± 12), hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Kościanie oraz na oddziale psychiatrycznym Milickiego Centrum Medycznego. Grupę kontrolną stanowiło 52 zdrowych osób (n=52, wiek 47 ± 12). W badaniu użyto polskiej wersji Kwestionariusza Traumy Wczesnodziecięcej (CTQ), Kwestionariusza Negatywnych Doświadczeń Dziecięcych (opracowanego na potrzeby tego badania), Ankiety powstawania i przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (opracowanej na potrzeby tego badania) oraz Kwestionariusza dla osób bez zaburzeń psychicznych (opracowanego na potrzeby tego badania).

Wyniki. Istnieje różnica pomiędzy osobami z chorobą afektywną dwubiegunową a osobami zdrowymi pod względem występowania traumatycznych doświadczeń życiowych w okresie dzieciństwa. Pacjenci z ChAD (n=52) różnili się od grupy kontrolnej pod względem poziomu cech mierzonych narzędziem CTQ (przemocy fizycznej, emocjonalnej, seksualnej, zaniedbania fizycznego oraz zaniedbania emocjonalnego). Co więcej, pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową częściej od osób zdrowych doświadczali negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwie (m.in. długotrwałej rozłąki z rodzicami, śmierci ojca, opuszczenia przez rodziców, rozwodu rodziców, problemu alkoholowego w rodzinie).

Wnioski. Pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową częściej niż osoby zdrowe doświadczały w dzieciństwie traumatycznych przeżyć. Rola stresorów w postaci negatywnych doświadczeń w dzieciństwie w patogenezie choroby afektywnej dwubiegunowej jest niezwykle istotna. Traumatyczne doświadczenia

na wczesnym etapie rozwoju mogą modulować funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, które w połączeniu z predyspozycją genetyczną może być odpowiedzialny za powstawanie i przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej. Wyniki badań wskazują na konieczność przeprowadzania szczegółowego wywiadu uwzględniającego negatywne doświadczenia w okresie dzieciństwa. Jest to ważne w przypadku postępowania terapeutycznego wobec pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową. Niezbędne jest prowadzenie dalszych badań na rolą negatywnych doświadczeń w dzieciństwie w patogenezie i przebiegu ChAD. Konieczna jest tutaj integracja zarówno podejścia psychologicznego jak i biologicznego.

Rola psychoterapii w leczeniu zapobiegawczym migrenowego bólu głowy

Patrycja Jęda, Krzysztof Rutkowski
Katedra Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków

Założenie: Zastosowanie niefarmakologicznych metod leczenia ma wpływ na częstotliwość występowania napadów migrenowego bólu głowy.

Materiał: Przegląd wyników badań naukowych z okresu minionych kilkudziesięciu lat dotyczących wykorzystania niefarmakologicznych metod terapeutycznych stosowanych w celu zapobiegawczego leczenia migrenowego bólu głowy.

Wnioski: Zastosowanie treningu relaksacyjnego, biofeedbacku kontrolowanego ciepłotą ciała w skojarzeniu z treningiem relaksacyjnym, biofeedbacku pod kontrolą EMG lub terapii kognitywno–behawioralnej wiąże się z poprawą w zakresie analizowanego objawu. W przypadku leczenia psychoterapią psychodynamiczną istotny wydaje się kontekst uzyskania wglądu w konflikt wewnątrzpsychiczny czy zrozumienie roli objawu.

Dyskusja: Mimo licznych doniesień dotyczących skuteczności leczenia zapobiegawczego migrenowego bólu głowy istnieje wciąż deficyt w zakresie opracowań dotyczących metod niefarmakologicznych. Wiele z analizowanych badań opera się na opisie małych grup pacjentów lub pojedynczych przypadków i w efekcie nie przekłada się na powstawanie dodatkowych zaleceń, w konsekwencji dane nie są na razie wystarczające do jednoznacznego wyselekcjonowania metod odpowiednich dla sprecyzowanych grup. Jednak publikacje wskazują na duże znaczenie kliniczne zastosowania psychoterapii w zapobieganiu migrenowym bólom głowy. Warto zatem kontynuować badania na większych grupach pacjentów co powinno umożliwić sformułowanie odpowiednich wskazówek dla postępowania psychoterapeutycznego.

Rola psychoterapii w leczeniu napięciowego bólu głowy

Patrycja Jęda, Krzysztof Rutkowski
Katedra Psychoterapii Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Założenie: Zastosowanie niefarmakologicznych metod leczenia zaburzeń z obszaru F40- F60 wiąże się z redukcją objawów w zakresie napięciowego bólu głowy.

Materiał: Przegląd wyników badań naukowych z okresu minionych kilkudziesięciu lat dotyczących wpływu niefarmakologicznych metod terapeutycznych na zmiany w zakresie występowania i natężenia napięciowego bólu głowy u leczonych pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości.

Wnioski: Poprawę w zakresie analizowanego objawu zaobserwowano po zastosowaniu m.in. metody biofeedback, hipnoterapii i treningu relaksacyjnego. W przypadku badań dotyczących psychoterapii w podejściu psychodynamicznym w trakcie leczenia zaburzeń nerwicowych i osobowości napięciowy ból głowy nie został wyodrębniony spośród innych objawów.

Dyskusja: Mimo licznych doniesień dotyczących skutecznych metod leczenia napięciowego bólu głowy nadal istnieje deficyt w tym zakresie. Mimo obserwowania analizowanego objawu przy pomocy kwestionariusza objawowego podczas stosowania psychoterapii brak jest badań obejmujących wystarczająco dużą grupę chorych, które pozwoliłyby sformułować wskazówki dla postępowania psychoterapeutycznego.

Konsultacje psychiatryczne w oddziałach szpitala wielospecjalistycznego

Justyna Kachnic, Julia Beil-Gawełczyk, Agnieszka Bratek, Dominika Cholewa, Joanna Wutke, Karolina Drzyzga
Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Wstęp: Konsultacje na innych oddziałach to nieodłączna część dyżuru każdego lekarza. Jak wygląda to w przypadku konsultacji psychiatrycznych, gdzie sytuacje bywają nagłe, a stan psychiczny pacjentów wymaga podjęcia pilnej interwencji terapeutycznej?

Cel pracy: Analiza częstości występowania konsultacji psychiatrycznych w oddziałach szpitala wielospecjalistycznego wyłączając oddział izby przyjęć, a także pod kątem rozpoznania w oparciu o dziesiątą rewizję Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) oraz dalszego postępowania terapeutycznego.

Materiały i Metody: Przeanalizowano dostępną dokumentację medyczną 629 pacjentów konsultowanych psychiatrycznie, hospitalizowanych w Oddziałach Górnośląskiego Centrum Medycznego Katowicach-Ochojcu w latach 2014-2015. Poszczególne oddziały usystematyzowano według stworzonych na potrzeby pracy grup: Oddziały Kardiologii (I, II, III Oddział Kardiologii oraz Elektrokardiologia), Oddziały Chorób Wewnętrznych (Oddział Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych oraz Oddział Chorób Wewnętrznych i Reumatologii) Oddział Geriatrii, Oddziały Chirurgii (Oddział Kardiochirurgii, Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyń, Angiologii i Flebologii, Oddział Neurochirurgii), Oddział Neurologii, Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii (Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Nadzorem Kardiologicznym i Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii) Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz jako pozostałe oddziały: Oddział Onkologii, Oddział Laryngologii i Onkologii Laryngologicznej oraz Oddział Rehabilitacji Leczniczej. Wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą programu Statistica 10.0. Za istotne statystycznie uznano różnice dla $p < 0,05$.

Wyniki: Grupę stanowiło 347 (55,17 %) kobiet oraz 282 (44,83 %) mężczyzn, średnia wieku 64,61 lat (±18,53). 61,78 % spośród wszystkich pacjentów były to osoby powyżej 60 roku życia. Częstość konsultacji psychiatrycznych w poszczególnych oddziałach wynosiła odpowiednio: na Oddziałach Kardiologii - 24,32 %, Oddziale Neurologii - 23,69 %, Oddziałach Chorób Wewnętrznych - 22,89 %, Oddziałach Chirurgii - 11,29 %, Oddziale Geriatrii - 7,79 %, Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii - 4,93 %, Oddziale Ortopedii i Traumatologii Ruchu - 3,18 % oraz pozostałych - 1,95 %. Najczęściej stawianą diagnozą było majaczenie niewywołane alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi - 36,09 %, stosunkowo częściej rozpoznawane wśród mężczyzn (42,65 %), niż wśród kobiet (31, 3 %). Spośród

wszystkich oddziałów zaburzenie to najczęściej diagnozowano na Oddziałach Chirurgii (61,97 %), Chorób Wewnętrznych (49,01 %) oraz Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii (45,16 %).

Zdecydowanie rzadziej rozpoznawano inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną, które zdiagnozowano wśród 12,08 % pacjentów konsultowanych psychiatrycznie. Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (9,37 %) stanowiło trzecim co do częstości rozpoznawanym zaburzeniem psychicznym, najczęściej na Oddziałach Chorób Wewnętrznych oraz Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Najczęstszym zalecanym dalszym postępowaniem terapeutycznym była modyfikacja farmakoterapii (38,21 %), dalsze leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego (37,1 %) oraz obserwacja (10,82 %). 31 pacjentów wymagało przymusu bezpośredniego, natomiast 18 pacjentów przeniesienia na Oddział Psychiatrii.

Wnioski: Z badania wynika, że najczęściej przeprowadzano konsultacje psychiatryczne wśród osób w wieku podeszłym. Wraz z wiekiem zwiększa się prawdopodobieństwo współwystępowania chorób somatycznych, co skutkuje wzrostem ryzyka rozwoju zaburzeń świadomości. Majaczenie niewywołane alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi było najczęściej diagnozowano na Oddziałach Chirurgii. Majaczenie zwiększa ryzyko złego rokowania (dłuższej hospitalizacji, powikłań, a nawet śmierci chorego) bez względu na chorobę podstawową, powinno więc być zawsze traktowane jako stan ostry i zagrażający życiu.

Genotyp a fenotyp. Oblicza neurodegeneracji uwarunkowanej dziedzicznie

Maria-Marta Kaczyńska-Haładyj[1], Jolanta Panasiuk[2]
[1]Szpital Neuropsychiatryczny, Lublin
[2]Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin

Wstęp: Schorzenia neurodegeneracyjne uwarunkowane dziedzicznie mogą ujawniać się u poszczególnych członków rodziny pod postacią zróżnicowanych i narastających zaburzeń w sferze motorycznej, emocjonalnej, poznawczej i językowej, tworząc zindywidualizowane zespoły objawów. Wciąż jednak młodzieńcza postać choroby neurodegeneracyjnej nastręcza wielu trudności diagnostycznych, bowiem interferencja objawów psychicznych i neurologicznych może wskazywać zarówno na neurologicznie, jak też psychiczne podłoże obrazu klinicznego.

Cel pracy: Celem pracy jest określenie obrazu i dynamiki zaburzeń w młodzieńczej postaci choroby neurodegeneracyjnej uwarunkowanej rodzinnie u dwóch sióstr, ich matki oraz babki.

Materiał i metodyka: Przy użyciu metody studium przypadku w badaniu longitudinalnym przedstawiono obraz i dynamikę narastających zaburzeń w rodzinnej postaci choroby neurodegeneracyjnej, której objawy ujawniły się nagle w wieku młodzieńczym u dwu sióstr jako znaczne i trwałe zaburzenia motoryczne, emocjonalne i poznawcze, narastały powoli w wieku starczym u ich babki pod postacią otępienia korowo-podkorowego, a u ich matki zaznaczyły się w wieku średnim jako stabilne łagodne zaburzenia poznawcze (MCI). Utrzymujące się deficyty neurologiczne u dwudziestokilkuletnich pacjentek były powodem wielokrotnych hospitalizacji na oddziałach neurologii i psychiatrii, w trakcie których stawiano sprzeczne hipotezy dotyczące mechanizmu tych trudności: psychicznego (dysocjacja) versus neurologicznego (neurodegeneracja). Wobec braku poprawy stanu klinicznego pod wpływem oddziaływań psychoterapeutycznych u pacjentek wykonano badania biochemiczne, które potwierdziły dziedziczne podłoże zaburzeń.

Wyniki: Obraz kliniczny zaburzeń neurodegeneracyjnych wieku młodzieńczego wskazywać może na psychiczne podłoże narastających objawów. W procesie wielowymiarowej diagnozy weryfikowanej w badaniach longitudinalnych ujawniają się wyraźnie neurologiczne mechanizmy objawów chorobowych.

Wnioski: Schorzenia neurodegenacyjne mogą rozpoczynać się na różnych etapach życia i przybierać zróżnicowane objawy kliniczne u poszczególnych członków rodziny. Młodzieńcza postać choroby neurodegeneracyjnej występującej rodzinnie jest zjawiskiem szczególnie trudnym diagnostycznie i wciąż stereotypowo interpretowanym jako przejaw zaburzeń o podłożu psychicznym.

Dynamika zaburzeń rozwojowych u dziecka z padaczką. Diagnoza i terapia

Maria-Marta Kaczyńska-Haładyj[1], Jolanta Panasiuk[2]
[1]Szpital Neuropsychiatryczny, Lublin
[2]Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMSC, Lublin

Wstęp: Napady paczkowe w wieku rozwojowym mogą doprowadzić do utraty nabytych sprawności i spowodować zaburzenia w dalszym rozwoju dziecka. Skuteczne leczenie farmakologiczne padaczki daje podstawy do efektywnych oddziaływań terapeutycznych. Zintegrowany model wielospecjalistycznej rehabilitacji, poprzez ukierunkowanie procesów neuroplastyczności, pozwala na wyrównanie deficytów rozwojowych, a stymulowanie aktywności życiowej dziecka na wykształcenie strategii neurokompensacyjnych.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie dynamiki zaburzeń neurorozwojowych w przebiegu ciężkiej przypadku padaczki objawowej ze stanami padaczkowymi u 8-letniego chłopca oraz wpływu wielospecjalistycznej terapii na ustąpienie objawów padaczki i znaczną poprawę w funkcjonowaniu motorycznym, społeczno-emocjonalnym i poznawczo-językowym.

Materiał i metody: Metodą studium przypadku opisano dynamiczny obraz zaburzeń neurorozwojowych u 8-letniego chłopca z rozpoznaną padaczką objawową (napady częściowe złożone, stan padaczkowy po napadzie toniczno-klonicznym wtórnie uogólnionym) i podejrzeniem całościowych zaburzeń rozwojowych.

Wyniki: W wyniku badań longitudinalnych wyodrębniono cztery fazy w rozwoju dziecka: 1) od urodzenia do 3 roku życia, kiedy rozwój przebiegał prawidłowo, 2) od 3 do 5 roku życia, kiedy nastąpił regres w sferze motorycznej, emocjonalnej, poznawczej, językowej i behawioralnej, 3) od 5 do 6 roku – życia, kiedy w związku z zastosowanym leczeniem farmakologicznym ustąpiły napady padaczkowe, 4) od 6 roku życia do chwili obecnej, kiedy w wyniku prowadzonej terapii nastąpiła znacząca poprawa funkcjonowania w zakresie wszystkich zaburzonych sfer.

Wnioski: W następstwie ciężkiej padaczki u dziecka może wystąpić spektrum zaburzeń psycho-ruchowych przyjmujących obraz encefalopatii padaczkowej. Jednak skuteczne leczenie farmakologiczne i systemowa rehabilitacja ujawnia znaczenie współistniejących mechanizmów neuroplastyczności i neurokompensacji, które warunkują możliwość powrotu do zdrowia i poprawy globalnego funkcjonowania.

Czynniki rokownicze w stacjonarnym leczeniu jadłowstrętu psychicznego

Joanna Kalinowska[1], Hanna Karakuła-Juchnowicz[1], Kinga Szymona[1], Agata Makarewicz[1], Gustaw Kozak[2], Krzysztof Rębisz[2], Anna Żuławska[2], Paweł Krukow[3]
[1]*Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji UM, Lublin*
[2]*Klinika Psychiatrii UM, Lublin*
[3]*Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej UM, Lublin*

Jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem psychicznym o złożonej etiologii, groźnym dla zdrowia i dla życia cierpiących na nią pacjentek i pacjentów. Wciąż nie mamy jednego modelu leczenia, który byłby skuteczny w każdej sytuacji. Stąd stałe poszukiwanie czynników, których poznanie zbliżyłoby nas do poprawy skuteczności terapii.

Cel: celem pracy było oszacowanie różnych czynników mających wpływ na sukces w terapii anoreksji w warunkach oddziału szpitalnego.

Metoda: analizie poddano 35 historii chorób pacjentów Oddziału Młodzieżowego I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji Uniwersytetu Medycznego w Lublinie leczonych od 2011 do 2015 roku. Wzięto pod uwagę 120 czynników mogących mieć wpływ na proces zdrowienia, w tym czynniki rodzinne i środowiskowe oraz objawy psychopatologiczne. Grupę pacjentów podzielono na podstawie wskaźnika -zmiana BMI/dni hospitalizacji na 2 podgrupy: dobrze i źle współpracującą w zakresie realizacji kontraktu terapeutycznego.

Wyniki i wnioski: Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych do czynników sprzyjających dobrej współpracy w zakresie realizacji kontraktu należał brak towarzyszących samouszkodzeń. Nie odnotowano zaś innych czynników różnicujących obie badane grupy mogących mieć wpływ na szybkość poprawy stanu zdrowia. W całej grupie badanej jedynie połowa pacjentek miała poczucie choroby i deklarowała dalszą chęć współpracy w leczeniu.

Praca ukazuje skomplikowany charakter zaburzeń o typie anoreksji nervosa oraz trudności w prognozowaniu ich przebiegu.

Wieloletnie, prospektywne badania związku syndromu negatywnego, przetrwałego syndromu negatywnego i syndromu deficytowego z wynikami leczenia

Aneta Kalisz[1], Andrzej Cechnicki[2]
[1]*Pracownia Badań nad Schizofrenią Zakładu Psychiatrii Środowiskowej UJ CM, Kraków*
[2]*Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM, Kraków*

Cele: Celami prezentowanego badania była ocena związku czynników rokowniczych w tym, objawów negatywnych (ON) wyłonionych wg. BPRS-WR (ang. Brief Psychiatric Rating Scale-Withdrawal, Retardation), przetrwałych objawów negatywnych (PON), syndromu deficytowego (SD) z ogólnymi, klinicznymi i społecznymi wynikami leczenia w kolejnych latach chorowania Metoda: Z przyjętych w czasie pierwszej hospitalizacji 80 osób, z diagnozą schizofrenii wg DSM III, wszystkie badania po roku, trzech, siedmiu, dwunastu i dwudziestu wykonało 50 osób. Grupę z objawami negatywnymi (ON-BPRS-WR) wyłoniono po roku od zakończenia pierwszej hospitalizacji, grupę z PON i SD na podstawie dwóch pomiarów wykonanych przy wypisie oraz rok później. W celu wyłonienia SD wykorzystano metodę Proxy for Deficit Syndrome. Dodatkowo wykorzystano pięć innych czynników rokowniczych: płeć, obciążenie dziedziczne, wskaźnik ujawnianych uczuć, wiek zachorowania, czas nieleczonej psychozy. Użyto ośmiu wskaźników wyników leczenia: skali GAF (ang. Global Assessment of Functioning), oceny przebiegu choroby wg Watta i Sheparda opisującej obecność nawrotów i jakość remisji, skali funkcjonowania społecznego wg DSM III – wymiar V, oceny zakresu kontaktów społecznych, liczby rehospitalizacji i nawrotów, oceny nasilenia objawów mierzonych skalą BPRS LA. Wyniki: Jedynie ON wg. BPRS- WR oraz PON wykazały istotne statystycznie związki z wynikami leczenia. Nasilenie ON wg, BPRS-WR jest najbardziej stabilnym w czasie czynnikiem rokowniczym wyjaśniającym zmienność ogólnych, klinicznych i społecznych wyników leczenia po 3,.7, 12 i 20 latach. Istotne statystycznie związki PON z wynikami leczenia zanikają po 12 latach. Zarówno ON wg BPRS-WR jak i PON wykazują najsilniejsze i najbardziej stabilne w czasie związki z objawami negatywnymi ocenianymi w kolejnych latach badania, ON wg BPRS-WR po 20 latach nadal tłumaczą 30% zmienności tego wyniku. Istotne statystycznie związki z oceną funkcjonowania społecznego w odległych ocenach dokonanych po 12 i 20 latach wykazują jedynie ON wg. BPRS-WR. Po dwudziestu latach wraz z wiekiem zachorowania nadal wyjaśniają 31% zmienności wyniku dla skali GAF oraz 28% zmienności wyniku dla funkcjonowania społecznego wg. DSM III. Wnioski: 1/. Objawy negatywne wyłonione przy użyciu BPRS-WR oraz przetrwałe objawy negatywne są powiązane z gorszymi klinicznymi i społecznymi wynikami leczenia. 2/. Syndrom deficytowy wyłoniony metodą Proxy for Deficit Syndrome nie wykazał związków z żadnym z analizowanych wskaźników wyników leczenia.

Polski Test Czytania Słów Dla Dorosłych (PART) - konstrukcja polskiego testu do pomiaru poziomu inteligencji przedchorobowej w schizofrenii

Hanna Karakuła-Juchnowicz, Mariola Stecka
I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji, Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej Katedry Psychiatrii UM, Lublin

WSTĘP: Schizofrenia jest zaburzeniem psychicznym, w trakcie trwania którego u części pacjentów obserwuje się znaczne obniżenie poziomu funkcjonowania intelektualnego (IQ). Pomiar przedchorobowego poziomu IQ (PIQ) pozwala oszacować wielkość deterioracji inteligencji, oraz potencjał intelektualny pacjenta, który jest istotny podczas tworzenia programów rehabilitacyjnych.

CEL: Ze względu na niedostępność na rynku polskim standaryzowanych narzędzi do pomiaru PIQ, celem pracy była konstrukcja polskiej skali do oceny poziomu inteligencji przedchorobowej - PART (Polish Adult Reading Test) oraz ocena jej wartości psychometrycznych, takich jak trafność, rzetelność i standaryzacja w grupie osób chorych na schizofrenię.

METODA: Zasady tworzenia skali PART zostały oparte na kanwie popularnego testu National Adult Reading Test autorstwa N. Hazel. Badaniami objęto grupę 122 osób (65 osób chorych na schizofrenie i 57 osób zdrowych) w wieku od 16 do 60 r.ż.

Wyniki: Test PART składający się z listy 50 słów, okazał się testem o wysokiej spójności wewnętrznej, rzetelności mierzonej procedurą test-retest i zgodnością ocen (inter-rater reliability) i o akceptowalnej trafności zarówno diagnostycznej, jak i prognostycznej. Opracowano również procedury standaryzacyjne (klucz) PART.

Wnioski: Na podstawie przeprowadzonych badań, stwierdzono, że test PART jest użytecznym, rzetelnym narzędziem diagnosty-

cznym do oceny przedchorobowego poziomu inteligencji, cechującym się również bardzo krótkim czasem wykonania.

Ocena ilości hospitalizacji oraz cech demograficznych pacjentów z podwójną diagnozą leczonych w oddziałach psychiatrycznych Szpitala w Lipnie w latach 2004-2015

Natalia Kolesińska[1], Wiktor Dróżdż[2]
[1]*Szpital Lipno Sp z o. o., Lipno*
[2]*II Klinika Psychiatrii, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Toruń*

Celem badania: ocena ilości hospitalizacji psychiatrycznych oraz wybranych czynników klinicznych i socjodemograficznych u pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychicznymi (psychozy, zaburzenia lękowe i zaburzenia afektywne), nadużywających jednocześnie substancji psychoaktywnych w odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych w szpitalu w Lipnie z powodu tylko poważnych zaburzeń psychicznych.

Metodyka: retrospektywne i opisowe badanie porównawcze. Przeanalizowano dokumentację medyczną pacjentów hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych szpitala w Lipnie od 2004 do 2015 r., uwzględniając następujące zmienne: wiek, płeć, wykształcenie, przebieg leczenia, liczba i czas trwania hospitalizacji, leczenie odwykowe. Do oceny różnic częstości hospitalizacji pacjentów z PD zastosowano test chi-kwadrat, a do analizy korelacji użyto współczynnika Phi i V Cramera.

Wyniki: Ilość hospitalizacji pacjentów z podwójną diagnozą (PD) w Szpitalu w Lipnie rokrocznie rosła w trakcie niemal całego analizowanego okresu: od 35 do 67, co stanowi odpowiednio od 2,9% do 4,3% wszystkich hospitalizacji psychiatrycznych. Najczęstszym zaburzeniem w grupie z podwójną diagnozą w latach 2004-2005 były zaburzenia afektywne: 57,7 % ($p < 0,001$), natomiast w okresie: 2014- 2015- zaburzenia z kręgu schizofrenii: 59,5% ($p < 0,001$). Większość pacjentów z PD (ok. 60 %) w obu analizowanych okresach nadużywała alkoholu. Na drugim miejscu wśród substancji psychoaktywnych, używanych przez pacjentów z PD w latach 2004-2005, były pochodne benzodiazepin (u 25,4%), natomiast dziesięć lat później- amfetamina, marihuana i dopalacze (u (31,2 %). Pacjenci z podwójnym rozpoznaniem istotnie częściej przejawiali zachowania agresywne ($p=0,01$) w porównaniu z pacjentami z jedną diagnozą psychiatryczną. Byli też częściej skłonni do dokonywania samouszkodzeń. Zazwyczaj też byli hospitalizowani w trybie nagłym, związanym z interwencją pogotowia ratunkowego: w 54,6 % przypadków ($p < 0,001$). Mniej niż ¼ osób z grupy badanej, w obu okresach, podejmowała leczenie uzależnienia. Generalnie pacjenci z PD nieco chętniej podejmowali leczenie uzależnienia w trybie ambulatoryjnym: w latach 2004-2005 było to 26,8 % badanych, a dziesięć lat później- 21,5 %. Natomiast stacjonarne leczenie odwykowe podjęło mniej niż 10% osób z grupy badanej, w każdym z okresów czasowych. Wśród pacjentów z podwójną diagnozą dominowali mężczyźni w wieku 20-45 lat z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, częściej, w porównaniu z grupą osób z pojedynczą diagnozą, zdarzały się osoby samotne lub rozwiedzione, utrzymujące się z renty, świadczeń socjalnych lub pracy dorywczej.

Wnioski: zaobserwowano wzrost ilości hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem podwójnej diagnozy w analizowanym okresie czasu, pacjenci ci stanowią trudną grupę chorych, ponieważ często nie współpracują w leczeniu, brakuje im oparcia społecznego, zmienia się też znacząco profil problemów psychiatrycznych i substancji psychoaktywnych używanych przez tę grupę pacjentów. Wymaga to systemowych zmian programów profilaktycznych i terapeutycznych dla pacjentów z podwójną diagnozą, a także zwiększenia dostępności tych programów.

Wpływ arypiprazolu na stężenie wolnych tioli i peroksydację lipidów osocza, badania in vitro

Jolanta Kolińska, Anna Dietrich-Muszalska
Zakład Psychiatrii Biologicznej. Uniwersytet Medyczny, Łódź

Arypiprazol, lek przeciwpsychotyczny drugiej generacji jest stosowany w leczeniu schizofrenii oraz choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD), zaburzeń w których udokumentowano występowanie stresu oksydacyjnego. W różnych eksperymentach prowadzonych zarówno w modelu zwierzęcym jak i in vitro na liniach komórkowych stwierdzano indukowany przez niektóre leki przeciwpsychotyczne stres oksydacyjny i zwiększoną peroksydację lipidów błon komórkowych. Stresowi oksydacyjnemu wywoływanemu przez leki przeciwpsychotyczne przeciwdziała system antyoksydacyjny organizmu, który obejmuje między innymi niskocząsteczkowe tiole. U chorych na schizofrenię oraz CHAD występują zaburzenia homeostazy redoks dlatego istotne jest poznanie wpływu leków przeciwpsychotycznych, w tym arypiprazolu na biomarkery stresu oksydacyjnego. Celem pracy było ustalenie wpływu aripiprazolu na peroksydację lipidów poprzez oznaczenie stężenia związków reagujących z kwasem tiobarbiturowym (TBARS) i stężenia wolnych tioli w osoczu, w modelu in vitro. Metody Krew do badań pobrano od 10 zdrowych mężczyzn w wieku 24-26 lat (średnio 25 lat ±0,8 roku) na roztwór ACD (kwas cytrynowy/cytrynian sodu/dekstroza; 5:1 v/v). Substancję aktywną arypiprazolu otrzymaną z firmy Bristol-Myers Squibb (USA) rozpuszczono w 0,01% DMSO do stężeń końcowych 98ng/ml oraz 163ng/ml i inkubowano z osoczem (1 i 24 godziny, 37°C). Dla każdego doświadczenia przeprowadzono próby kontrolne (bez leku). Oznaczenia stężenia TBARS wykonano metodą spektrofotometryczną wg Rice'a-Evansa (modyfikacja Wachowicz i Kustroń, 1992). Całkowitą zawartość tioli (grup sulfyhydrylowych – SH) w osoczu inkubowanym 1 godzinę z arypiprazolem i dla prób kontrolnych bez leku oznaczono metodą Ellmana z wykorzystaniem kwasu 5,5'-ditiobis-(2-nitrobenzoesowego) (DTNB). Stężenie tioli obliczono, stosując wartość molowego współczynnika absorbancji dla dianionu TNB (ε=13 600 M-1 ×cm-1). Istotność różnic między badanymi próbami dla stężenia TBARS i stężenia tioli obliczono za pomocą sparowanego testu t-Studenta (pakiet StatSoft Inc., Statistica v. 6.0.). Na badania wyraziła zgodę Komisja Etyczna Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (RNN/899/2000). Wyniki Arypiprazol w badanych stężeniach (98 ng/ml oraz 163 ng/ml) w porównaniu do prób kontrolnych (bez leku) nie powoduje istotnego wzrost stężenia TBARS zarówno w czasie 1 jak i 24 godzinnej inkubacji z osoczem ($p>0,05$). Arypiprazol w stężeniu 98 ng/ml po 1 godzinnej inkubacji z ludzkim osoczem wpływa na wzrost stężenia tioli o około 3,5% ($p>0.05$), natomiast w stężeniu 163 ng/ml istotnie zwiększa stężenie wolnych tioli w osoczu o około 15% ($p<0,008$) . Wnioski Arypiprazol w stężeniu odpowiadającym dawkom leku stosowanym w leczeniu schizofrenii i CHAD nie powoduje istotnego wzrostu peroksydacji lipidów, jednocześnie zwiększając stężenie wolnych grup tiolowych w osoczu wywiera korzystne działanie antyoksydacyjne.

Praca finansowana z grantu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nr. 503/0-079-07/503-01-02.

Antyoksydacyjne i protekcyjne właściwości kurkuminy (Curcuma longa) zapobiegające peroksydacji lipidów ludzkiego osocza: badania z zyprazydonem

Justyna Kopka, Anna Dietrich-Muszalska
Zakład Psychiatrii Biologicznej. Uniwersytet Medyczny, Łódź

Kurkumina jest naturalnym związkiem polifenolowym otrzymywanym z kłącza ostrzyżu długiego (Curcuma longa). Kurkumina wywiera ochronne działanie antyoksydacyjne, przeciwzapalne, przeciwnowotworowe, antyangiogenne i dlatego znalazła zastosowanie w prewencji wielu chorób. Wykazano, że kurkumina, zarówno w milimolowych jak i mikromolowych stężeniach, efektywnie usuwa anionorodnik ponadtlenkowy i nadtlenek wodoru, wykazuje też ochronne działanie przed oksydacyjnymi uszkodzeniami białek i lipidów. Hamuje powstawanie grup karbonylowych w białkach płytek krwi i osocza wywołane przez nadtlenoazotyn, który jest silnym utleniaczem. Istotne niekorzystne działanie stresu oksydacyjnego zaobserwowano u chorych na schizofrenię, w tym również związane ze stosowaniem niektórych leków przeciwpsychotycznych. Cel badania: ustalenie właściwości antyoksydacyjnych kurkuminy i jej ochronnego wpływu na peroksydację lipidów w warunkach inkubacji z lekiem przeciwpsychotycznym drugiej generacji – zyprazydonem (ZYP). Metody Osocze inkubowano 1 i 24 godziny w temp. 37ºC z kurkuminą (stężenia: 5, 12.5, 25, 50 µg/ml) i/lub z zyprazydonem (stężenia: 40, 139, 250 ng/ml). Dla każdego doświadczenia przeprowadzono próby kontrolne. Substancję aktywną leku uzyskano z firmy Pfizer Inc. (USA). Peroksydację lipidów zmierzono oznaczając stężenie związków reagujących z kwasem tiobarbiturowym (TBARS) w odniesieniu do prób kontrolnych (bez leku i bez kurkuminy oraz z kurkuminą). Krew pobierano od zdrowych ochotników w wieku 24 – 26 lat (nie używających żadnych leków, z BMI w normie) na roztwór ACD (5:1 v/v). Stężenie TBARS oznaczono metodą spektrofotometryczną wg metody Rice-Evans'a i obliczono przy użyciu molowego współczynnika absorbancji. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą sparowanego testu t-Studenta oraz testu ANOVA II (StatSoft Inc. "Statistica" v. 6.0). Wyniki Kurkumina w stężeniach (5;12,5; 25; 50 µg/ml) istotnie hamowała peroksydację lipidów osocza zarówno po 1 jak i 24 godzinach inkubacji z osoczem o około 50-60% dla badanych stężeń, ZYP w stężeniach: 40 ng/ml, 139 ng/ml, 250 ng/ml spowodował istotny statystycznie wzrost stężenia TBARS (markera peroksydacji lipidów) średnio o ok. 9%.Po 24 godzinnej inkubacji ZYP i kurkuminy w osoczu zaobserwowano istotne zahamowanie peroksydacji lipidów dla wszystkich badanych stężeń ZYP i kurkuminy. Kurkumina w stężeniach 5-50 µg/ml po 24 godzinnej inkubacji z ZYP (40;139; 250 ng/ml) istotnie zahamowała peroksydację lipidów średnio o 42%-70%. Największe zahamowanie peroksydacji lipidów dla badanych stężeń ZYP zaobserwowano po zastosowaniu kurkuminy w stężeniu 12,5 µg/ml (p = 1,0x 10-10).Wnioski Nasze badania pokazały, że kurkumina jako antyoksydant zmniejsza peroksydację lipidów osocza o około 60% już przy stężeniu 5ug/ml, a także zmniejsza prooksydacyjne właściwości zyprazydonu, chroniąc lipidy osocza przed peroksydacją.

Praca zrealizowana w ramach grantu z Narodowego Centrum Nauki dec. no. 2011/01/B/NZ4/04903

Rozpowszechnienie zjawiska ortoreksji w populacji studentów wyższych uczelni w Lublinie

Leszek Korulczyk[1], Renata Jońca[1], Mateusz Cheda[1], Michał Karakuła[1], Monika Kubicz[1], Jakub Rojek[1], Hanna Karakuła-Juchnowicz[2]
[1]Uniwersytet Medyczny, Lublin
[2]I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji Katedry Psychiatrii UM, Lublin

Wprowadzenie: Ortoreksja (orthorexia nervosa) jest stosunkowo nowym terminem wprowadzonym przez amerykańskiego lekarza Stevena Bratmana w 1997 roku dla opisania patologicznego skupienia się na spożywaniu wyłącznie zdrowej i starannie wyselekcjonowanej żywności. Pomimo wieloletniego okresu funkcjonowania tego pojęcia nie doczekało się ono sprecyzowanych i powszechnie uznanych kryteriów diagnostycznych, równocześnie nie rozstrzygnięto jednoznacznie przynależności ortoreksji do zaburzeń odżywania się lub zaburzeń obsesyjno – kompulsyjnych.

Cel: Celem badania było: 1) ocena rozpowszechnienia zjawiska ortoreksji w populacji studentów wyższych uczelni w Lublinie, 2) określenie czynników mogących predysponować do wystąpienia ryzyka ortoreksji, 3) poszukiwanie związku między ortoreksją a zaburzeniami obsesyjno – kompulsyjnymi.

Grupa badana: Grupę badaną utworzyło 993 studentów (759 kobiet i 234 mężczyzn w wieku od 19 do 31 lat) różnych kierunków studiujących na uczelniach wyższych w Lublinie.

Metoda: W badaniu zastosowano: 1) test ORTO-15, do oceny występowania ortoreksji 2), Skala obsesji i kompulsji Yale-Brown (skala Y-BOCS) w celu oceny zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, 3) ankietę personalną własnej konstrukcji. Całość była wypełniana w formie kwestionariusza on-line. W odniesieniu do ORTO-15 analiza wyników została przeprowadzona dla dwóch różnych punktów odcięcia (35 i 40 punktów).

Wyniki: Biorąc pod uwagę próg punktowy ORTO-15 wynoszący 40 punktów zagrożenie ortoreksją stwierdzono u 63,34% badanych (64,82% K i 58,55% M). W obrębie grupy zagrożonych ortoreksją stwierdzono rozpowszechnienie objawów OCD na poziomie 14,47% (4,61% - OCD o znacznym nasileniu, 9,86% o umiarkowanym nasileniu). Osoby zagrożone ortoreksją ze znacznym nasileniem objawów OCD stanowiły 2,92%. badanej grupy.

Przy progu wynoszącym 35 punktów zagrożenie ortoreksją stwierdzono u 16,62% badanych (17% K i 15,38% M). W grupie tej rozpowszechnienie objawów OCD wynosiło 20% (9,09% - OCD o znacznym nasileniu, 10,91% o umiarkowanym nasileniu). Osoby zagrożone ortoreksją ze znacznym nasileniem objawów OCD stanowiły 1,51% całej badanej grupy. W całej badanej grupie u 14,8 % osób stwierdzono objawy OCD (3,62% - OCD o znacznym nasileniu, 11,18% o umiarkowanym nasileniu).

Wnioski: 1. Rozpowszechnienie ryzyka ortoreksji w populacji studentów lubelskich uczelni wynosiło w zależności od przyjętych kryteriów: 16,62% (przy progu 35 pkt) i 63,34% (przy progu 40 pkt); 2. Rozpowszechnienie objawów obsesyjno-kompulsyjnych o umiarkowanym nasileniu w grupie osób zagrożonych ortoreksją kształtowało się na nieistotnie niższym poziomie niż w grupie osób bez ryzyka ortoreksji niezależnie od użytego progu w ORTO-15, co może sugerować brak związku między umiarkowanymi objawami OCD a ortoreksją; 3. Rozpowszechnienie objawów obsesyjno-kompulsyjnych o ciężkim nasileniu w grupie osób zagrożonych ortoreksją wynosiło w zależności od przyjętych kryteriów od 4,61% do 9,09% i było wyższe niż w całej badanej grupie (3,62%), co może świadczyć o istnieniu związku między ciężkimi objawami OCD a ortoreksjął; 4. Osoby zagrożone ortoreksją z ciężkimi objawami OCD stanowią w za-

leżności od metody progu dla ORTO-15 od 1,51% do 2,92% ogółu badanej populacji studentów; 5. Stopień zagrożenia ortoreksją w badanej grupie stwierdzony przy progu 40 pkt. ORTO-15 nie różnił się istotnie od stopnia zagrożenia stwierdzanego w innych badaniach u polskiej młodzieży w wieku 15–21 lat wynoszącego 53,7%, pozostając równocześnie bardzo bliski zagrożeniu wykazanemu u polskich studentów kierunków związanych z tematyką żywieniową (59%) czy też w populacjach ogólnych innych krajów (Włochy - 57,6%).

Propozycja metody przygotowania uzupełniającej opinii sądowo-psychiatrycznej

Wojciech Kosmowski
NZOZ PZP "Stawowa", Bydgoszcz

W opiniowaniu sądowo - psychiatrycznym częstokroć po sformułowaniu na piśmie opinii strony kierują do biegłego pytania i sąd zobowiązuje profesjonalistę do przygotowania opinii uzupełniającej. W załączeniu do postanowienia najczęściej jest dołączone pismo z zastrzeżeniami do pierwotnej opinii biegłych z poleceniem ustosunkowania się do zarzutów strony. Ze względu na sposób przekazywania argumentów i ich sposób organizacji może to być dla wielu lekarzy nowe doświadczenie i stwarzać wyzwania wykraczające poza wiedzę kliniczną i prawną.

Celem tego doniesienia jest ukazanie propozycji metodologii opiniowania w takich przypadkach z podaniem przykładowych typów pytań, możliwych odpowiedzi oraz wyzwań, które czekają biegłego.

Pierwszym etapem powinno być zapoznanie się z pismem, listą pytań, rodzajem zastrzeżeń i porównanie ich treści z zawartością opinii. Na tym etapie warto wynotować, na które z pytań można już znaleźć odpowiedź w treści opinii pierwotnej, a także czy strona poprawnie przytacza stanowisko biegłych. Może się bowiem zdarzyć, że strona polemizuje ze swoim rozumieniem opinii biegłych, które jest obce autorom opinii.

Drugi etap pracy biegłego to analiza syntaktyczna zastrzeżeń, aby określić czy stanowią one zdania poprawnie sformułowane w języku polskim. Nie chodzi tu o analizę drobnych błędów, tzw. "literówek" ale o określenie czy treść zastrzeżeń stanowią zdania mające potencjalnie sens w języku polskim, np. "badany jest poczytalny" vs. "badany nie jest poczytalny".

Trzeci etap to analiza semantyczna, by ocenić czy zawarte w piśmie zdania możemy analizować logicznie w kategoriach prawdy czy fałszu. Chodzi o określenie zgodnie z zasadami metodologii nauk czy tezy strony mogą być weryfikowalne na gruncie wiedzy medycznej oraz logiki. Odrzucamy tutaj wszelkie zdania mające charakter oceny pracy biegłych (np. opinia jest nierzetelna, niezupełna itd.).

Czwarty etap to określenie katalogu pytań czy zagadnień nadających się do dalszej analizy. Jeśli znajdują one odpowiedź w opinii - od razu można to zaznaczyć w pisemnej odpowiedzi (np. "Odpowiedź na pytanie nr 5, jest zawarte w opinii z dnia... , na stronie 8). Jeśli zastrzeżenia dotyczą użytej przez biegłych metody i strona proponuje alternatywną (np. jakiś test) - biegły może dokładniej uargumentować dlaczego wybrał swoją metodę i wskazać nieadekwatność sposobu zaproponowanego w piśmie procesowym do rozstrzygnięcia pytania do biegłych, które zadał sąd w postanowieniu o powołaniu biegłych.

Piąty etap to odpowiedź na konkretne pytania, tezy zawarte w piśmie procesowym, które są naukowo weryfikowane, na które sama opinia nie daje odpowiedzi. Na początku warto zastosować analizę wyłącznie logiczną - jeśli np. strona popełnia błąd petitio principii i zakłada w swoim wywodzie to, co ma być dopiero udowodnione - wystarczy to wskazać. W przypadku, gdy to nie wystarczy - stosujemy argumenty medyczne, w razie potrzeby posługując się odnośnikami do literatury przedmiotu wskazując dane bibliograficzne.

Zespół uporczywego pobudzenia genitaliów (PGAD) – opis przypadku

Roman Kotas[1], Monika Hryńko[2], Marta Nowakowska-Kotas[3], Anna Pokryszko-Dragan[4], Ryszard Podemski[4]
[1]Psychiatryczny Rehabilitacyjny Oddział Dzienny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław
[2]Psychiatryczny Oddział Dzienny, Centrum Psychiatrii i Psychologii, Lubin
[3]Akademicki Szpital Kliniczny, Wrocław
[4]Katedra i Klinika Neurologii UM, Wrocław

Zespół uporczywego pobudzenia genitaliów (PGAD – persistent genital arousal disorder), według opracowanych kryteriów diagnostycznych polega na: 1) spontanicznym pobudzeniu genitaliów, 2) utrzymywaniu się pobudzenia pomimo doznania orgazmu, 3) braku pożądania seksualnego towarzyszącego pobudzeniu, 4) postrzeganiu pobudzenia genitaliów jako niepożądane i niechciane oraz 5) niepokoju wywołanym powyższymi objawami. Wysunięto hipotezę współwystępowania i zbliżonego podłoża PGAD z zespołem niespokojnych nóg i zespołem nadreaktywnego pęcherza moczowego.

Praca prezentuje przypadek 40 – letniej kobiety, z wykształceniem średnim, pracującej zawodowo, która od około 20 lat podaje dolegliwości o charakterze drażliwości, pieczenia, oraz uczucia pobudzenia w obrębie genitaliów, bez odczuwania seksualnego pożądania. Objawy nie ustępowały po osiągnięciu orgazmu podczas współżycia lub masturbacji. W odczuciu pacjentki dolegliwości miały charakter uporczywy i stanowiły dla niej źródło narastającego dyskomfortu. Ponadto zgłaszała od ok. 2 lat uczucie niepełnego opróżniania pęcherza moczowego podczas mikcji.

Nie stwierdzono u pacjentki przedmiotowych cech deficytu neurologicznego ani dysfunkcji autonomicznej. W badaniach pomocniczych (TK głowy, EEG, badanie neurograficzne, USG jamy brzusznej i miednicy małej) nie stwierdzono organicznych zmian jako możliwego podłoża zaburzeń.

Wyniki badań testami psychologicznymi wskazywały na zaburzenia osobowości z przewagą cech osobowości zależnej, labilnej emocjonalnie, z dominującymi tendencjami do reakcji depresyjno-lękowych.

Pacjentka była leczona anksjolitykami i lekami przeciwdepresyjnymi bez poprawy. W przebiegu psychoterapii uzyskano umiarkowane złagodzenie objawów.

Przedstawiony przypadek, jako pierwszy w polskim piśmiennictwie, spełnia kryteria rozpoznania zespołu niespokojnych genitaliów. Podłoże zespołu wydaje się być związane wyłącznie z czynnikami psychologicznymi.

Analiza relacji pacjent - terapeuta jako źródło informacji o nieadaptacyjnych schematach w przebiegu zaburzeń osobowości

Klaudia Krakus[1], Paulina Żuchowicz[2]
[1]Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Lekarski, I Katedra Psychiatrii UM, Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych, Tuszyn
[2]SPZOZ im.dr J.Babińskiego, Łódź

Pojęcie schematu jest powszechnie obecne w wielu dziedzinach wiedzy. W psychologii rozwojowej odnosi się ono do rozwoju poznawczego jednostki. Rozumiany jako wzorzec, składający się z wspomnień, emocji, przekonań i doznań cielesnych. Schemat kształtowany jest na bazie wczesnodziecięcych doświadczeń, wspiera poznawcze przetwarzanie informacji i wyznacza sposób reagowania na nie.

Nieadaptacyjne schematy rozwijane na przestrzeni życia są uznawane za czynnik patogenetyczny wielu zaburzeń psychicznych. Zgodnie z założeniami twórców terapii schematów: „ dysfunkcyjna natura schematów najczęściej ujawnia się szczególnie wyraźnie w późniejszym życiu, gdy pacjenci nadal powielają schematy w interakcjach z innymi, mimo że nie są już adekwatne do rzeczywistości" (Young i in., 2014).

Uwrażliwienie terapeuty na własne reakcje pojawiające się w relacji terapeutycznej stanowi istotne źródło wiedzy na temat schematów pacjenta oraz wyznacza implikacje dla psychoterapii.

Celem prezentacji będzie ukazanie powyższej zależności poprzez analizę relacji terapeutycznej oraz przedstawienie propozycji interwencji ukierunkowanych na modyfikację nieadaptacyjnego schematu. Opisany zostanie przykład pacjentki z osobowością zależną delegującej terapeutę do roli opiekuna.

Trichotillomania u pacjentki z zaburzeniami depresyjno-lękowymi

Edyta Kruszyńska, Ewa Ogłodek, Aleksander Araszkiewicz
Katedra Psychiatrii Collegium Medicum, Bydgoszcz

Wstęp: Trichotillomania należy do zaburzeń nawyków i popędów, może współistnieć z zaburzeniami afektywnymi [1,2]. Schorzenie to najczęściej rozpoczyna się w wieku 11-13 lat. Zostało ono opisane po raz pierwszy w 1889 roku przez francuskiego dermatologa. Początkowo dermatolodzy zakwalifikowali trichotillomanię do zaburzeń świądu, z czasem zwrócono uwagę na podłoże psychiczne zaburzenia [3,4].

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie współistnienia zaburzeń lękowo-depresyjnych z trichotillomanią oraz wskazanie na możliwości leczenia terapeutycznego.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek pacjentki lat 66, która zgłosiła się z powodu zaburzeń depresyjno-lękowych. W wywiadzie od pacjentka ujawniła, że od 13 roku życia po rozwodzie rodziców okresowo impulsywne wyrywanie włosy z głowy, włosy następnie połykała. Twierdziła, że włosy wyrywała w okresach pozbawionych objawów lękowych i depresyjnych. Pacjentka została zakwalifikowana do psychoterapii psychodynamicznej skupionej na nadaniu symbolicznego znaczenia temu objawowi. Ciągła potrzeba wyrywania włosów dostarczała pacjentce przez całe życie bodźców do jakich przyzwyczaiła się przez okres dzieciństwa i młodości. Osobowościowo pacjentka była z silną tendencją do perfekcjonizmu oraz depresyjności rozumianej jako umniejszenie własnej wartości, wykazywała trudności związane ze wchodzeniem w relacje. W trakcie psychoterapii skupiono się na wspieraniu adaptacyjnych zachowań pacjentki, m. Inn. na podtrzymywaniu i pogłębianiu przez pacjentkę relacji interpersonalnych oraz podejmowaniu innych aktywności przynoszących pacjentce przyjemność. Farmakoterapia stosowana przed przyjęciem do Kliniki Psychiatrii - monoterapii lekami przeciwdepresyjnymi SSRI i SNRI okazała się nieskuteczna w zakresie objawów depresyjnych jak i zaburzeń popędowych. Włączenie olanzapiny w dawce 7.5 mg/d w politerapii z fluoksetyną 40 mg/dobę spowodowało po 3 miesiącach leczenia całkowite zaniechanie wyrywania włosów, normalizację snu oraz poprawę w zakresie objawów depresyjnych.

Wnioski: W kontakcie terapeutycznym z pacjentem istotna jest ocena całościowego stanu zdrowia, szczególnie u pacjentów nie ujawniających swoich potrzeb. Przy braku skuteczności leków depresyjnych istotne jest zwrócenie uwagi na połączenie leku przeciwdepresyjnego z neuroleptykiem, jakim w tym przypadku była olanzapiną.

Piśmiennictwo: 1. Keuthen NJ, Tung ES, Tung MG, et al. NEO-FFI personality clusters in trichotillomania.Psychiatry Res. 2016 Mar 5;239:196-203. 2. Redden SA, Leppink EW, Grant JE. Body focused repetitive behavior disorders: Significance of family history.Compr Psychiatry. 2016 Apr;66:187-92. 3. ottesi G, Cerea S, Razzetti E, et al. Investigation of the Phenomenological and Psychopathological Features ofTrichotillomania in an Italian Sample. Front Psychol. 2016 Feb 25;7:256. 4. Chen KL, Chiu HY, Chan CC, et al. Extensive cicatricial alopecia in a patient with long-term trichotillomania.J Dermatol. 2016 Feb;43(2):226-8.

Zespół poiniekcyjny po leczeniu olanzapiną

Edyta Kruszyńska, Ewa Ogłodek, Aleksander Araszkiewicz
Katedra Psychiatrii Collegium Medicum, Bydgoszcz

Wstęp: Stosowanie leków przeciwpsychotycznych o przedłużonym działaniu (long- acting antipsychotic injections – LAI) jest istotne w leczeniu zaburzeń psychotycznych, głównie schizofrenii [1,2]. Leki o przedłużonym działaniu zapewniają stabilny poziom substancji czynnej w organizmie, co stwarza pewność, iż leczenie przeciwpsychotyczne jest skuteczne. Wahania poziomu substancji czynnej nie sprzyjają utrzymaniu długotrwałej poprawy klinicznej, zwiększając ryzyko nawrotu psychozy [3]. Lek należy podawać głęboko w mięsień pośladkowy w warunkach pozwalających na obserwację pacjenta po iniekcji i zapewniających opiekę medyczną w razie wystąpienia zespołu poiniekcyjnego [4].

Opis przypadku: Pacjentka 55-letnia leczona od wielu lat z powodu schizofrenii paranoidalnej. Od kilku miesięcy, z dobrym efektem terapeutycznym, przyjmowała olanzapinę w formie iniekcji domięśniowych w dawce 300 mg co 2 tyg. Kilka godzin po podaniu leku chora zgłosiła się pod opieką męża do Szpitala Klinicznego z objawami zaburzeń świadomości(splątanie, dezorientacja), osłabienie, pogorszenie kontaktu, okresowy niepokój. Z wywiadu-pacjentka otrzymała iniekcję leku w POZ prawdopodobnie przez nieprzeszkolony personel. Bezpośrednio po zastrzyku udała się do domu. Po około godzinie od iniekcji mąż pacjentki zaobserwował pogorszenie kontaktu z żoną co skłoniło go do szukania pomocy w Szpitalu. W badaniu fizykalnym RR 140/90, EKG-RZM 100 min. Zespół QS w III i a VF bez zmian ST-T, splątanie, dezorientacja. Podstawowe badania laboratoryjne w normie. Z uwagi na brak przyczyn somatycznych obserwowanych zaburzeń świadomości pacjentka została skierowana

na konsultację psychiatryczną. Lekarz psychiatra na podstawie wywiadu oraz obrazu klinicznego rozpoznał zespół poiniekcyjny i zalecił obserwację chorej oraz monitorowanie czynności życiowych w Klinice Medycyny Ratunkowej. Opisywane objawy ustąpiły w ciągu 24 godzin od podanie iniekcji.

Wnioski: Według zaleceń lek należy podawać w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym przez przeszkolonego pracownika służby zdrowia w zakresie odpowiedniej techniki wykonania iniekcji w warunkach, których istnieje możliwość obserwacji pacjenta przez co najmniej 3 godziny w celu identyfikacji potencjalnych objawów niepożądanych. Piśmienictwo: 1. Jarema M. Strategies of long-term treatment of psychotic disorders. W: Jarema M, Sartorius N. red. Aspects of long-term treatment of psychotic disorders. Neuroendocrin. Let. 2007; 28 (supl 1): 13–26; 2. Jarema M. Zalecenia w sprawie stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji. Farmakoter. Psychiatr. Neurol. 2012; 28: 51–57; 3. Lafeuille MH, Dean J, Carter V, i wsp. Systematic review of long-acting injectables versus oral atypical antipsychotics on hospitalization in schizophrenia. Curr. Med. Res Opin. 2014; 30: 1643–1655; 4. Gentile S. Adverse effects associated with second-generation antipsychotic long-acting injection treatment: a comparative schematic review. Pharmacotherapy 2013; 33: 1087–1106.

Zaburzenia somatyzacyjne u pacjentki z bólem zębów

Edyta Kruszyńska, Ewa Ogłodek
Katedra Psychiatrii Collegium Medicum, Bydgoszcz

Wstęp: Zaburzenia somatyzacyjne to grupa zaburzeń o często różnorodnym obrazie klinicznym, z którymi w codziennej praktyce mogą spotkać się lekarze wszystkich specjalności [1,2]. Opóźnienie rozpoznania w czasie z reguły wynika ze skupiania uwagi lekarza na poszukiwaniu przyczyny somatycznej zgłaszanych dolegliwości [3].

Opis przypadku: Pacjentka 52-letnia uskarżająca się od około 2 lat na nasilone bóle zębów. Z tego powodu usunięto chorej dwa zęby co do których nie było wskazań do leczenia. Obecnie od kilku miesięcy leczy kanałowo czwórkę. Nie ma zęba, który nie byłby wypełniony. Często w ciągu dnia odczuwa pieczenie i bóle zębów w związku z czym bardzo często korzysta z dodatkowych wizyt stomatologicznych (potrafi jechać do dentysty kilka razy dziennie), szczególnie przed weekendem, kiedy ma silną obawę że nikt jej nie pomoże. W wywiadzie trudności w relacjach rodzinnych i partnerskich. Pacjentka zdecydowała się podjąć leczenie w ramach Oddziału Dziennego Zaburzeń Lękowych i Afektywnych po nieskutecznym wielomiesięcznym leczeniu ambulatoryjnym.

Wnioski: W procesie leczenia ważna jest psychoterapia połączona z farmakoterapią oraz poprzedzająca je dokładna diagnostyka psychologiczna

Piśmiennictwo: 1. Phillips, KA, Menard W, Fay C, et al. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. Psychosomatics. 2005;46:317–325; 2. Rife W, Buhl Mann U,Wilhelm S, et al. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. Psychol Med. 2006;36:877–885; 3. Rogers R. Clinical Assessment of Malingering and Deception. 3rd ed. New York: Guilford Publications; 2008.

Wiedza w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego wśród internistów i lekarzy specjalności zabiegowych

Katarzyna Kuchta, Anna Urban
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Gdańsk

Wstęp i cel pracy: Zasady stosowania przymusu bezpośredniego wynikają z Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia (Rozporządzenie MZ z 28.06.2012 r. Dz U. poz. 740). Chociaż brak jednoznacznych przepisów pozwalających na stosowanie przymusu bezpośredniego na oddziałach niepsychiatrycznych, lekarze zatrudnieni w innych oddziałach, po spełnieniu wymagań Ustawy, mogą być uprawnieni do wydania decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego. Celem niniejszej pracy było sprawdzenie wiedzy lekarzy zatrudnionych na oddziałach internistycznych i zabiegowych na temat zasad stosowania przymusu bezpośredniego i ich wdrażania w trakcie wykonywania swoich obowiązków.

Materiały i metody: Badanie przeprowadzono w dwóch grupach: lekarzy pracujących na oddziałach internistycznych (chorób wewnętrznych, nefrologii, kardiologii, endokrynologii, gastroenterologii, diabetologii i nadciśnienia) oraz lekarzy zatrudnionych na oddziałach chirurgicznych (chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, urologii, torakochirurgii, chirurgii naczyniowej i chirurgii plastycznej) Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Autorski kwestionariusz obejmował 17 pytań, w tym 14 pytań zamkniętych i 3 pytania otwarte. Pytania obejmowały zagadnienia związane z zasadami stosowania przymusu bezpośredniego oraz z praktyką wśród lekarzy zatrudnionych na oddziałach innych niż psychiatryczne.

Wyniki: Większość oddziałów internistycznych jest zaopatrzona w zestawy do unieruchomienia. Najwięcej prawidłowych odpowiedzi, niezależnie od stażu pracy i specjalizacji, dotyczyło warunków, które należy spełnić w celu zastosowania przymusu bezpośredniego (54% prawidłowych odpowiedzi). Większość ankietowanych odpowiedziała nieprawidłowo na pytania o czas trwania przymusu bezpośredniego w formie izolacji lub unieruchomienia do kolejnego zbadania pacjenta (40% lekarzy podało nieprawidłowy czas trwania pierwszego zlecenia, a 66% ankietowanych podała nieprawidłowy czas trwania kolejnych zleceń) oraz o osoby uprawnione do wydawania decyzji o stosowaniu przymusu (52%). Jedynie 23% ankietowanych udzieliło prawidłowej odpowiedzi na pytanie o czas, po którym należy uzyskać opinię innego lekarza, będącego specjalistą psychiatrii.

Część ankietowanych (20%) nie odpowiedziała na pytanie o definicję osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Wnioski: Lekarze zatrudnieni na oddziałach niepsychiatrycznych mają niewystarczającą wiedzę dotyczącą zasad stosowania przymusu bezpośredniego, w szczególności dotyczących procedury wykonania. Wskazuje to na konieczność prowadzenia dodatkowych szkoleń dla lekarzy dyżurujących na oddziałach, na których przymus bezpośredni jest lub może być stosowany.

Klasyczna psychochirurgia w Polsce w latach 1947-51

Ryszard Kujawski
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Świecie, Świecie

Krótki okres stosowania klasycznej psychochirurgii w Polsce obejmował lata 1947-51. Wykonano wówczas 176 leukotomii, głównie metodą Moniza. Próbowano wprowadzać unowocześnienia – topektomię i topischemię. Topischemia to oryginalny polski pomysł (S. Ziemnowicz). W Polsce od końca lat 40.

XX w. prowadzono ożywioną dyskusję na temat psychochirurgii, która z uwagi na uwarunkowania społeczno-polityczne miała, oprócz klinicznego, również wymiar ideologiczny. Początkowe polskie badania z późnych lat 40. XX w. wyrażały optymizm w stosunku do psychochirurgii. W latach 50. XX w. psychochirurgia została oceniona negatywnie i odstąpiono od jej wykonywania. Odległa katamneza z perspektywy lat 70 XX w. potwierdziła negatywną ocenę wyników zabiegów. Kres klasycznej psychochirurgii w Polsce wynikał z negatywnej oceny ideologicznej i medycznej tej metody oraz pojawienia się nowoczesnej psychofarmakoterapii (chloropromazyna, 1954).

Analiza przyjęć do szpitala psychiatrycznego w trybie artykułu 24 Ustawy O Ochronie Zdrowia Psychicznego

Ryszard Kujawski, Justyna Sipowicz
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, Świecie

Uchwalona w 1997 roku Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego (UOZP) przybliżyła Polskę do standardów lecznictwa psychiatrycznego w Europie. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego obwarowane jest przepisami Rozdziału 3 UOZP, obejmującym art. 21-32. Art. 24 stanowi, że osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody wymaganej w art. 22 do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. Pobyt w szpitalu takiej osoby nie może trwać dłużej niż 10 dni. Do przyjęcia do szpitala, o którym mowa w art. 24, stosuje się zasady i tryb postępowania określony w art. 23. Doświadczenie zawodowe autorów wskazuje, że przyjęcie pacjenta do szpitala w art. 24 obfituje w zmienność diagnoz stawianych pacjentom (w skierowaniu do szpitala psychiatrycznego, w izbie przyjęć oraz po leczeniu). W niniejszej pracy dokonano oceny: 1) populacji pacjentów przyjmowanych w trybie art. 24 ; 2) zmienności diagnoz stawianych w skierowaniu do szpitala, w izbie przyjęć oraz po leczeniu; 3) częstości konwersji artykułu 24 do art. 23 oraz 4) częstości podpisywania zgody na leczenie po przyjęciu na oddział. Autorzy przeanalizowali 53 przypadki przyjęć - w trybie art. 24 - do szpitala psychiatrycznego w Świeciu w 2014 roku (18 kobiet i 35 mężczyzn). Analizowano, oprócz podstawowych danych demograficznych, rozpoznania (w skierowaniu do szpitala, w izbie przyjęć szpitala oraz po leczeniu w szpitalu), częstość konwersji art. 24 do 23 UOZP oraz ilość przyjęć, które kończyły się umorzeniem postępowania sądowego z uwagi na wyrażenie zgody na leczenie po przyjęciu do szpitala. Autorzy stwierdzili, że: 1) Przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w art. 24 UOZP stanowią nieco ponad 1% ogółu hospitalizacji. 2) Rozkład płci przyjętych w art. 24 był porównywalny do ogółu przyjętych pacjentów. 3) Średni wiek pacjentów przyjętych w art. 24 jest niższy dla kobiet o 15 lat, a dla mężczyzn o 11 lat, w porównaniu z ogółem przyjętych (32 vs. 30 lat).

4) Wśród przyjętych w art. 24 średni wiek kobiet był o 2 lata wyższy niż średni wiek mężczyzna 5) Wśród przyjęć w art. 24 największą populację stanowią pacjenci w przedziale 11-20 rż (30%), a wśród ogółu przyjętych 31-40 rż (20%)

6) Większość (75%) przyjętych w art. 24 to osoby między 11 a 40 rż, a w populacji ogólnej między 21 a 60 rż; 7) W art. 24 nie przyjmowano pacjentów powyżej 70 rż, podczas gdy w populacji ogólnej stanowili oni 5 % przyjęć; 8) Diagnozy ze skierowań: zaburzenia psychiczne i zachowania po SPA (25%), autoagresja (21%), zaburzenia nastroju (13%); obserwacja stanu psychicznego (11%), zaburzenia psychiczne i zachowania po ALK (11%), zaburzenia zachowania (13%), agresja (3%).

a) 25% rozpoznań w skierowaniach to „diagnozy" opisujące funkcjonowanie pacjenta - nie rozpoznania zaburzeń psychicznych (F00-99); b) „Diagnozy" te w większości są nieobecne w rozdziale R ICD-10. 9) Rozpoznania z IP: obserwacja stanu psychicznego (51%); zaburzenia nastroju (17%), zaburzenia pod wpływem SPA (13%); zaburzenia po ALK (11%); zaburzenia zachowania (7%). a) Aż 51% rozpoznań to „obserwacja stanu psychicznego", która nie stanowi przesłanki do przyjęcia w art. 24 (brak rozpoznania zaburzenia psychicznego i brak podejrzenia choroby psychicznej). b) Tylko 28% rozpoznań można uznać za prawidłowe dla art. 24 (zaburzenie psychiczne i podejrzenie choroby psychicznej), lecz nie wszystkie zawierają prawidłową kolejność logiczną. 10) Rozpoznania po obserwacji w szpitalu: zaburzenia psychiczne i zachowania pod wpływem substancji psychoaktywnych (50%); w tym: ALK (30%), SPA (20%); choroba psychiczna (17%); zaburzenia nastroju o charakterze niepsychotycznym (17%); brak diagnozy (13%); zaburzenia zachowania (5%). 11) Analiza przesłanek behawioralnych wskazuje, że 51% pacjentów stanowiło zagrożenie dla własnego życia, 10% – dla własnego życia i zdrowia innych, 23% - dla życia innych osób, 6% - dla zdrowia i życia innych osób. W przypadku 10% pacjentów przesłanką behawioralną była „nieprzewidywalność zachowań". 12) W ciągu pierwszych 48 godzin pobytu w szpitalu u 13% przyjętych w art. 24 zatwierdzono przyjęcie w trybie art. 23. 13) W 34% przypadków przyjęć w art. 24 pacjenci lub ich opiekunowi prawni wyrazili zgodę na hospitalizację (umorzenie postępowania). 14) W jednym przypadku stwierdzono niekonsekwencję - po konwersji art. 24 do art. 23 nie rozpoznano choroby psychicznej.

Spór psychiatrów Jana Piltza i Rafała Radziwiłłowicza na temat przepisu o niepoczytalności

Ryszard Kujawski
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Świecie, Świecie

Polska formuła kodeksowa niepoczytalności powstawała w toku dyskusji, toczonej w Polsce w latach 20. dwudziestolecia międzywojennego w środowisku prawników i psychiatrów. Głównymi adwersarzami z zakresu psychiatrii byli Jan Piltz (1870-1930) oraz Rafał Radziwiłłowicz (1860-1929). Kodeks karny uchwalono dopiero w 1932 roku. Zapis o niepoczytalności w kodeksie Makarewicza, stanowiący wypadkową różnych poglądów, przyjął postać formuły psychiatryczno-psychologicznej niepoczytalności, z trójelementowym członem psychiatrycznym.

Czynniki psychiatryczne w łysieniu plackowatym. Farmakoterapia i terapia poznawczo-behawioralna

Marta Kuty-Pachecka
Uniwersytet Wrocławski, Wrocław

Łysienie plackowate (alopecia areata – AA) jest schorzeniem, które charakteryzuje się niebliznowaciejącą utratą włosów na skórze głowy, brwi i rzęs, w okolicach pachowych, okolicach narządów płciowych. Współcześnie nie istnieje spójna teoria, która tłumaczyłaby przyczynę łysienia plackowatego. W etiopatogenezie AA uwzględnia się wiele czynników. Wśród tych, które mogą mieć istotny wpływ na obraz chorobowy, wymienia się: procesy autoimmunologiczne, naczyniowe, hormonalne, genetyczne, dietę ubogą w żelazo, czynniki psychiczne i zaburzenia w zakresie układu nerwowego. Nadmierny stres i długoterminowe działanie bodźców stresowych, a także sposób ich interpre-

towania mogą wpływać na pojawienie się lub zaostrzenie zmian patologicznych w obrębie skóry. Łysienie plackowate to schorzenie wyjątkowo uciążliwe, ponieważ ukrycie objawów tej choroby jest stosunkowo problematyczne. Mimo iż AA samo w sobie nie zagraża życiu, poczucie wstydu i poczucie bycia stygmatyzowanym może przyczyniać się do dyskomfortu psychicznego. Warto w tym miejscu podkreślić, za Koo i Shellow, że częste występowanie długotrwałego i rozległego wyłysienia może doprowadzać do poważnych zaburzeń psychicznych spowodowanych brakiem akceptacji swojego wyglądu, a także alienacji społecznej. Najczęściej występującymi zaburzeniami psychicznymi wśród osób chorych dermatologicznie są depresja, podwyższony poziom lęku, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, fobia społeczna, zespół stresu pourazowego, dysmorfofobia, a także myśli samobójcze. Takie trudności emocjonalne i psychiczne mogą być źródłem utrudnionego funkcjonowania społecznego i rodzinnego. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że stres i aspekty psychologiczne mają znaczący udział w wystąpieniu i/lub zaostrzeniu łysienia plackowatego. Nierzadko leczenie farmakologiczne w tej dermatozie jest nieskuteczne lub niewystarczające. W literaturze przedmiotu (Bogaczewicz, 2010; Shenefelt 2003; Hordinsky 2014) wskazuje się, na to, że niektóre formy psychoterapeutyczne i farmakoterapia stosowane u pacjentów z łysieniem plackowatym poprawiają ich stan psychofizyczny, a także w konsekwencji wpływają na odrost ich włosów. Badania wskazują, że terapia poznawczo-behawioralna jest istotnym uzupełnieniem dermatologicznego leczenia łysienia plackowatego, przyczyniającym się do poprawy jakości życia pacjentów. Celem moich analiz jest przedstawienie wyników przeglądu literatury na temat efektywnych metod postępowania terapeutycznego w chorobie alopecia areata.

Przekaz pozawerbalny, co to takiego?

Sonia Łazarz
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, Świecie

Przekaz pozawerbalny jest jednym z ważniejszych elementów pracy lekarza psychiatry. W trakcie badania często zwracamy uwagę nie tylko na słowa jakie wypowiada pacjent, ale również na całą postawę badanego. Ton głosu, kontakt wzrokowy, sposób siedzenia, mimikę twarzy,która potrafi powiedzieć o wiele więcej niż często wypowiadane słowa "nic mi nie jest... nie jestem głupi, przecież nie słyszę głosów... ja wcale nie jestem chory..." W tym krótkim posterze chciałabym przybliżyć kilka interesujących faktów na temat przekazu pozawerbalnego oraz jak wykorzystać je by dowiedzieć się więcej o naszych pacjentach, nawet to co chcieli by przed nami ukryć.

Depresja z cechami atypowymi: związek z otyłością i dwubiegunowością

Dorota Łojko1, Grzegorz Buzuk2, Maciej Owecki3, Marek Ruchała3, Janusz Rybakowski1
1Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Poznań
2SP ZOZ MSW im. prof. L. Bierkowskiego, Poznań
3Katedra i Klinika Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych UM, Poznań

Wstęp. Badania wskazują na powiązania między atypowymi objawami depresji a otyłością. Celem badania była ocena częstości występowania i nasilenia objawów atypowych depresji u chorych z różną masą ciała w depresji w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej (ChAJ), w depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) oraz w dystymii.

Metoda: Do badań zakwalifikowano 184 chorych, połowa pacjentów miała wskaźnik BMI ≥25 (osoby z nadwagą) a połowa miała prawidłową masę ciała (BMI <25). Oceny stanu psychicznego dokonano przy użyciu skali Hamiltona i kwestionariusza Becka. Zastosowano również autorską skalę do badania obecności i nasilenia następujących objawów atypowych depresji: Wyniki. Objawy atypowe depresji występowały częściej u chorych z nadwagą, czyli wskaźnikiem BMI powyżej 25 w porównaniu do osób z depresją, ale z prawidłową masą ciała. Z wyjątkiem nadmiernej senności wszystkie objawy atypowe depresji były bardziej nasilone u kobiet z nadwagą niż u mężczyzn. Nie obserwowano takiej zależności od płci w grupie chorych na depresję z prawidłową masą ciała. Wszystkie objawy atypowe częściej występowały u chorych z depresją w przebiegu ChAD niżu chorych z dystymia i depresją jednobiegunową

Wnioski: Wyniki wskazują na większą częstotliwość i większe nasilenie objawów atypowych w depresji u osób z nadwagą/otyłych oraz na powiązania między otyłością a dwubiegunowością.

Zachowania samouszkadzające wśród pacjentów Oddziału Młodzieżowego I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji Uniwersytetu Medycznego w Lublinie - czy to już epidemia?

Agata Makarewicz
I Klinika Psychiatrii Psychoterapii i Wczesnej Interwencji UM, Lublin

Wstęp: W ostatnich latach obserwuje się znaczne nasilenie zjawiska niesamobójczych samouszkodzeń wśród adolescentów. Tego typu zachowania mają wielopłaszczyznowe uwarunkowania, często wiążąc się z występowaniem wielu zaburzeń psychicznych

Cel: celem pracy było oszacowanie rozpowszechnienia zachowań samouszkodzających wśród pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Mlodzieżowym i próba powiązania ich z objawami psychopatologicznymi oraz czynnikami psychologicznymi i środowiskowymi.

Metoda: analizie poddano 47 historii chorób pacjentów leczonych w Oddziale Młodzieżowym I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w okresie ostatnich dwóch lat, u których odnotowano samouszkodzenia. Dokonano analizy danych demograficznych pacjentów, prezentowanych objawów psychopatologicznych, postawionych rozpoznań klinicznych, uwarunkowań rodzinnych i środowiskowych oraz rodzaju powstałych samouszkodzeń. Dla zobiektywizowania oceny samouszkodzeń posłużono się skalą SIT Iwata (The Self Injury Trauma).

Wyniki i wnioski:

1. Spośród wszystkich osób hospitalizowanych w Oddziale Młodzieżowym Kliniki w badanym okresie u 24% odnotowano zachowania o typie samouszkodzeń; 2. Średni wiek pacjentów z samouszkodzeniami wynosił 16,2 lat, przy czym wyodrębniono grupę o niskim (śr. wieku 17 lat) oraz wysokim nasileniu samouszkodzeń (śr. wieku 15 lat); 3. W odniesieniu do 60% pacjentów była to pierwsza hospitalizacja a dla 40% - kolejna; 4. Najczęściej samookaleczeń dokonywały pacjenci z zaburzeniami osobowości, zaburzeniami zachowania i zaburzeniami ze spektrum autyzmu; 5. Większość badanej grupy stanowiły dziewczęta (72%); 6. Najczęściej wybieraną metodą były nacięcia kończyn górnych, okolic pachwin, przygryzanie policzków, przy czym młodsi pacjenci wybierali okolice widoczne dla otoczenia, starsi- bardziej skryte; 7. Wykazano istotne statystycznie różnice

w badanej grupie dotyczące ciężkości samouszkodzeń a diagnozą psychiatryczną oraz motywacją do samouszkodzeń; 8. Nie obserwowano istotnych różnic w ciężkości samouszkodzę a płcią, sytuacją rodzinną czy podejmowanymi wcześniej próbami suicydialnymi.

Depresja u chorych z HCV leczonych interferonem alfa i rybawiryną jest odwracalna i nie zależy od czynników psychologicznych

Krzysztof Małyszczak, Tomasz Pawłowski, Małgorzata Inglot
Uniwersytet Medyczny, Wrocław

Wstęp: objawy depresyjne są częstym efektem ubocznym leczenia interferonem-alfa (IFN-alfa). Przyczyną depresji może być bezpośrednie, biologiczne działanie interferonu, lub też czynniki psychiczne wynikające ze złego samopoczucia i niepewnego rokowania. Badanie zostało przeprowadzone w celu określenia znaczenia tych czynników.

Metody: W prospektywnym badaniu kohortowym uczestniczyło 54 pacjentów leczonych pegylowanym IFN-alfa i rybawiryną w przebiegu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C. Objawy depresji oceniano za pomocą skali Montgomery - Asberg (MADRS) bezpośrednio przed leczeniem, a następnie w 3,5,9,13,24 tygodniu leczenia oraz 24 tygodni po zakończeniu leczenia. Poziom neurotyzmu oceniono za pomocą Kwestionariusza Osobowości Eysencka (EPQ-R), bezpośrednio przed leczeniem, oraz po zakończeniu leczenia. Analizę statystyczną przeprowadzono z użyciem metody czynników głównych.

Wyniki: Nasilenie objawów depresji w skali MADRS wzrosło z 6,7 (± 4,9) przed leczeniem do maksymalnie 14,2 (± 7,4) w 9. tygodniu i spadło do 5,5 (± 6,4) w 24 tygodni po leczeniu. Poziom neurotyzmu wzrósł z 9,4 (± 5,1) przed leczeniem do 11,6 (± 6,7) po leczeniu. Na podstawie 7 pomiarów nasilenia depresji ujawniono trzy główne czynniki obejmujące: (1) tygodnie 3,5,9,13; (2) 24 tydzień po zakończeniu leczenia, (3) ocenę przed leczeniem. Objawy depresyjne przed leczeniem były związane z poziomem neurotyzmu przed leczeniem objawy depresyjne w 24 tygodnie po zakończeniu leczenia były związane z poziomem neurotyzmu po leczeniu, objawy depresyjne tworzące pierwszy czynnik nie były związane z neurotyzmem.

Wnioski: objawy depresyjne Podczas leczenia IFN-alfa nie były związane z czynnikami psychologicznymi związanymi z poziomem neurotyzmu.

Chronotyp jako czynnik ryzyka objawów depresyjnych i niskiej jakości snu wśród studentów medycyny

Łukasz Mokros[1], Julia Michalska[1], Wojciech Łężak[2], Katarzyna Nowakowska-Domagała[3], Andrzej Witusik[4], Tadeusz Pietras[1]
[1]Zakład Farmakologii Klinicznej UM, Łódź
[2]Zakład Farmakologii i Toksykologii UM, Łódź
[3]Zakład Kognitywistyki, Instytut Psychologii UM, Łódź
[4]Pracownia Psychologii, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Jana Kochanowskiego Filia w Piotrkowie Trybunalskim, Piotrków-Trybunalski

Wstęp: Rytm okołodobowy można scharakteryzować dwoma parametrami: chronotypem, określającym indywidualną preferencję co do optymalnej pory aktywności (rano-wieczór), a także amplitudą, czyli wyrazistością odczuwanych zmian okołodziennych. Chronotyp wieczorny jest czynnikiem ryzyka zaburzeń nastroju. Celem niniejszej pracy jest ocena chronotypu i jego związku ze zmiennymi osobowościowymi, samo-opisowymi objawami depresyjnymi i jakością snu wśród studentów medycyny.

Metody: Badaniem objęto 140 studentów medycyny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w roku akademickim 2014/15 (95 kobiet i 45 mężczyzn). Po podpisaniu świadomej zgody, uczestnicy zostali poproszeni o wypełnienie zestawu kwestionariuszy: Kwestionariusza Chronotypu (KCh), Skali Depresji Becka (BDI), Kwestionariusza Osobowości Eysencka (EPQ-R) i Skali Jakości Snu Pittsburgh (PSQI). KCh ocenia chronotyp w 2 wymiarach: Poranność-Wieczorność (PW) i subiektywna Amplituda rytmu (AM). W analizie wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana i modele regresji logistycznej.

Wyniki: 62% (N=87) studentów miało chronotyp wieczorny (PW>=28). Typ poranny stwierdzono u 19% (N=27), a pośredni – u 19% (N=26). Na skali AM wynik wysoki uzyskało 42% studentów (N=59), umiarkowany 38% (n=53), a niski – 20% (N=28).

Wynik: 5 lub więcej na skali PSQI (niska jakość snu) uzyskało 43% studentów (N=60). Zwiększone ryzyko tego wyniku było związane z wysokim neurotyzmem (OR 2.73, 95%CI 1.09-6.82, $p<0.05$) i wieczornym chronotypem (OR 1.85, 95%CI 1.37-6.34), niezależnie od ekstrawersji, psychotyzmu i AM rytmu.

Istotne nasilenie objawów depresyjnych (BDI co najmniej 17) stwierdzono u 10% studentów (N=14). Prawdopodobieństwo tego stanu zwiększał wysoki neurotyzm (OR 4.49, 95%CI 1.32-15.30, $p<0.05$) i wysoka amplituda rytmu (OR 4.84, 95%CI 1.20-19.46, $p<0.05$), niezależnie od ekstrawersji, psychotyzmu i typu wieczornego.

Wnioski: Wśród badanych studentów medycyny przeważa chronotyp wieczorny. Wykazano, że chronotyp wieczorny był związany z gorszą jakością snu, a subiektywna wysoka amplituda rytmu okołodobowego - z objawami depresyjnymi.

Polskie wydanie SAPROF - narzędzia do oceny czynników chroniących przed przemocą

Michał Nowopolski[1], Agnieszka Welento-Nowacka[1], Leszek Ciszewski[2]
[1]Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, Starogard Gdański
[2]Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej, Starogard Gdański

SAPROF – narzędzie, którego pierwsza wersja powstała w 2007 r. w Klinice Van Der Hoeven w Utrechcie (Holandia) we współpracy z Kliniką Pompe i Uniwersytetem w Mastricht jako uzupełnienie do HCR-20V3 i podobnych narzędzi. Pozwala ono na ustrukturyzowaną, profesjonalną ocenę (narzędzie zgodne z nurtem SPJ) czynników chroniących przed przemocą, kładąc nacisk na zasoby i mocne strony osoby badanej. Pozwala również na rozwijanie odpowiednich strategii, rozwiązań i planów ukierunkowanych na zmniejszenie ryzyka przemocy i wzmocnienie mocnych stron osoby, u której istnieje ryzyko przemocy. Narzędzie zostało podparte solidnymi ustaleniami empirycznymi, dotyczącymi psychometrycznych właściwości, w szczególności zgodności ocen oraz trafności prognostycznej w odniesieniu do zarówno zaniechania działań przestępczych o charakterze ogólnym, jak i przemocy seksualnej oraz wykazany związek pomiędzy poprawą czynników ochronnych a zmniejszeniem recydywy. Może być stosowane w ocenie ryzyka, jako wytyczne do użytku klinicznego oraz w badaniach naukowych. Polska wersja narzędzia SAPROF powstała w 2016 r.

Obszary zastosowania: Psychiatria sądowa, Psychiatria ogólna, Więziennictwo, Kuratorska służba sądowa, Policja, Instytucje re-

socjalizacyjne, Agencje bezpieczeństwa publicznego, Zarządzanie zasobami ludzkimi (HR), Agencje ochrony.

Polskie wydanie: Michał Nowopolski, lek. med. Agnieszka Welento – Nowacka, dr n. med. Leszek Ciszewski, dr Andrzej Axer.

Polskie wydanie HCR-20v3 - narzędzia do oceny ryzyka przemocy

Michał Nowopolski[1], Agnieszka Welento-Nowacka[1], Leszek Ciszewski[2]

[1]Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, Starogard Gdański
[2]Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej, Starogard Gdański

HCR-20V3 – najbardziej znane obecnie na świecie narzędzie do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy, stworzone przez naukowców związanych z Uniwersytetem Simona Frasera w Kanadzie). Na podstawie wielokrotnych badań prowadzonych w 28 krajach, w różnych środowiskach, instytucjach i kontekstach, można potwierdzić wysoką trafność i rzetelność HCR-20. Ankieta przeprowadzona w 2013 r. wśród ponad 2000 klinicystów potwierdza, że jest to najbardziej powszechne narzędzie do oceny ryzyka przemocy, stosowane w 44 krajach. Ostatnia wersja tego narzędzia (Wersja 3) została opublikowana w 2013 r., a polska wersja powstała w 2016 r.

Ocena ryzyka przemocy, również nazywana „oceną zagrożenia" jest jest jednym z najważniejszych elementów świadczenia usług w zakresie opieki zdrowotnej, opieki społecznej, wymiaru sprawiedliwości, a nawet zarządzania w miejscu pracy. Jest ona praktykowana przez specjalistów z różnych branż, w tym psychologów, psychiatrów, pielęgniarki, pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych i rehabilitacyjnych, kuratorów sądowych, pracowników służby więziennej, policjantów, funkcjonariuszy bezpieczeństwa publicznego, menedżerów ds. zasobów ludzkich, a także urzędników odpowiedzialnych za ochronę w sektorze korporacyjnym, jak i prywatnym. Tym, co łączy wymienionych specjalistów z różnych branż jest chęć określenia przypadków, w których ludzie stwarzają ryzyko przemocy oraz określenia, jakie działania są konieczne do podjęcia w celu ochrony bezpieczeństwa publicznego.

Obszary zastosowania: Psychiatria sądowa, Psychiatria ogólna, Więziennictwo, Kuratorska służba sądowa, Policja, Instytucje resocjalizacyjne, Agencje bezpieczeństwa publicznego, Zarządzanie zasobami ludzkimi (HR), Agencje ochrony.

Polskie wydanie: Michał Nowopolski, Agnieszka Welento – Nowacka, Leszek Ciszewski, Andrzej Axer, Tomasz Wieczorek, Elmira Kozicka, Agata Wrzesińska, Janusz Masłowski.

Decreased Activity of Plasma MIP-1alpha and MIP-4alpha as Trait Markers of Depression

Ewa Ogłodek[1], Marek Just[2], Danuta Moś[3], Aleksander Araszkiewicz[1]

[1]Department of Psychiatry, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Toruń, Bydgoszcz
[2]Department of General and Endocrine Surgery, Municipal Hospital, Piekary-Śląskie
[3]Health Care Centre Euro-Med, Bytom

Introduction: Monocyte inflammatory protein-1alpha (MIP-1alpha) and macrophage inflammatory protein (MIP)-4alpha show chemotactic activity toward macrophages and/or monocytes, and also stimulate the production of inflammatory cytokines that occur in depression.

Objective: The aim of the study was to compare serum MIP-1alpha and MIP-4alpha concentrations based on gender and varying levels of depression severity.

Method: 160 individuals participated in the study, namely 40 controls and 40 patients at each out of three levels of depression severity (mild, moderate, severe). Each group included 20 females and 20 males. The mean age was 45.2 +/- 4.5 years (range: 19–47 years). The authors used the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) to diagnose depressive disorder. In order to assess depression severity, they utilized the Beck Depression Inventory (BDI-II) developed by Aaron T. Beck. The BDI-II includes twenty one items that correspond to various symptoms of depression. The respondents were supposed to choose one out of four responses in the questionnaire that best described their feelings within the last 30 days. 0-3 points were given for each answer. The minimum total score was 0 and the maximum total score was 63. Depression severity was determined using the following cut-off scores: 0–11 = no depression, 12–19 = mild depression, 20–25 = moderate depression, 26–63 = severe depression. The mean age of the controls was 42.2 +/- 4.1 years (range: 18–47 years). At 7:00 a.m. all participants had fifteen millimeters of fasting blood samples collected from the median cubital vein. Females were during the follicular phase of the menstrual cycle. The blood samples were centrifuged at 3500 rpm for 10 minutes. Afterwards, the plasma samples were put into sterile 2 ml microcentrifuge tubes and stored at -70 ºC until laboratory analysis. Serum levels of MIP-1alpha and MIP-4alpha were measured using the enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA).

Results: Statistically significant differences were shown ($p < 0.001$) in MIP-1A and MIP-4A concentrations for both females and males. The reported differences became smaller with increasing severity of depression, however they were still statistically significant. A significant increase in MIP-1alpha and MIP-4alpha levels was found between females and males versus the other groups. Depression severity determined the concentration levels of MIP-1A and MIP-4A. The differences were found to be statistically significant.

Conclusion: The effects of lowered MIP-1alpha and MIP-4alpha activity may increase O&NS and immune-inflammatory burden in depressed patients. MIP-1alpha and MIP-4alpha status may contribute to the co-morbidity between depression and other immune- and O&NS-related disorders, such as cardiovascular disorder.

References: 1. Stelzhammer V, Haenisch F, Chan MK, Cooper JD, Steiner J, Steeb H, Martins-de-Souza D, Rahmoune H, Guest PC, Bahn S. Proteomic changes in serum of first onset, antidepressant drug-naïve major depression patients. Int J Neuropsychopharmacol. 2014;17(10):1599-608; 2. Lehto SM, Niskanen L, Herzig KH, Tolmunen T, Huotari A, Viinamäki H, Koivumaa-Honkanen H, Honkalampi K, Ruotsalainen H, Hintikka J. Serum chemokine levels in major depressive disorder. Psychoneuroendocrinology. 2010;35(2):226-32. 3. Merendino RA, Di Pasquale G, De Luca F, Di Pasquale L, Ferlazzo E, Martino G, Palumbo MC, Morabito F, Gangemi S. Involvement of fractalkine and macrophage inflammatory protein-1 alpha in moderate-severedepression. Mediators Inflamm. 2004;13(3):205-7; 4. Duarte H, Teixeira AL, Rocha NP, Domingues RB. Increased interictal serum levels of CXCL8/IL-8 and CCL3/MIP-1α in migraine. Neurol Sci. 2015;36(2):203-8.

Serum Concentrations of Human Glial Fibrillary Acidic Protein (GFAP) and IL-18 in Depressed Patients with Suicide Risk

Ewa Ogłodek[1], Marek Just[2], Danuta Moś[3], Aleksander Araszkiewicz[1]

[1]Department of Psychiatry, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Toruń, Bydgoszcz

[2]Department of General and Endocrine Surgery, Municipal Hospital, Piekary-Śląskie

[3]Health Care Centre Euro-Med Bytom

Glial fibrillary acidic protein (GFAP) is both a major astrocyte intermediate filament protein and a specific marker for astrocytes [1-4]. Alterations in the levels of GFAP may reflect disturbed neuronal function and survival, as well as abnormal synaptogenesis and neurotransmission. Cytokines are key mediators of the immune-brain cross-talk, and the proinflammatory cytokine IL-18 is an important element [5].

Objective: The study aimed to evaluate the changes in serum GFAP and interleukin-18 (IL-18) levels in depressed patients with a history of suicide attempts. Method: The study involved 160 individuals, namely three study groups of 40 participants at three different levels of depression severity, and 40 controls. Each group consisted of 20 females and 20 males. The study groups were diagnosed with depressive episodes classified as mild, moderate and severe. In order to diagnose depression, the authors used the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). The psychometric properties of the Beck Depression Inventory (BDI-II) by Aaron T. Beck were examined in order to measure depression severity. Serum GFAP and IL-18 concentrations were assessed using the enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). Results: The differences between serum GFAP and IL-18 concentrations in females and males with mild and moderate depression were statistically insignificant versus the severely depressed group which showed significant differences ($p < 0.001$). GFAP and IL-18 concentrations determined by the authors of this study were significantly higher in female controls than male controls. They decreased as depression became more severe. In severely depressed females, GFAP and IL-18 concentrations were three-fold lower when compared to the control group. In the group of males, GFAP and IL-18 concentrations were 2.5 times lower versus the control group. The lowest GFAP and IL-18 concentrations were reported in severely depressed females. Conclusion: The study revealed that depressed subjects with suicide risk have decreased serum levels of both GFAP and IL-18. Patients with major depression are reported to have glial cells in different regions of the brain, and this may lead to the down-regulation of glial function.

References: 1. Cobb JA, O'Neill K, Milner J, Mahajan GJ, Lawrence TJ, May WL, Miguel-Hidalgo J, Rajkowska G, Stockmeier CA. Density of GFAP-immunoreactive astrocytes is decreased in left hippocampi in major depressive disorder. Neuroscience. 2016;316:209-20; 2. Liu WX, Wang J, Xie ZM, Xu N, Zhang GF, Jia M, Zhou ZQ, Hashimoto K, Yang JJ. Regulation of glutamate transporter 1 via BDNF-TrkB signaling plays a role in the anti-apoptotic and antidepressant effects of ketamine in chronic unpredictable stress model of depression.Psychopharmacology (Berl). 2016;233(3):405-15; 3. Domin H, Szewczyk B, Woźniak M, Wawrzak-Wleciał A, Śmiałowska M. Antidepressant-like effect of the mGluR5 antagonist MTEP in an astroglial degeneration model of depression. Behav Brain Res. 2014;273:23-33; 4. Minichino A, Bersani FS, Trabucchi G, Albano G, Primavera M, Delle Chiaie R, Biondi M. The role of cerebellum in unipolar and bipolar depression: a review of the main neurobiological findings. Riv Psichiatr. 2014;49(3):124-31; 5. Al-Hakeim HK, Al-Rammahi DA, Al-Dujaili AH. IL-6, IL-18, sIL-2R, and TNFα proinflammatory markers in depression and schizophrenia patients who are free of overt inflammation. J Affect Disord. 2015;182:106-14.

Asymmetric Dimethylarginine (ADMA) as a Predictor in Recurrent Depression

Ewa Ogłodek[1], Marek Just[2], Danuta Moś[3], Aleksander Araszkiewicz[4]

[1]Department of Psychiatry, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Toruń, Toruń, Poland, Bydgoszcz

[2]Department of General and Endocrine Surgery, Municipal Hospital in Piekary Śląskie, Piekary Śląskie

[3]Health Care Centre Euro-Med Bytom, Bytom, Poland, Bytom

[4]Department of Psychiatry, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Toruń

Summary: Nitric oxide (NO) is said to be involved in the pathogenesis of depression and in many neuropsychiatric diseases. Neuronal NO synthase (nNOS) modulates the processes of learning and memorization. Nitric oxide generated in response to stress exposure is associated with depression-like and anxiety-like behaviors. With regard to the central nervous system (CNS), prostaglandins (PG) generated by the cyclooxygenase (COX) enzyme play a role in regulating the HPA axis activity. Asymmetric dimethylarginine (ADMA) reduces the level of NO by inhibiting the nitric oxide synthase (NOS) enzyme.

Objective: The aim of the study was to assess the concentrations of ADMA in patients with depression.

Method: 160 individuals were enrolled in the study. The participants included 40 controls and 40 patients at each out of three levels of depression severity. Patients with a history of at least two depressive episodes were assigned to study groups. The subjects were diagnosed with depressive episodes classified as mild, moderate and severe. Depression was diagnosed by means of a standardized classification system called the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Depression severity was measured using the Beck Depression Inventory (BDI-II) developed by Aaron T. Beck. The authors used the enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) to measure serum ADMA levels.

Results: In the case of ADMA, statistically significant differences were revealed between the controls of both sexes. Serum ADMA concentrations were significantly higher in females than males. The least elevated ADMA concentration was observed in females with mild depression, moderately higher in females with moderate depression, and most elevated in severely depressed females. The reported differences between the groups were found to be statistically significant. When comparing ADMA levels between the depressed patient group of both sexes and the control group, statistically significant differences were shown with regard to varying levels of depression severity. It is worth noting that the greatest increase in the level of ADMA was found in the group of females with severe depression.

Conclusion: Our results show that ADMA is an important marker of depression severity. Bidirectional communication between the neuroendocrine and immune systems is significant for depression treatment, as well as the central nervous system protection.

References: 1. Baranyi A, Amouzadeh-Ghadikolai O, Rothenhäusler HB et al. Nitric Oxide-Related Biological Pathways in Patients with Major Depression. PLoS One. 2015;10(11):e0143397; 2. Spoto B, Zoccali C. Does asymmetric dimethylarginine play a role in depression in chronic kidney disease patients? Nephrol Dial Transplant. 2015;30(10):1599-601; 3. Raw A, Gallaher M, Powers RW. Arginine and asymmetric dimethylarginine in pregnant women with major depression. Psychosom Med. 2014;76(6):430-6.

Serum Concentrations of IL-33 and IL-8 in Depressed Patients

Ewa Ogłodek[1], Marek Just[2], Danuta Moś[3], Aleksander Araszkiewicz[1]
[1]Department of Psychiatry, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Toruń, Bydgoszcz
[2]Department of General and Endocrine Surgery, Municipal Hospital, Piekary-Śląskie
[3]Health Care Centre Euro-Med, Bytom

Introduction: Recent literature has been focused on the inflammasome-mediated auto-inflammatory disorders of the central nervous system (CNS) and different behavior patterns associated with them. Neuroinflammation is an innate immune response that occurs in the CNS and is directed against harmful and irritable stimuli, such as pathogens and metabolic toxic waste, as well as against chronic mild stress. This response is mediated by protein complexes called inflammasomes that activate pro-inflammatory caspases -1 and -5. These caspases divide the precursor forms of pro-inflammatory cytokines IL-18 and IL-33 into their active forms. These cytokines have been reported to promote a variety of innate immune processes related to infection, inflammation and autoimmunity. Thus, they are said to induce neuroinflammation at advanced age, as well as neurodegenerative diseases, cognitive impairment and depression.

Objective: The study aimed to contrast serum IL-33 and IL-8 levels with respect to sex and varying levels of depression severity.

Method: The study involved 160 participants in total. To be specific, it comprised three groups of 40 subjects at three different levels of depression severity and 40 controls. The groups consisted of 20 females and 20 males each. The mean age was 45.2 +/- 4.5 years (range: 19–47 years). The three levels of depression severity diagnosed in subjects were: mild, moderate and severe. The patients were examined by means of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) to diagnose depression. The Beck Depression Inventory (BDI-II) by Aaron T. Beck was utilized to indicate depression severity. The BDI-II consists of twenty one items corresponding to various symptoms of depression. The respondents filled out a multiple choice questionnaire by indicating one out of four responses that best described their feelings in the last 30 days. A value of 0-3 points was assigned to each answer. The minimum total score was 0 and the maximum total score was 63. The cut-off scores that were applied to determine depression severity were: 0–11 = no depression, 12–19 = mild depression, 20–25 = moderate depression, 26–63 = severe depression. The mean age of the controls was 42.2 +/- 4.1 years (range: 18–47 years). At 7:00 a.m. all subjects had fifteen millimeters of fasting blood samples collected from the median cubital vein. The examined females were during the follicular phase of the menstrual cycle. The blood samples were centrifuged at 3500 rpm for 10 minutes, and then pipetted into sterile 2 ml microcentrifuge tubes. They were stored at -70 ºC until laboratory analysis. Serum IL-33 and IL-8 levels were determined using the enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA).

Results: Statistically significant differences were found ($p < 0.001$) in IL-33 and IL-8 concentrations with regard to both female and male groups. Although the differences in IL-33 and IL-8 concentrations between males and females became smaller with increasi

Serum Concentrations of IL-10 and IL-4 in Patients with Depression

Ewa Ogłodek[1], Marek Just[2], Danuta Moś[3], Aleksander Araszkiewicz[1]
[1]Department of Psychiatry, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Toruń, Bydgoszcz
[2]Department of General and Endocrine Surgery, Municipal Hospital, Piekary-Śląskie
[3]Health Care Centre Euro-Med, Bytom

Introduction: The inflammasome-mediated auto-inflammatory disorders of the central nervous system (CNS) and their influence on changes in behavior have been the focus of the recent studies. An innate immune response called neuroinflammation occurs in the CNS. It is a response to destructive and oversensitive stimuli, such as pathogens and metabolic toxic waste, and also to chronic mild stress. Inflammasomes, being protein complexes, activate pro-inflammatory caspases -1 and -5, [1, 2]. Here, the precursor forms of pro-inflammatory cytokines IL-18 and IL-33 are divided into their active forms. These cytokines are said to induce a variety of innate immune processes associated with infection, inflammation and autoimmunity, and, therefore, they lead to neuroinflammation at old age, including neurodegeneration, cognitive impairment and depression [3, 4].

Objective: The study looked at and compared serum IL-10 and IL-4 levels with regard to sex and varying levels of depression severity.

Method: The study comprised 160 individuals (40 controls and 40 patients at each out of three levels of depression severity). Each group of 40 subjects included 20 females and 20 males. The mean age was 45.2 +/- 4.5 years (range: 19–47 years). The group of depressed patients included subjects diagnosed with depressive episodes classified as mild, moderate and severe. A standardized classification system called the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) was utilized to diagnose depressive disorder. In order to measure depression severity, the psychometric properties of the Beck Depression Inventory (BDI-II) developed by Aaron T. Beck were examined. The BDI-II consists of twenty one items that correspond to various depressive symptoms. The respondents filled in this multiple choice questionnaire by selecting one out of four responses that best described their feelings in the last 30 days. The study participants were given 0-3 points for each answer. The minimum total score was 0 and the maximum total score was 63. The following cut-off scores were applied to determine depression severity: 0–11 = no depression, 12–19 = mild depression, 20–25 = moderate depression, 26–63 = severe depression. The mean age of the controls was 42.2 +/- 4.1 years (range: 18–47 years). All subjects had fifteen millimeters of fasting blood samples collected from the median cubital vein at 7:00 a.m. The studied females were during the follicular phase of the menstrual cycle. The blood samples were then centrifuged at 3500 rpm for 10 minutes. Following centrifugation, the plasma samples were put into sterile 2 ml microcentrifuge tubes and stored at -70 ºC until laboratory analysis. The enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) was used to measure serum IL-10 and IL-4 levels.

Results: Statistically significant differences were revealed ($p < 0.001$) in IL-10 and IL-4 concentrations with respect to both female and male groups. The differences in IL-10 and IL-4 concentrations between males and females became smaller as depression became more severe. However, they were still statistically significant. A significant increase in IL-10 and IL-4 level was found in the case of females and males versus the corresponding groups. The levels of IL-10 and IL-4 were dependent on depression severity, whether mild, moderate or severe. The differences between them were statistically significant as well.

Conclusion: Our findings reinforce the view that IL-10 and IL-4 dysfunction can be observed during severe depressive episodes

specifically. Thus, both IL-10 and IL-4 can be used as therapeutic targets in depressive patients.

References: 1. Mihailova S, Ivanova-Genova E, Lukanov T, Stoyanova V, Milanova V, Naumova E. A study of TNF-α, TGF-β, IL-10, IL-6, and IFN-γ gene polymorphisms in patients with depression. J Neuroimmunol. 2016;293:123-8; 2. Goldsmith DR, Haroon E, Woolwine BJ, Jung MY, Wommack EC, Harvey PD, Treadway MT, Felger JC, Miller AH. Inflammatory markers are associated with decreased psychomotor speed in patients with majordepressive disorder. Brain Behav Immun. 2016. pii: S0889-1591(16)30070-8; 3. Dong C, Zhang JC, Yao W, Ren Q, Yang C, Ma M, Han M, Saito R, Hashimoto K. Effects of escitalopram, R-citalopram, and reboxetine on serum levels of tumor necrosis factor-α, interleukin-10, and depression-like behavior in mice after lipopolysaccharide administration. Pharmacol Biochem Behav. 2016;144:7-12; 4. Ganança L, Oquendo MA, Tyrka AR, Cisneros-Trujillo S, Mann JJ, Sublette ME. The role of cytokines in the pathophysiology of suicidal behavior. Psychoneuroendocrinology. 2016;63:296-310.

Opiniowanie psychiatryczno-psychologiczne w postępowaniu testamentowym

Małgorzata Opio, Anna Pilszyk
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Niezgodności pomiędzy opiniami sądowo-psychiatryczno-psychologicznymi wydanymi w tej samej sprawie występują dość często. Problem ten budzi nieufność wymiaru sprawiedliwości co do kompetencji biegłych psychiatrów i psychologów, i skłania do powoływania kolejnych. Należy podkreślić, że wiele z tych różnic ma źródła obiektywne wynikające chociażby z braku możliwości zbadania spadkodawcy i oceny jego stanu psychicznego w czasie sporządzenia oświadczenia woli, ubogiej dokumentacji medycznej, czy też jej niskiej jakości, znaczących różnic w zeznaniach świadków odnośnie funkcjonowania opiniowanego. Jednakże znaczna cześć rozbieżności wynika z jakości pracy biegłych psychiatrów i psychologów. W niniejszej pracy nie zajmowano się zwykłymi brakami fachowej wiedzy lub doświadczenia klinicznego, ale różnicami dotyczącymi: zakresu informacji zamieszczanymi w opinii (np. wyboru danych z akt), sposobu przedstawienia uzasadnienia prezentowanego stanowiska (ogólnego czy szczegółowego), używanej terminologii, odmiennego zakresu końcowych wniosków, w związku z czym stają się one nieporównywalne. Na podstawie, wydanych przez biegłych z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Warszawie, ekspertyz z lat 2005-2015 przeanalizowano różnice stanowisk biegłych orzekających w sprawach testamentowych a zwłaszcza w zakresie oceny świadomości i swobody. Wydaje się, że wymienionych powyżej niezgodności między opiniami psychiatryczno-psychologicznymi można by uniknąć, czy choćby je zminimalizować poprzez opracowanie i upowszechnienie pewnego standardu, służącego pomocą biegłym w opracowaniu jasnych, spójnych i przede wszystkim porównywalnych opinii, co ułatwiłoby sądowi ich zrozumienie i ocenę.

Psychosomatyka – współczesne kierunki rozwoju

Agata Orzechowska
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi, Łódź

Podejście psychosomatyczne w rzeczywistości oznacza dążenie do powrotu do tradycyjnego stosunku lekarza do pacjenta, do czasów kiedy wysoce skomplikowana technologia i wąska specjalizacja nie utrudniały tej relacji. Wprowadzenie takiego podejścia jest wyzwaniem dla lekarza, który potrafi najlepiej ocenić sytuację psychospołeczną swojego pacjenta. Schorzenia psychosomatyczne uważa się za dolegliwości cielesne, częściowo lub całkowicie wywołane przez czynniki emocjonalne, chociaż same zaburzenia rozwoju emocjonalnego nie są jedynym warunkiem ich powstania. Zaburzenia psychosomatyczne mogą dotyczyć układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, moczowo - płciowego, narządu ruchu lub przewodu pokarmowego, a mogą występować też jako wtórne reakcje somatyczne w następstwie zaburzeń nerwicowych

Kiedy w latach 40. XX w. węgierski lekarz Franz Alexander ogłosił swoją, klasyczną już dziś, listę siedmiu chorób psychosomatycznych, było to niewątpliwe wydarzenie. Oto wśród wymienianych dotąd typowych biologicznych przyczyn chorób, jak drobnoustroje, urazy i niewłaściwe geny, znalazły się cechy osobowości, utrwalone sposoby zachowań oraz zepchnięte do podświadomości wspomnienia przebytych urazów. I choć od dawien dawna dostrzegano związki między stresem i przeżyciami człowieka (psyche), a stanem jego zdrowia (soma), to oficjalna nowożytna medycyna nie przywiązywała do nich znaczenia. Ówczesne nauki lekarskie były zainteresowane organizmem pojętym w sposób biologiczno-mechanistyczny, postępowała technicyzacja procesu leczenia, tworzyły się coraz węższe specjalności medyczne. W medycynie dostrzega się ostatnio ciekawe i coraz bardziej powszechne zjawisko. Istnieją choroby znajdujące się w szczególny sposób na granicy zainteresowania różnych specjalności, które niezależnie od siebie wypracowały dla nich kryteria rozpoznawania, sposoby leczenia i nadały swoje własne nazwy. Jest zrozumiałe, że w tych zaburzeniach także znaczenie diagnozy psychologicznej i ewentualnej psychoterapii może być ogromne.

Dzisiaj lepiej rozumiemy, jak długa jest droga do zrozumienia przyczyn większości chorób i zaburzeń. Jednocześnie wiemy wystarczająco wiele, żeby leczyć i pomagać. Niewątpliwie zestarzało się samo pojęcie chorób psychosomatycznych. W wypadku bowiem każdej choroby powinno być badane znaczenie rozmaitych czynników chorobowych. Dziś szuka się prawdy o każdym schorzeniu osobno, używając różnych metod badawczych i odwołując się do wielu teorii, starając się w jak największym stopniu opierać na faktach. Poszukując tych syntez wydaje się, że postąpiliśmy do przodu. Coraz częściej można spotkać zrozumienie, że w diagnozowaniu i leczeniu wielu schorzeń potrzebna jest współpraca lekarza i psychologa, choć na tym terenie jest jeszcze wiele do zrobienia.

Dysocjacja czy neurodegeneracja. Problemy diagnozy, leczenia i rehabilitacji

Jolanta Panasiuk[1], Maria-Marta Kaczyńska-Haładyj[2]
[1]Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS, Lublin
[2]I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Diagnozy UM, Lublin

Wstęp: Różnicowanie objawów dysocjacji i neurodegeneracji u chorych w okresie adolescencji nastręcza wielu problemów. W międzynarodowych klasyfikacjach chorób (ICD, DSM) kryteria diagnostyczne jednoznacznie wskazują, że zaburzenia dysocjacyjne należy rozpoznawać jedynie po wykluczeniu przyczyn ogólnomedycznych, neurologicznych i skutków działania substancji psychoaktywnych. W przypadku padaczki okresu adolescencji przy interpretacji narastających w związku z padaczką zaburzeń ruchowych i poznawczych należy wziąć pod uwagę działanie mechanizmów neurodegeneracji.

Cel pracy: Celem 13-letnich badań katamnestycznych jest określenie psychopatologicznego obrazu i dynamiki procesu neurodegeneracyjnego u 10-letniej dziewczynki wywołanego padaczką o nieustalonym pochodzeniu. Ustalenie zależności pomiędzy stanem biologicznym a funkcjonalnym służyć ma

wypracowaniu modelu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w przebiegu narastających objawów neurologicznych i psychopatologicznych w okresie adolescencji.

Materiał i metody: Przedstawiono przypadek 23-letniej pacjentki, u której po okresie prawidłowego rozwoju w 10. roku życia wystąpiły napady padaczkowe uogólnione toniczno-kloniczne. Przebieg choroby był fazowy: I faza – 10-14 r.ż. nawracające ataki i stany padaczkowe, II faza – 15-16 r.ż. stabilizacja stanu klinicznego, III faza – 17-23 r.ż. – wielospecjalistyczna terapia i odbudowa utraconych funkcji poznawczych. Materiał empiryczny stanowią dane kliniczne oraz dane zebrane w trakcie rehabilitacji ruchowej oraz terapii psychologicznej, pedagogicznej i logopedycznej dokumentujące dynamikę zaburzeń motorycznych, poznawczych i językowych.

Wyniki: Badania longitudinalne prowadzone na przestrzeni 13 lat wykazały, że w wyniku ciężkich napadów padaczkowych o nieustalonej etiologii u dobrze rozwijającej się 10-letniej dziewczynki w okresie 4 lat doszło do utraty wszelkich zdolności poznawczych i ograniczenia sprawności motorycznych. Obraz kliniczny przyjął postać głębokiej demencji. Poprawa aktywności bioelektrycznej mózgu, a w końcu wyeliminowanie napadów padaczkowych i stabilizacja stanu klinicznego dały podstawę do rozpoczęcia wielospecjalistycznej terapii. W jej wyniku osiągnięto znaczącą poprawę funkcjonowania poznawczego i dalszy rozwój. Obecnie dziewczynka jest zdrowa, ukończyła technikum chemiczne profilowane z najlepszą średnią w szkole. Wciąż utrzymuje się agnozja wzrokowa i niewielki niedowład połowiczy.

Wnioski: Padaczka wieku rozwojowego może doprowadzić do wystąpienia narastających objawów neurologicznych. Dynamika zmian w funkcjonowaniu chorego jest istotnym czynnikiem w ocenie mechanizmu zaburzeń i ważnym wskaźnikiem różnicowania dysocjacji i neurodegeneracji.

„Ryzykowni" użytkownicy dekstrometorfanu – profil psychospołeczny

Aleksandra Piątek[1], Małgorzata Koziarska-–-Rościszewska[2], Anna Krakowiak[1], Monika Talarowska[1], Piotr Gałecki[1]
[1]Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Łódź
[2]Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Medycyny Rodzinnej UM, Łódź

Wstęp: Dekstrometorfan (DXM) jest popularną substancją przeciwkaszlową, występującą w licznych preparatach bez recepty. Ze względu na działanie psychoaktywne, zauważane przy zastosowaniu dawek ponadterapeutycznych, jest „modną", stosowaną przez młodzież substancją rekreacyjną.

Cel: Celem pracy jest ocena profilu użytkowników DXM, „rekreacyjnych": zażywających przewlekle, jak i po raz pierwszy, a także osób, które sięgnęły po lek w celach samobójczych. Istotna jest również analiza psychologicznych i społecznych czynników ryzyka.

Materiał i metody: Zanalizowano historie chorób 91 pacjentów przyjętych na Oddział Toksykologii w Instytucie Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi: 55 pacjentów, którzy zażyli lek w celu wywołania efektu psychoaktywnego (zażycie rekreacyjne – ZR) oraz 36 pacjentów, którzy przyjęli lek w celach samobójczych (próba samobójcza – PS) w okresie of 1 stycznia 2011r. do 1 marca 2015r.

Wyniki: Zaobserwowano częstsze stosowanie DXM w celach rekreacyjnych przez mężczyzn niż kobiety (odpowiednio: 40 i 15 osób). Odwrotna sytuacja miała miejsce w przypadku PS (13 i 23). Dawki wahały się od 75 do 2700 mg (5-180 tabletek Acodinu), przy czym były istotnie wyższe w PS. Odurzanie nieznacznie rzadziej było związane z przyjmowaniem leku z alkoholem (47% vs 47%) lub z innymi lekami (27% vs 56).

Za istotny czynnik ryzyka można uznać uzależnienie od leków o działaniu psychoaktywnym (ZR : 64%, PS: 28%) i uzależnienia mieszane (od wielu leków i alkoholu; ZR: 24%, PS: 8%).

Konsultacje psychologiczne/ psychiatryczne, na które zdecydowała się prawie połowa badanych, wykazały, że większość pacjentów z ZR nie jest w związkach (19/27), u 1/3 występują zaburzenia psychiczne (choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia osobowości) lub poważne problemy osobiste lub rodzinne (zaburzone funkcjonowanie rodziny, problemy w pracy).

Istotne informacje wnosi wywiad toksykologiczny i psychiatryczny. Uprzednie hospitalizacje na ww. oddziałach stwierdzono u odpowiednio 44% i 44% wśród pacjentów z ZR i odpowiednio 14% i 33% u osób po PS. W grupie ZR 17/27 zażywało DXM uprzednio w celach rekreacyjnych, 10 pacjentów uczestniczyło w przeszłości w terapii uzależnień.

Ponad połowę pacjentów po PS stanowiły osoby niebędące w bliskich relacjach partnerskich (11/19). Dodatkowo, 8 pacjentów przyznało się do uprzedniego zażywania rekreacyjnego substancji. Główny problem jednak stanowiła depresja, zaburzenia osobowości oraz problemy w funkcjonowaniu w rodzinie (alkoholizm, zdrada, molestowanie) lub w społeczeństwie (zaburzenia adaptacyjne, szykanowanie). W 9 przypadkach była to kolejna PS.

Mediana wieku w obydwu grupach wynosiła 22 lata, przy czym przy PS rozpiętość była większa (16-49 lat) niż w ZR (15-41). Biorąc pod uwagę fakt, że większość pacjentów była pełnoletnia, brak potomstwa wydaje się być czynnikiem ryzyka – tylko 4 pacjentów było rodzicami.

Wnioski: Dawki DXM, które zażyli pacjenci hospitalizowani na oddziale, nie tylko wielokrotnie przekraczały maksymalną dawkę terapeutyczną (8 tabl/ doba), ale również dawki wywołujące działanie psychoaktywne. Dodatkowo, jednoczesne zażywanie innych substancji psychoaktywnych/ leków i alkoholu skutkowało nasileniem ich działań toksycznych.

1. Profil „użytkownika rekreacyjnego": młody dorosły mężczyzna, uzależniony od substancji psychoaktywnych; nierzadko z historią hospitalizacji toksykologicznych i psychiatrycznych. Problemy psychologiczne związane były zazwyczaj z zaburzeniami osobowości, zachowaniami impulsywnymi i patologicznym wzorcem radzenia sobie z trudnościami.

2. Pacjenci, którzy zażyli DXM w próbach „S": głównie kobiety, zażywające DXM z innymi lekami, w połowie przypadków po uprzednich PS. W wywiadzie występowały traumatyczne doświadczenia, problemy w rodzinie i w komunikacji z innymi ludźmi. Również, częściej niż osoby z z grupy ZR były samotne oraz miały stwierdzone zaburzenia depresyjne. Były natomiast rzadziej hospitalizowane toksykologiczne/ psychiatryczne. W celu optymalizacji leczenia, pacjenci powinni zostać objęci zindywidualizowaną opieką, zapewniającą zarówno troskę o zdrowie psychiczne (konsultacje psychologiczne), jak i regularny nadzór lekarza rodzinnego.

Funkcjonowanie rodziców dzieci z zaburzeniami eksternalizacyjnymi

Agnieszka Pisula, Anita Bryńska
Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM, Warszawa

Dziecko z zaburzeniami eksternalizacyjnymi (zespół nadpobudliwości psychoruchowej, ADHD; opozycyjno-buntownicze

zaburzenia zachowania, ODD) jest delegowanym pacjentem, którego objawy znacząco utrudniają funkcjonowanie własne oraz otaczającego go środowiska domowego. Skuteczność podejmowanych interwencji w dużej mierze zależy od objęcia nią całej rodziny. Znajomość charakterystyki funkcjonowania rodziców dzieci z zaburzeniami eksternalizacyjnymi może ukierunkować dobór metod leczenia. Jak się wydaje, zwłaszcza matki, znacznie częściej niż ojcowie, oceniają siebie jako mało skuteczne oraz zgłaszają większe nasilenie stresu rodzicielskiego. Być może własny, silnie odczuwany dyskomfort jest dodatkowym czynnikiem decydującym o poszukiwaniu pomocy i chęci angażo¬wania się w różne formy leczenia, np. takie jak warsztaty umiejętności rodzicielskich.

Cel: ocena poziomu odczuwanego stresu, sposobów radzenia sobie z trudnymi zachowaniami i ogólnego funkcjonowania rodziców dzieci z zaburzeniami eksternalizacyjnymi

Materiał: 186 matek i 139 ojców uczestniczących w 12-spotkaniowym programie Warsztaty dla rodziców dzieci nadpobudliwych; grupa ta stanowiła rodziców 199 dzieci z rozpoznaniem zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, bez lub ze współwystępującymi opozycyjno-buntowniczymi zaburzeniami zachowania, które były pacjentami Poradni Nadpobudliwości Psychoruchowej w Warszawie.

Metoda: rodzice, uczestniczący w programie warsztatów rodzicielskich, podczas pierwszego spotkania zostali poddani ocenie kwestionariuszowej przy użyciu (1) Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ, (2) Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC-29 oraz (3) Kwestionariusza radzenia sobie w sytuacjach stresowych CISS

Wyniki: Matki: GHQ: (1) średni stopień zaburzenia ogólnego funkcjonowania (wyniki całkowite na poziomie 5 stenu, co odpowiada wynikowi średniemu); (2) brak różnic pomiędzy matkami dzieci z podtypem mieszanym ADHD oraz matkami dzieci z podtypem mieszanym ADHD ze współwystępującym ODD; (3) matki dzieci z ADHD pod postacią izolowanych deficytów uwagi (ADD) uzyskały istotnie statystycznie wyższe wyniki dla objawów niepokoju i bezsenności (skala B) oraz objawów depresji (skala D). SOC-29: wyniki całkowite na poziomie niskich wartości wyników średnich. CISS: wysoki wynik w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem, niski wynik w zakresie stylu unikającego,

Ojcowie: GHQ: stopień zaburzenia ogólnego funkcjonowania, nasilenie objawów depresji, objawów somatycznych oraz nasilenie niepokoju/bez¬senności na poziomie zbliżonym do poziomu średniego dla populacji aktywnych zawodowo mężczyzn. SOC-29: wyniki istotnie wyższe niż badane matki, przy czym wyniki całkowite mieszczą się w ob¬szarze wyższych wartości średnich. CISS: wyniki w obszarze wyników przeciętnych, wysokie wyniki w skali zadaniowego stylu ra¬dzenia sobie.

Wnioski: Matki dzieci z zaburzeniami eksternalizacyjnymi funkcjonują nieznacznie gorzej w porównaniu z populacją ogólną kobiet, w zakresie zmiennyc

Analiza związków pomiędzy wybranymi zmiennymi psychologicznymi a jakością snu u osób z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym

Lech Popiołek[1], Iwona Gawlik[2], Anna Ostachowska[1], Anna Dzieża[3], Olga Siga[3], Jolanta Walczewska[3], Krzysztof Rutkowski[1]

[1]Katedra Psychoterapii UJ CM, Kraków
[2]Szpital Uniwersytecki, Kraków
[3]Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM, Kraków

Wstęp: Sen stanowi bardzo istotny element życia każdego człowieka. W związku z tym jest od wielu lat obiektem badań naukowców z całego świata. Dotychczasowe ustalenia wskazują, że jakość snu w populacji ogólnej zależy od bardzo wielu czynników. Istotną rolę odgrywają tutaj na przykład: dieta, obecność zaburzeń psychicznych oraz niektórych chorób somatycznych, poziom aktywności fizycznej, stosowana przez osobę badaną farmakoterapia, a także cechy osobowości danej jednostki. W większości dotychczasowych badań nad związkami pomiędzy zmiennymi psychologicznymi, a jakością snu stosowano niewielką liczbę metod psychometrycznych. W naszym badaniu posłużyliśmy się 7 testami psychologicznymi, które mają za zadanie ocenić osobowość oraz sposoby radzenia sobie ze stresem u osób badanych w sposób kompleksowy.

Cel: Ocena związków pomiędzy jakością snu oraz osobowością i sposobami radzenia sobie ze stresem u osób z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym.

Materiał i metody: a) Grupa badana: Do badania włączono 100 osób z rozpoznanym NT pierwotnym. Z analizy wykluczono pacjentów z rozpoznanym nadciśnieniem białego fartucha, osoby ze stwierdzonym obturacyjnym bezdechem sennym oraz osoby ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi. Dotychczas udało się przeanalizować dane pochodzące od 50 pacjentów w wieku od 22 do 70 lat (wyniki pochodzące od wszystkich osób badanych zostaną przedstawione w trakcie Zjazdu). Prawie 47 % osób badanych stanowiły kobiety.

b) Metody: Jakość snu osób badanych mierzono za pomocą metody PSQI. Do oceny osobowości pacjentów wykorzystano 4 metody psychometryczne: NEO-FFI, MMPI-2, DS.-14 oraz EAS-D. Z kolei metody PSS-10, CISS i Mini-COPE mierzyły poziom odczuwanego stresu oraz sposoby radzenia sobie ze stresem.

c) Analiza statystyczna: Analizę statystyczną przeprowadzono z użyciem oprogramowania STATISTICA firmy StatSoft. Ze względu na to, iż analizowane zmienne miały rozkłady istotnie odbiegające od rozkładu normalnego w trakcie obliczeń zastosowano metody nieparametryczne (np.: współczynnik korelacji rang Spearmana).

Wyniki: Dotychczas przeprowadzone analizy sugerują, że długość zasypiania u osób z rozpoznanym NT jest w sposób istotny związana z poziomem następujących zmiennych psychologicznych: Negatywna emocjonalność (DS-14), Zaprzeczanie (Mini-COPE), Zażywanie substancji psychoaktywnych (Mini-COPE), Obwinianie siebie (Mini-COPE), Niezadowolenie (EAS-D), Neurotyczność (NEO-FFI). Osoby deklarujące, że ich sen w ciągu ostatnich 4 tygodni był bardzo dobry lub dość dobry osiągają istotnie niższe wyniki w skalach Złość (EAS-D) oraz Psychopatia (MMPI-2) niż osoby, które twierdzą, że ich sen był raczej zły lub bardzo zły. Odwrotną zależność zaobserwowano w przypadku skali Ugodowość (NEO-FFI). Wyniki dotyczące innych zmiennych psychologicznych zostaną zaprezentowane w trakcie Zjazdu.

Różnice w zakresie osobowości oraz sposobów radzenia sobie ze stresem u mężczyzn i kobiet z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym

Lech Popiołek[1], Iwona Gawlik[2], Anna Ostachowska[1], Olga Siga[3], Anna Dzieża[3], Jolanta Walczewska[3], Krzysztof Rutkowski[1]
[1]*Katedra Psychoterapii UJ CM, Kraków*
[2]*Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Kraków*
[3]*Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM, Kraków*

Wstęp: Ponad 9,5 miliona osób w Polsce choruje na nadciśnienie tętnicze (NT). Schorzenie to jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i w sposób pośredni może przyczyniać się do śmierci około 17 milionów osób rocznie na całym świecie. Ze względu na powagę problemu od wielu lat prowadzi się badania nad związkiem pomiędzy zmiennymi psychologicznymi a obecnością NT. Większość dotychczasowych ustaleń jest niejednoznaczna. Wskazuje się, że poziom takich zmiennych psychologicznych jak: aleksytymia, tłumienie wrogości, neurotyczność oraz lęk jako cecha różnicuje osoby z NT od ludzi zdrowych. Niewiele jest jednak badań dotyczących zróżnicowania psychologicznego w obrębie grupy osób z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym.

Cel: Analiza różnic w zakresie osobowości i sposobów radzenia sobie ze stresem u kobiet i mężczyzn chorujących na nadciśnienie tętnicze.

Materiał i metody: a) Grupa badana: Do badania włączono 100 osób z rozpoznanym NT pierwotnym. Dotychczas udało się przeanalizować dane pochodzące od 50 pacjentów (wyniki pochodzące od wszystkich osób badanych zostaną przedstawione na plakacie). Osoby badane miały od 22 do 70 lat. Wśród nich prawie 47 % stanowiły kobiety. Z analizy wykluczono pacjentów z nadciśnieniem białego fartucha oraz osoby ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi; b) Metody: Zmienne związane z osobowością pacjentów były oceniane za pomocą 4 metod psychometrycznych: NEO-FFI, MMPI-2, DS.-14 oraz EAS-D. Z kolei poziom odczuwanego stresu oraz sposoby radzenia sobie ze stresem były analizowane w oparciu o 3 metody psychometryczne: PSS-10, CISS, Mini-COPE; c) Analiza statystyczna: Analizę statystyczną przeprowadzono w oparciu o metody nieparametryczne (np.: test U-Manna-Whitney'a). Zastosowano oprogramowanie STATISTICA w wersji 12.0 PL. Poziom istotności alfa ustalono na 0,05.

Wyniki: Dotychczas przeprowadzone analizy sugerują, że mężczyźni chorujący na NT różnią się od kobiet z NT pod względem niektórych zmiennych psychologicznych. U mężczyzn z NT stwierdzono wyższą tendencję do radzenia sobie ze stresem poprzez Poczucie humoru (Mini-COPE). Z kolei kobiety osiągały istotnie wyższe wyniki w następujących skalach: Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (Mini-COPE), Styl skoncentrowany na unikaniu (CISS), Poszukiwanie kontaktów towarzystkich (CISS), Strach (EAS-D) oraz Ugodowość (NEO-FFI). Wyniki dotyczące innych testów psychologicznych (np.: MMPI-2, DS.-14, PSS-10) zostaną przedstawione na plakacie.

Krótkoterminowy wpływ terapii elektrowstrząsowej na poziom troponiny T oraz podstawowe parametry elektrokardiologiczne u pacjentów powyżej 40 roku życia

Michał Próchnicki[1], Paweł Kiciński[2], Hanna Karakuła-Juchnowicz[1], Andrzej Jaroszyński[2]
[1]*I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji UM, Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej, Lublin*
[2]*Zakład Medycyny Rodzinnej UM, Lublin*

Wprowadzenie: Terapia elektrowstrząsowa (ECT) jest wysoce efektywną metodą leczniczą w psychiatrii, zarezerwowaną zwykle dla ciężkich i lekoopornych postaci zaburzeń psychicznych i często stosowaną w opanowaniu ostrych, zagrażających życiu objawów depresji, manii czy psychozy. Mimo, iż ECT uznawana jest za metodę bezpieczną to w piśmiennictwie znajdują się opisy przypadków ostrych powikłań pod postacią: zawałów serca, komorowych zaburzeń rytmu, zatrzymań krążenia. Tego typu powikłania stwierdzano zazwyczaj u pacjentów z istniejącą chorobą układu krążenia przed zastosowaniem terapii ECT. Śmiertelność uwarunkowaną stosowaniem ECT szacuje się w granicach od 1/1000 do 1/10 000 pacjentów lub 1 zgonu na 80 000 zabiegów. W jednym z przeprowadzonych ostatnio badań u kilku procent chorych zaobserwowano wzrost stężenia troponin sercowych po zabiegach ECT. Z tego powodu uzasadnione jest dalsze prowadzenie badan nad bezpieczeństwem kardiologicznym ECT. Troponiny sercowe uznawane są za przydatny i czuły marker uszkodzenia strukturalnego kardiomiocytów. Istnieją również parametry elektrokardiograficzne, takie jak czas trwania zespołu QRS, czas trwania skorygowanego ostępu QT (QTc), wskazujące na zwiększone ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych, szczególnie zaburzeń rytmu serca. Istotnym problemem klinicznym pozostaje kwalifikacja chorych do ECT i wyselekcjonowanie grupy pacjentów z największym ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych. Szczególnej uwagi wymaga ocena wartości predykcyjnej parametrów standardowego EKG, które jest badaniem prostym, tanim i łatwo dostępnym.

Cel pracy: Celem pracy była ocena krótkoterminowego bezpieczeństwa kardiologicznego zabiegów ECT na podstawie oznaczeń stężenia troponiny T oraz analizy wybranych parametrów EKG u pacjentów po 40 roku życia.

Materiał i metody

Do badania włączono 23 pacjentów (7 kobiet i 16 mężczyzn) powyżej 40 roku życia z rozpoznaniem schizofrenii, depresji lub zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Średni wiek pacjentów wynosił 57,2±5,8 lat (rozstęp 40-74 lata).

Wskazaniami do zastosowania ECT były: lekooporność, wcześniejsza dobra odpowiedź na ECT i ostre pogorszenie stanu psychicznego wymagające szybkiej i skutecznej terapii. Łącznie analizie poddano 46 zabiegów ECT. U pacjentów stosowano bilateralne zabiegi ECT przy użyciu aparatu Thymatron System IV z użyciem standardowych parametrów. Zabiegi wykonywano w znieczuleniu dożylnym z użyciem propofolu i suksametonium oraz atropiny w należnych dawkach. Rejestrację spoczynkowego EKG wykonywano u pacjentów w pozycji leżącej przy użyciu aparatu MAC 5500 (GE Healthcare, USA) stosując przy tym standardowy 12-odprowadzeniowy układ elektrod. Badanie EKG wykonywano tuż przed zabiegiem ECT oraz godzinę po nim. Czas trwania zespołu komorowego oraz długość skorygowanego odstępu QT były obliczane automatycznie na podstawie 10-sekundowego zapisu 12-odprowadzeniowego EKG. Oznaczenia stężeń potasu, sodu, troponiny T w surowicy krwi były wykonywane przed zabiegiem ECT oraz 6 godzin po nim.

Wyniki: Na podstawie przeprowadzonych analiz nie zaobserwowano odchyleń w zakresie standardowego 12-odprowadzeniowego spoczynkowego EKG po pojedynczych zabiegach ECT, jak również po ich serii. Poziom stężenia troponiny

T po ECT nie ulegał istotnym zmianom (0,008 vs 0,0075 ng/ml; p>0,05); czas trwania skorygowanego odstępu QT (QTc) wg Bazetta po ECT ulegał nieistotnemu statystycznie skróceniu (458 vs 450 ms; p>0,05); czas trwania zespołu komorowego (QRS duration) ulegał wydłużeniu nie osiągając istotności statystycznej (112 vs 113 ms; p>0,05).

Wnioski: Nie zaobserwowano w perspektywie krótkoterminowej negatywnego wpływu ECT na oceniane parametry EKG oraz podstawowe wykładniki uszkodzenia mięśnia sercowego u pacjentów powyżej 40 r.ż.

Stosowanie neuroleptyków atypowych w populacji dziecięco młodzieżowej - konieczność czy wybór?

Natalia Pytlińska, Marta Tyszkiewicz-Nwafor, Natalia Lepczyńska, Agnieszka Słopień
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Poznań

Od około 20 lat obserwujemy stały wzrost wiedzy na temat zastosowania neuroleptyków atypowych (NA) nie tylko w leczeniu osób dorosłych, ale także w populacji dziecięco-młodzieżowej. Wiemy, że w tej grupie pacjentów są one skuteczne w leczeniu niektórych zaburzeń psychicznych, takich jak schizofrenia czy choroba afektywna dwubiegunowa. Jakkolwiek od kilku lat przedstawiane są dane z takich krajów jak Kanada, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Niemcy, Holandia, w których obserwuje się znaczny wzrost stosowania NA poza rejestracją w coraz to młodszej grupie wiekowej. Najczęściej przepisywane są pacjentom z rozpoznaniem zaburzeń aktywności i uwagi, zaburzeń zachowania, upośledzenia umysłowego, autyzmu, zaburzeń emocjonalnych, zaburzeń lękowych, tików, zaburzeń jedzenia czy nawet zaburzeń snu.

Celem naszego badania była wstępna ocena sytuacji w Polsce związana z powyżej określoną problematyką. W związku z tym dokonano analizy dokumentacji medycznej 78 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Poznaniu w latach 2013-2015.Ustalono które NA i jak długo były stosowane, w których rozpoznaniach klinicznych, jakie wystąpiły objawy niepożądane. Przeanalizowano także dane demograficzne pacjentów leczonych NA.

Najczęściej stosowanym NA był risperidon. U większości pacjentów nie stwierdzono objawów ubocznych po stosowaniu NA. Najczęściej NA stosowano w zaburzeniach psychotycznych i zaburzeniach zachowania. W świetle istniejących doniesień, jak i prezentowanych wyników wydaje się, że konieczne jest kontynuowanie badań dotyczących stosowania NA wśród dzieci i młodzieży. Powinny one obejmować nie tylko pacjentów hospitalizowanych, ale także tych leczonych ambulatoryjnie. Wobec wcześniejszych doniesień dotyczących wystąpienie poważnych objawów ubocznych, takich jak powikłania metaboliczne NA wskazane jest prowadzenie dalszych badań w tym zakresie.

Therapeutic equivalence of psychotropic drugs

Konrad Rokita[1], Grzegorz Cessak[2], Ewa Bałkowiec-Iskra[2]
[1]Szpital Nowowiejski, Warszawa
[2]Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej WUM, Warszawa

Introduction: Generic drugs currently available on the market meet the criteria of bioequivalence, that have been agreed upon by registration agencies all over the world. They allow treatment that is as effective and safe, as the one achieved with reference products. Lower prices of generic medicinal products are due to the reduced costs of obtaining the marketing authorization; and these drugs meet the same quality requirements as the reference products. Similarly to reference products, they are a subject to postmarketing surveillance of adverse drug reactions. However, despite regulatory declaration, switching from reference to generic drugs is often associated with concerns of healthcare providers about decreased treatment effectiveness or occurrence of adverse drug reactions. The aim of the present research was to retrospectively study therapeutic equivalence of selected reference and generic psychotropic drugs in patients treated in Nowowiejski Hospital.

Materials and methods: Medical histories of patients treated in Psychiatric Ambulatory in Nowowiejski Hospital (Warsaw, Poland) were analyzed. Therapeutic response was assessed in period of twelve months after the switch from reference or generic antipsychotics or antidepressants to the other generic. Included were only cases of patients in psychiatric stable state for the period of minimum two months.

Results: 720 medical histories were analyzed, identifying 140 cases fulfilling inclusion criteria. Only 9 adverse events were reported. This included: 3 cases of weight gain and single cases of hyperglycemia, hypercholesterolemia, akathisia, xerostomia in patients after olanzapine switch. Quetiapine switch caused weight gain in one patient. Only one adverse effect was observed after antidepressant switch – restlessness in patient treated with sertraline. No significant differences in clinical outcome was observed in patients after the switch. It indicates, that bioequivalent drugs are also therapeutically equivalent and can be used interchangeably.

Conclusions: Changes in efficacy and adverse effects of treatment with generic antipsychotic and antidepressive drugs are rare, however, as reasons for these rare phenomena remain unknown and impossible to predict in individual cases, a careful clinical patient monitoring should be performed during at least the first few weeks after the conversion.

Problem lojalności rodzinnej u dziecka w sytuacji rozstania rodziców a możliwości pracy terapeutycznej z zastosowaniem metody 'Sandplay Therapy'

Emilia Rutkowska[1], Magdalena Górska[2]
[1]Uniwersytet Szczeciński, Szczecin
[2]SPS ZOZ "Zdroje", Szczecin

Kryzys w rodzinie związany z rozstaniem się rodziców często u dzieci rodzi konflikt lojalności. Dzieci mogą czuć się wówczas stawiane w sytuacji wyboru (z kim mieszkać, po czyjej stronie konfliktu się wypowiedzieć itp.), który niezależnie od podjętej przez nie decyzji, może rodzić nasilone poczucie winy i "bycia nie w porządku" wobec jednego z rodziców. Radzenie sobie przez dziecko z kryzysem lojalności jest często jednym z emocjonalnych kosztów ponoszonych przez nie w sytuacji okołorozstaniowej.

Niniejsza prezentacja zawiera studium przypadku pracy z dzieckiem nad tematyką związaną z konfliktem lojalności wobec rodziców w sytuacji ich rozstania przy zastosowaniu metody Sandplay Therapy (Terapia w piaskownicy).

Technika terapeutyczna 'Mapa świata' a obraz rodziny u osób uzależnionych

Emilia Rutkowska, Joanna Bobowska
Uniwersytet Szczeciński, Szczecin

Celem wystąpienia będzie prezentacja techniki terapeutycznej: "Mapa świata" stosowanej w pracy z osobami uzależnionymi oraz przedstawienie studium przypadku, które będzie prezentowało zastosowanie tej techniki u pacjenta.

Technika "Mapa świata" jest półprojekcyjną techniką rysunkową, w ramach której pacjent zgodnie z kolejnymi etapami instrukcji przedstawia poszczególne elementy swojego zewnętrznego świata (miejsca, osoby itp), emocjonalne do nich ustosunkowania, sposób postrzegania ich roli w procesie zdrowienia. Dzięki zastosowaniu tej techniki uzyskujemy obraz systemu znaczeń osobistych pacjenta.

Jednym z elementów analizowanych w tej technice jest projekcyjny obraz rodziny i sposób jej postrzegania w szerszym świecie znaczeń osobistych.

Zaprezentowane studium przypadku będzie analizowane ze szczególnym uwzględnieniem obrazu rodziny uzyskiwanego w zastosowanej technice.

Poprawa funkcji poznawczych w procesie terapeutycznym jadłowstrętu psychicznego ze szczególnym uwzględnieniem Treningu Neuropoznania

Filip Rybakowski[1], Ewelina Wilkos[1], Katarzyna Biernacka[2], Małgorzata Starzomska[1], Katarzyna Kucharska[1]
[1]Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
[2]Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich, Garwolin

Metodologia: Pacjentki chorujące na jadłowstręt psychiczny (JP), hospitalizowane w Klinice Dzieci i Młodzieży oraz w Klinice Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, zostały poddane ocenie funkcji poznawczych przed oraz po hospitalizacji. Jednorazowej ocenie tych funkcji zostały również poddane osoby zdrowe (grupa kontrolna). Nasilenie objawów psychopatologicznych zostało ocenione przy użyciu wystandaryzowanych skal klinicznych. Po wstępnej diagnostyce i przeprowadzeniu pierwszego badania pacjenci wzięli udział w trzymiesięcznym programie rehabilitacyjnym obejmującym Trening Neuropoznania. Po zakończeniu treningu przeprowadzono u nich ponowną ocenę funkcji poznawczych oraz objawów klinicznych.

Opis badanej grupy: Badaniem zostały objęte osoby z rozpoznaniem JP (wg kryteriów ICD-10 i DSM-V) w przedziale wiekowym 14 – 40 lat (n=40). Były to osoby polskiego pochodzenia, praworęczne, niespokrewnione ze sobą, z wykształceniem co najmniej podstawowym oraz mieszczące się w normie intelektualnej. Kryteriami wykluczającymi z badania było: potwierdzenie organicznego uszkodzenia OUN, upośledzenie słuchu bądź wzroku (przy braku korekcji), zaburzenia w nadawaniu bądź rozumieniu mowy, współistnienie poważnych chorób somatycznych oraz występowanie zespołu uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Grupa kontrolna osób zdrowych (n=40) została rekrutowana spośród uczniów szkół publicznych.

Opis projektu badawczego: Celem projektu była ocena skuteczności TN w poprawie funkcji poznawczych w grupie osób chorych na JP. TN obejmował 10 sesji, trwających ok. 60 min., przeprowadzonych w okresie 10 tygodni (1x tyg.) przez psychologa/terapeutę. TN jest programem ukierunkowanym na poprawę funkcji poznawczych takich jak: uwaga (selektywność, podzielność, przerzutność), pamięć (zwłaszcza pamięć operacyjna), funkcje wzrokowo-przestrzenne, myślenie abstrakcyjne i holistyczne oraz funkcje wykonawcze związane z planowaniem, poznawczą elastycznością, rozwiązywaniem złożonych problemów. Ponadto Trening Neuropoznania może przyspieszać i utrwalać efekt psychoterapii przyczyniając się do ogólnej poprawy funkcjonowania. Powstał on na bazie terapii usprawniania poznawczego (Cognitive Remediation Therapy).

Wnioski: Wyniki badań wskazują na poprawę funkcji poznawczych, zarówno w wynikach testowych, jak i w ocenie samych pacjentów z JP po hospitalizacji. U pacjentów poprawie uległy umiejętności związane ze stylem poznawczym (meta-poznanie), zmniejszyła się sztywność poznawcza, poprawiła zdolność przełączania uwagi oraz elastyczność myślenia.

Krioterapia ogólnoustrojowa w leczeniu zaburzeń depresyjnych – doniesienie wstępne

Joanna Rymaszewska[1], Katarzyna Urbańska[1], Agnieszka Zabłocka[2], Tomasz Pawłowski[1], Bartłomiej Stańczykiewicz[1]
[1]Uniwersytet Medyczny, Wrocław
[2]Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN, Wrocław

Wprowadzenie: Od wielu lat trwają badania nad zastosowaniem krioterapii ogólnoustrojowej w leczeniu schorzeń somatycznych a nieliczne dotyczą zastosowania tej formy oddziaływania u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, m.in. w leczeniu depresji czy zaburzeń lękowych (Rymaszewska, 2003; Rymaszewska, 2008; Miller i in., 2011).

Celem badania jest ocena wpływu ekspozycji organizmu na skrajnie niskie temperatury stosowane w cyklu 10 zabiegów na przebieg leczenia osób z epizodem depresyjnym.

Materiał i metody: Uczestnikami badania są osoby z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych leczone farmakologicznie w trybie ambulatoryjnym. W ramach procedury badawczej, po uzyskaniu świadomej zgody i wykluczeniu przeciwwskazań do udziału w zabiegach, badani uczestniczą w 10 zabiegach (grupa eksperymentalna od -110 do - 160ºC, 2-3 min; grupa kontrolna -20 ºC, 2-3 min). Przed pierwszą sesją krioterapii (T1) i dwa tygodnie po ostatnim zabiegu (T4) jest przeprowadzane badanie psychiatryczne; przed pierwszym (T1) i po ostatnim zabiegu (T3) oceniane jest stężenie BDNF oraz TNF-α. Czterokrotnie (T1, T2, T3, T4) pacjent wypełnia skale samoopisowe dotyczące nastroju, odczuwania przyjemności (SHAPS, BDI Skala Satysfakcji Seksualnej), dwukrotnie oceny specjalisty (T1 i T4) (HAMD) oraz dodatkowo skale oceniające jakość życia (EQ-5D, WHOQoL-BREF, AIS).

Wyniki: Zaprezentowane zostaną pierwsze, wstępne wyniki trwającego projektu badawczego w grupie 20 chorych z porównaniem wybranych wskaźników stanu psychicznego oraz parametrów biologicznych w czterech punktach pomiarowych wraz z subiektywną oceną nasilenia objawów depresyjnych skonfrontowaną z obiektywną oceną lekarza psychiatry.

Wnioski: Oczekiwane wnioski z badania dotyczyć będą możliwości zastosowania krioterapii ogólnoustrojowej u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi jako potencjalnej biologicznej metody wspomagającej leczenie standardowe.

Badanie jest prowadzone we współpracy z firmą Creator sp. z o.o. w ramach projektu nr Pbmn 167.

Zespół poiniekcyjny związany ze stosowaniem olanzapiny o przedłużonym działaniu u pacjenta z rozp. schizofrenii paranoidalnej - opis przypadku

Katarzyna Sadowska, Monika Michalak, Adam Woźniak
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Leki przeciwpsychotyczne II generacji głównie w formie o przedłużonym działaniu są dobrym rozwiązaniem dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, nie współpracujących w leczeniu. Brak współpracy ze strony pacjenta polega na niestosowaniu się chorego do zaleceń lekarza w kwestii przyjmowania leku w zaleconej dawce i/lub w zalecony sposób. Podawanie iniekcji leku przeciwpsychotycznego raz na kilka tygodni nie gwarantuje pełnej współpracy chorego w leczeniu, jednak znacznie ją poprawia [1].

Olanzapina jest lekiem dobrze tolerowanym. Ryzyko wystąpienia objawów pozapiramidowych w trakcie leczenia jest niskie. Ograniczeniem stosowania leku jest ryzyko spowodowania zaburzeń metabolicznych i przyrostu masy ciała. Działania niepożądane olanzapiny w formie o przedłużonym działaniu (OLAI) są podobne jak leku w formie doustnej. Jedynym działaniem niepożądanym występującym wyłącznie przy podawaniu olanzapiny o przedłużonym działaniu jest zespół poiniekcyjny.

Zespół poiniekcyjny jest powikłaniem polegającym na szybkim rozwoju zaburzeń świadomości: zespołu majaczeniowego lub nadmiernej sedacji bezpośrednio po iniekcji [2]. Jest związany z nagłym wzrostem stężenia olanzapiny we krwi. Rozpowszechnienie zjawiska jest szacowane na ok. 0,07 % wszystkich iniekcji lub 1,4% pacjentów otrzymujących lek [3]. Ze względu na nasilone objawy, które mogą wystąpić w takiej sytuacji, po każdym wstrzyknięciu OLAI należy obserwować pacjenta przez co najmniej 3 godziny w warunkach placówki służby zdrowia [4].

Niniejsza praca jest opisem przypadku pacjenta z objawami zespołu poiniekcyjnego hospitalizowanego w maju 2015 r. 26 -letni pacjent leczony psychiatrycznie od 2010 z rozp. schizofrenii paranoidalnej, dotychczas 4x hospitalizowany psychiatrycznie. Wcześniej leczony m.in. risperidonem w formie o przedłużonym uwalnianiu, odstawionym z powodu niepełnej skuteczności, a następnie doustnie olanzapiną. Z uwagi na brak współpracy w leczeniu od 2 lat otrzymywał olanzapinę w formie o przedłużonym działaniu w skojarzeniu z arypiprazolem 15 mg/dobę. Od roku zwiększono dawkę OLAI z 405 mg co 4 tygodnie do 405 mg co 2 tygodnie (leczenie zostało ustalone przez lekarza PZP). Po zmianie formy leczenia poprawie uległo funkcjonowanie pacjenta (był aktywny zawodowo i rozpoczął studia), nie był hospitalizowany psychiatrycznie. Pacjent zgłaszał się systematycznie do poradni zdrowia psychicznego oraz do gabinetu zabiegowego celem podania leku. Dobrze tolerował leczenie i nie zgłaszał istotnych działań niepożądanych.

Pacjent został przyjęty do oddziału w trybie nagłym z powodu wystąpienia następujących objawów klinicznych w drugiej godzinie po podaniu iniekcji domięśniowej olanzapiny 405 mg: uczucie osłabienia, zawroty głowy, zaburzenia chodu, senność, zaburzenia mowy. Iniekcja była wykonana prawidłowo, zgodnie z zaleceniami producenta leku. Pacjent oddalił się z gabinetu zabiegowego w pierwszej godzinie od podania preparatu, bez konsultacji z personelem.

Do Izby Przyjęć został przywieziony przez matkę. Przy przyjęciu pozostawał w zachowanym, ale utrudnionym kontakcie, nadmiernie senny, wybudzał się tylko po bardzo głośnych pytaniach, po wybudzeniu odpowiadał pojedynczymi słowami, na temat. Mowa była niewyraźna, chwilami bełkotliwa. Pacjent był prawidłowo zorientowany co do własnej osoby, czasu, niedokładnie, co do miejsca i sytuacji. W oddziale monitorowano funkcje życiowe, które były prawidłowe; podawano dożylnie płyny infuzyjne. Wykluczono inne przyczyny zaburzeń świadomości. W drugiej dobie hospitalizacji objawy zespołu poiniekcyjnego całkowicie ustąpiły, pacjent był w dobrym logicznym kontakcie, ustąpiła nadmierna senność, nie ujawniał objawów wytwórczych. Deklarował zamiar kontynuacji leczenia olanzapiną w formie o przedłużonym działaniu. W czasie pobytu w klinice odstawiono arypiprazol, po 2 tygodniach pacjent otrzymał kolejną iniekcję OLAI w dawce 300 mg, po której nie obserwowano działań niepożądanych. Został wypisany ze szpitala w stabilnym stanie psychicznym, z zaleceniem dalszego leczenia w poradni zdrowia psychicznego.

Pacjent pozostaje pod opieką poradni, otrzymuje OLAI w dawce 300 mg co 2 tygodnie, nie obserwowano kolejnych incydentów zespołu poiniekcyjnego.

Literatura: 1. Jarema M., Wichniak A., Dudek D., Samochowiec J, Bieńkowski P., Rybakowski J.: Wskazówki do stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji o przedłużonym działaniu. Psychiatr. Pol. 2015; 49: 225-241; 2. Tafliński T.: Zespół poiniekcyjny – nic więcej niż przedawkowanie olanzapiny; 3. Detke H.C., McDonnell D.P., Brunner E. et al.: Post-injection delirium/sedation syndrome in patients with schizophrenia treated with olanzapine long-acting injection, I: analysis of cases. BMC Psychiatry 2010; 10: 43; 4.Zypadhera 405 mg. Charakterystyka Produktu Leczniczego http://leki.urpl.gov.pl/files/ZypAdhera.pdf

Retrospektywna ocena postaw rodzicielskich a płeć psychologiczna młodych dorosłych – doniesienia wstępne

Aleksandra Skiba[1], Leszek Putyński[1], Monika Talarowska[2]
[1]Wydział Nauk o Wychowaniu, Instytut Psychologii UŁ, Łódź
[2]Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Łódź

Wstęp: Badania prowadzone na temat wpływu postaw rodzicielskich na kształtowanie się płci psychologicznej są rzadkie. Postanowiono przeprowadzić je w warunkach polskich na grupie młodych dorosłych oraz wykorzystać do nich narzędzia psychometryczne, które jeszcze nie były zastosowane w badaniu tych zależności.

Cel: Celem pracy jest ustalenie zależności między postawami rodzicielskimi a poczuciem płci psychologicznej u młodych dorosłych.

Materiał i metody: W badaniach posłużono się metodą kwestionariuszową. Analizy wyników dokonano na grupie 225 młodych dorosłych (113 kobiet i 112 mężczyzn) w przedziale wiekowym 21-30 lat. Do oceny postaw rodzicielskich wykorzystano dane pochodzące z Kwestionariusza Stosunków między Rodzicami a Dziećmi (PCR III) A. Roe i M. Siegelmana. Płeć psychologiczna została określona na podstawie Skali Męskości i Kobiecości (SMIK) w opracowaniu A. Lipińskiej-Grobelny i K. Gorczyckiej.

Wyniki: Stwierdzono istotne statystycznie zależności między postawami rodzicielskimi a płcią psychologiczną.

Osoby o kobiecej płci psychologicznej oceniają postawy swoich matek jako bardziej kochające (p=0,016) i mniej odrzucające (p=0,026) niż osoby o męskiej płci psychologicznej. Osoby o kobiecej płci psychologicznej oceniają postawy swoich matek jako bardziej ochraniające niż osoby o niezróżnicowanej płci psychologicznej (p=0,002). Osoby o kobiecej płci psychologicznej oceniają postawy swoich ojców jako bardziej kochające niż osoby o niezróżnicowanej płci psychologicznej (p=0,022).

Wnioski: Matka i ojciec są pierwszymi wzorcami kobiecości i męskości w życiu dziecka. Rozwój tożsamości płci wynika

z kontekstu rodzinnego i jest uzależniony od wychowania. Postawy rodzicielskie mogą być jednym z czynników wpływających na naukę zachowań związanych z konkretną płcią i kształtować płeć psychologiczną.

Rozpowszechnienie polimorfizmu -582A>G genu HAMP u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD)

Karolina Skonieczna-Żydecka[1], Izabela Gorzkowska[2], Krzysztof Borecki[1], Radosław Sroka[3], Bartosz Rudnicki[4], Hanna Wiśniewska[4], Tomasz Nogal[4], Izabela Uzar[5], Patrycja Szachta[6], Iwona Ignyś[7], Grażyna Adler[1]

[1]Samodzielna Pracownia Gerontobiologii PUM, Szczecin
[2]Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin
[3]Wydział Kultury Fizycznej i Promocji Zdrowia US, Szczecin
[4]Koło Naukowe Samodzielnej Pracowni Gerontobiologii PUM, Szczecin
[5]Zakład Farmakologii Ogólnej i Farmakoekonomiki PUM, Szczecin
[6]Centrum Medyczne Vitaimmun, Poznań
[7]Klinika Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych UM, Poznań

Wprowadzenie i cel pracy: Hepcydyna, kodowana przez gen HAMP zlokalizowany na chromosomie 19q13. jest przeciwbakteryjnym białkiem regulującym ogólnoustrojową gospodarkę żelazem i mediatorem niedokrwistości w przebiegu stanów zapalnych. Wśród chorych z autyzmem stwierdzono wysoki odsetek osób z niedoborem żelaza oraz towarzyszącą anemią. W ostatnim czasie, badania wykazały istnienie związku pomiędzy obniżonym stężeniem żelaza, a opóźnieniem rozwoju psychoruchowego i upośledzeniem umysłowym dzieci. Wskazuje się również, że brak tego pierwiastka ponad trzykrotnie podwyższa ryzyko rozwoju ASD oraz koresponduje z zaburzeniami zachowania i zdolności poznawczych u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Celem pracy było porównanie częstości występowania polimorfizmu -582G>A genu HAMP w grupie dzieci z ASD do osób z grupy referencyjnej.

Materiały i metody: Grupę badaną stanowiło 58 osób z klinicznym rozpoznaniem ASD (48 chłopców i 10 dziewczynek, odpowiednio 82.8% i 17.2%). Średni wiek badanych wynosił 8.2±4.5 lat.Genomowy DNA wyizolowano z wymazów pobranych z wewnętrznej strony policzka przy wykorzystaniu komercyjnych zestawów do izolacji. Identyfikację polimorfizmu -582A>G genu HAMP przeprowadzono metodą Real-Time PCR przy wykorzystaniu technologii TaqMan. Analizę częstości występowania polimorfizmu -582A>G genu HAMP przeprowadzono w odniesieniu do grupy referencyjnej (n=112) w oparciu bazę danych HapMap (www.hapmap.org).

Wyniki: Częstość występowania genotypów polimorfizmu -582A>G genu HAMP w badanej grupie była następująca: AA: 62.1% (n=36), AG: 31.0% (n=18), GG: 6.9% (n=4). Allele A i G występowały z częstością, odpowiednio: 77.6% i 22.4%. Rozkład genotypów polimorfizmu -582A>G genu HAMP był zgodny z prawem Hardy'ego-Weinberga ($\chi2$ =0.67, p=0.41). Nie zaobserwowano różnic w rozpowszechnieniu badanego polimorfizmu pomiędzy grupą badaną a grupą referencyjną ($\chi2$ =2.0, p=0.37).

Wnioski: Częstość występowania polimorfizmu -582A>G genu HAMP u osób z ASD nie różni się w sposób statystycznie istotny w porównaniu do grupy referencyjnej.

Rola Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w sprawach dotyczących oskarżeń lekarzy psychiatrów przez pacjentów z powództwa cywilnego

Marek Stankiewicz[1], Lidia Smyk[2], Natalia Wygnał[3]
[1]Klinka Psychiatrii UM, Choroszcz
[2]Samodzielny Publiczny Psychiatryczny ZOZ, Choroszcz
[3]Klinika Chorób Psychicznych UM, Choroszcz

W ostatnim okresie do różnych gremiów medycznych m.in. Naczelnej Rady Lekarskiej, Prezesa Zarządu PTP, Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii docierały informacje o trudnościach w ułożeniu wzajemnej współpracy lekarzy psychiatrów z rzecznikami praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Takie spory wystąpiły m.in. w Radomiu, Bolesławcu, Dębicy, Kościanie, Rybniku. Dotyczyły one m.in. różnic w interpretacjach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz roli jaką w ochronie praw pacjenta ma do odegrania rzecznik praw pacjenta. Lekarze psychiatrzy, wymienionych ośrodków, w wystąpieniach do NRL oraz Prezesa PTP wskazywali na nadużywaniu uprawnień przez RPP (Rzecznika Praw Pacjenta) i działanie poza zakresem przyznanych kompetencji.

Opis przypadku. Opisano przypadek „nietypowej" współpracy R.P.P.Szp.Psych. z psychiatrami. Tłem była skarga osoby z rodziny pacjenta na funkcjonowanie Oddziału Psychiatrycznego oraz„ niewłaściwe" zachowanie psychiatry, który odmówił wydania zaświadczenia o leczeniu w szpitalu dla celów sądowych. Okoliczności podjęcia współpracy z R.P.P. Szp.Psych. Mając na uwadze dobro pacjentki w rozumieniu ustawy oraz zasad etyki lekarskiej, z uwagi także na sprzeczne informacje o powodach hospitalizacji (możliwa próba samobójcza, nakłanianie do spożycia alkoholu i dosypanie środków psychotropowych przez trzecie osoby, podejrzenie krótkotrwałej reakcji urojeniowej w związku spożyciem alkoholu, itp.) psychiatra zwrócił się z prośbą do R. P. P. Szp.Psych. o uczestnictwo w rozmowie z rodziną pacjentki. W ocenie psychiatry leczącego obecność R. P.P. Szp. Psych. mogła przyczynić się do polepszenia współpracy z rodziną, zapewnienia przestrzegania praw pacjentki na oddziale psychiatrycznym oraz zapewnić obiektywną ocenę zaistniałej sytuacji. Wysłana została pisemna prośba do rodziny-partnera pacjentki o spotkanie, które zostało przez niego odebrane po kilku dniach. Partner pacjentki nie przyjechał na rozmowę i nie nawiązał żadnego innego kontaktu z lekarzem prowadzącym. Po 2 tygodniach od podjęcia leczenia pacjentki, partner złożył skargi na okoliczność zabrania dowodu osobistego, niewydania zaświadczenia o pobycie pacjentki KA dla Sądu, z oskarżeniem o żądanie łapówki za wydanie zaświadczenia przez lekarza prowadzącego oraz na niewłaściwe funkcjonowanie Oddziału Psychiatrycznego. Skargi wpłynęły m.in. do Okręgowej Izby Lekarskiej, Dyrekcji Szpitala, Biura Rzecznika Praw Pacjenta, Wojewody. Pacjentka jak i jej partner w czasie zaistnienia w/w zdarzenia mieli założone przez Policję niebieskie karty i byli pod nadzorem kuratora. R. P. P. Szp. Psych. po uzyskaniu wyjaśnień zarówno od lekarza psychiatry oraz po zapoznaniu się z pozwem Sądowym w sprawie o niewydanie zaświadczenia wyraził zgodę na powołanie go na świadka w sprawie. Na świadków w sprawie wnioskowano także policjanta z zespołu interwencyjnego, pielęgniarkę pełniącą dyżur odcinkowy. Sąd nie wyraził zgody na odtajnienie danych zawartych w historii choroby. W odpowiedzi na pisma -OIL w Białymstoku stwierdziła,, że skarga jest bezzasadna." Z rozmów z Dyrekcją wynikało, że partner pacjentki wielokrotnie składał bezzasadne skargi na pracowników szpitala i może być osobą roszczeniową. W odpowiedzi na zaskarżenie psychiatry – Sąd Rejonowy i Okręgowy oddalił pozew. Uzasadnienie wyroku sądowego:

„..Stosownie do treści art. 13 ustawy z 6 listopada 2008roku o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. nr 159/2012 roku z późn.zm/), pacjent ma prawo do zachowania tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny,

w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Natomiast zgodnie z art. 14 ust. 1 powołanej ustawy, w celu realizacji prawa, o którym mowa w art.13, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. Wskazać przy tym należy, że poufny charakter informacji (wiadomości) składają się dwa elementy: ograniczony krąg osób wtajemniczonych i zakaz ujawniania informacji."

„..Biorąc powyższe pod uwagę Sąd uznał, iż pozwany nie odmówił powodowi wydania zaświadczenia, a jego zachowanie polegające na zażądaniu okazania przez powoda dowodu osobistego w przedstawionych powyżej okolicznościach uznać należy za racjonalne. W ocenie Sądu pozwany, wbrew stanowisku powoda, nie kierował się chęcią pozbawienia go dokumentu potwierdzającego tożsamość, ale koniecznością ustalenia danych osoby, której miały zostać udzielone informacje objęte tajemnicą i której miało być wydane zaświadczenie dotyczące stanu zdrowia.. "

Wnioski: 1. W szpitalach psychiatrycznych współpraca lekarzy z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (R.P.P.Szp.Psych.) układa się różnie z uwagi na różne doświadczenia zawodowe i merytoryczne przygotowanie rzeczników do pracy z pacjentem i psychiatrą; 2. Psychiatrzy akcentują nadużywanie uprawnień przez niektórych R.P.P. Szp.Psych. w nielicznych Oddziałach Psychiatrycznych kraju, polegające na działaniach poza zakresem przysługujących kompetencji; 3. Dobra współpraca pomiędzy psychiatrą, a R.P.P. Szp.Psych. może być niejednokrotnie wsparciem dla lekarzy w sprawach sądowych w przypadkach oskarżeń psychiatrów przez pacjentów; 4. W sprawach sądowych przekazywanie korespondencji i innych dokumentów na oddziałach psychiatrycznych zgodnie z kompetencjami odgrywa istotną rolę.

Czynniki warunkujące funkcjonowanie społeczne osób chorujących na schizofrenię ze szczególnym uwzględnieniem poznania społecznego

Ewa Stelmach[1], Hanna Karakuła-Juchnowicz[2], Justyna Morylowska-Topolska[3], Paweł Krukow[3], Anna Urbańska[4], Joanna Kalinowska[1], Agnieszka Kowal-Popczak[5]

[1]I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji, Lublin
[2]I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji i Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej UM, Lublin
[3]Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej, Lublin
[4]II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej, Lublin
[5]Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego UM, Lublin

Wstęp: W ostatnich latach cele w obszarze diagnozy i terapii schizofrenii przesunęły się od redukcji symptomatologii do poprawy funkcjonowania społecznego. Wyniki badań dowodzą, iż chorzy na schizofrenię zgłaszają wiele problemów związanych z funkcjonowaniem społecznym. Ważnymi czynnikami warunkującymi prawidłowy poziom funkcjonowania społecznego w schizofrenii są funkcje związane z poznaniem społecznym, w skład którego wchodzą cztery specyficzne domeny: Teoria Umysłu, style atrybucji, rozpoznawanie emocji oraz postrzeganie społeczne.

Cel: Celem badania było poszukiwanie czynników związanych z poziomem funkcjonowania społecznego osób chorujących na schizofrenię.

Grupa badana: Badaniem zostało objętych 60 pacjentów (37 mężczyzn i 23 kobiety) z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej w wieku od 18 do 60 lat. Badanie wykonywano jednorazowo podczas wizyty ambulatoryjnej po okresie minimum 6 miesięcy od zakończenia leczenia szpitalnego.

Metody: W przeprowadzonym badaniu zastosowano zestaw narzędzi badawczych, w skład którego weszły: Kwestionariusz socjodemograficzny, Skala Zespołu Pozytywnego i Negatywnego PANSS, Test „Twarze" FACS, Skala Przystosowania Przedchorobowego SPP, Skala Funkcjonowania Społecznego SFS, Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych WAIS-R.

Wyniki: W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, iż poziom funkcjonowania społecznego pacjentów ze schizofrenią był niższy w porównaniu do osób zdrowych i wiązał się z czynnikami: I. socjodemograficznymi tj. wiek, płeć, poziom wykształcenia, aktywność zawodowa, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna, II. czynnikami związanymi z przebiegiem choroby tj. długość trwania choroby, długość okresu nieleczonej psychozy, liczba nawrotów i hospitalizacji, występowanie prób samobójczych w przeszłości oraz III. czynnikami klinicznymi tj. przystosowanie przedchorobowe, osiągnięcie remisji klinicznej, rodzaj i nasilenie objawów psychopatologicznych oraz zdolność rozpoznawania emocji. W celu odpowiedzi na pytanie, które zmienne w sposób nieredundantny pozwalają przewidywać ogólny wynik w Skali Funkcjonowania Społecznego zastosowano hierarchiczną analizę regresji.

Wyniki przeprowadzonej regresji hierarchicznej umożliwiły konstrukcję pięcioczynnikowego modelu wyjaśniającego 42,1% zmienności w zakresie funkcjonowania społecznego. W skład modelu weszły, w kolejności siły wyjaśniania wariancji, następujące czynniki: rozpoznawanie emocji na podstawie wyrazu twarzy (14,2 %), poziom przystosowania przedchorobowego w okresie późnego dojrzewania (9,1 %), posiadanie zatrudnienia (7,1 %), długość trwania choroby (5,9 %), osiągnięcie remisji klinicznej (5,8 %).

Wnioski: 1. Najsilniejszym predyktorem funkcjonowania społecznego wśród badanych zmiennych okazała się zdolność rozpoznawania emocji na podstawie wyrazu twarzy; 2. Zaproponowany model wyjaśniał jedynie 42,1% zmienności w zakresie funkcjonowania społecznego, dlatego istnieje potrzeba dalszych badań w tym zakresie, obejmujących większą grupę osób chorujących na schizofrenię oraz uwzględniających inne czynniki, mogące potencjalnie wiązać się z poziomem funkcjonowania społecznego tj. korzystanie z różnych form opieki środowiskowej, a także wsparcie społeczne i rodzinne.

Kontekst psychologiczny wskazań do konsultacji seksuologicznej u kobiet po mastektomii

Joanna Streb[1], Marcin Jabłoński[2], Agnieszka Słowik[1], Robert Jach[3], Dorota Babczyk[1], Aleksandra Góral[4], Magdalena Pęczek[4]

[1]Klinika Onkologii Collegium Medicum UJ, Kraków
[2]Instytut Psychologii Akademii Ignatianum, Kraków
[3]Klinika Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum UJ, Kraków
[4]Sekcja Psychoonkologii Studenckiego Koła Naukowego Akademii Ignatianum, Kraków

Badaniem objęto 42 pacjentki z rozpoznaniem raka piersi, u których 3 miesiące wcześniej wykonano mastektomię ze wskazań onkologicznych. W 3 miesiącu po zabiegu przeprowadzono badanie polską wersją kwestionariusza PL-FSFI badającego różne wymiary funkcjonowania seksualnego kobiet, w tym podstawowe obszary emocjonalne i fizjologiczne kontaktu seksualnego: pożądanie, podniecenie, lubrykację, przeżywanie orgazmu,

zadowolenie z relacji emocjonalnej i seksualnej z partnerem, oraz o dolegliwości bólowe w trakcie stosunku waginalnego. Uzyskane dane z kwestionariusza PL-FSFI korelowano z danymi medycznymi m.in. dotyczącymi rozległości zabiegu, rekonstrukcji piersi, wskaźnikami jakości życia oraz ogólnego stanu sprawności i dolegliwości somatycznych związanych z zabiegiem, mierzonych skalami EORTC QLQ-C30 oraz QLQ-BR-23. Uzyskane wyniki w zakresie satysfakcji seksualnej (PL-FSFI) porównywano z grupą kontrolną. Wnioski z badania mają służyć określeniu wskazań do konsultacji seksuologicznej w grupie kobiet po mastectomii.

Łuszczyca i stres – rola osi podwzgórze-przysadka-nadnercza

Julia Suwalska[1], Dorota Łojko[2], Marta Szczygieł[3], Magdalena Zdanowicz[3], Aleksandra Suwalska[3]

[1]Studenckie Koło Neuropsychiatryczne Neuroscience Katedra Psychiatrii UM, Poznań

[2]Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Poznań

[3]Pracownia Neuropsychobiologii, Katedra Psychiatrii UM, Poznań

Łuszczyca wpływa istotnie na funkcjonowanie, codzienne czynności, wiąże się ze stygmatyzacją, powoduje stres psychologiczny. Stres z kolei stanowi czynnik zaostrzający przebieg łuszczycy. Interakcje łuszczycy i stresu i zaburzeń psychicznych stanowią przedmiot zainteresowania i specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego. Badania nad rolą stresu w nasileniu zmian skórnych oparte są głównie na relacjach pacjentów, niewiele jest badań eksperymentalnych nad związkiem łuszczycy i ekspozycji na stres. W badaniach prospektywnych stwierdzono, że okresy znacznego stresu wywierają modyfikujący wpływ na przebieg łuszczycy, w następnym miesiącu następuje zwiększenie wyniku Psoriasis Area and Severity Index (PASI) oraz świądu. Mediatorem interakcji między stresem i chorobą skóry może być oś podwzgórze-przysadka- nadnercza, u pacjentów z przewlekłymi chorobami zapalnymi obserwuje się jej dysregulację. Badania stresu wywołanego eksperymentalnie wskazują, że stężenie kortyzolu u pacjentów z łuszczycą w trakcie zadania wystąpienia publicznego wzrasta istotnie bardziej niż u zdrowych osób z grupy kontrolnej. W innym badaniu u pacjentów z łuszczycą, którzy we własnej ocenie mieli wysoką reaktywność na stres stwierdzono niższe stężenia kortyzolu przed i po stresowym zadaniu w porównaniu z pacjentami, którzy nie uważali się za szczególnie podatnych na stres. To osłabienie aktywności osi stresowej może przyczyniać się do przewlekłego stanu zapalnego w łuszczycy, jak i w innych przewlekłych chorobach zapalnych. Wskazuje się, że interwencje psychologiczne, np. trening radzenia sobie ze stresem nakierowane na zmniejszenie stresu mogą wywierać pozytywny wpływ na odpowiedź osi HPA, przebieg łuszczycy i jakość życia pacjentów. Mogłyby zatem stanowić cenne leczenie wspomagające, jednak pacjenci z łuszczycą rzadko są kierowani przez dermatologów do psychologa.

Depresja u chorych na cukrzycę

Aleksandra Suwalska[1], Aleksandra Araszkiewicz[2], Ewa Jakubowska[3], Maciej Chudziński[3], Anna Duda-Sobczak[2], Dorota Łojko[4], Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz[2]

[1]Pracownia Neuropsychobiologii, Katedra Psychiatrii UM, Poznań

[2]Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii UM, Poznań

[3]Studenckie Koło Naukowe Neuropsychiatrii „Neuroscience" Katedry Psychiatrii UM, Poznań

[4]Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Poznań

Wstęp: Depresja występuje znacznie częściej u osób z chorobami przewlekłymi, w tym z cukrzycą. Współchorobowość depresji i cukrzycy związana jest ze złożonymi reakcjami między czynnikami biologicznymi a psychospołecznymi, i może skutkować pogorszeniem funkcjonowania chorego i przebiegu cukrzycy.

Prezentowane wyniki stanowią część badań prowadzonych we współpracy Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii oraz Pracowni Neuropsychobiologii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im K. Marcinkowskiego w Poznaniu mających na celu określenie częstości występowania i nasilenia objawów depresyjnych i dysfunkcji neurokognitywnych u pacjentów z cukrzycą typu 1.

Cel badania: Celem badania była ocena częstości występowania depresji u chorych na cukrzycę typu 1 oraz związku nasilenia objawów depresyjnych i wykładników wyrównania metabolicznego cukrzycy, polineuropatii i powikłań naczyniowych.

Materiał i metoda: Badaniami objęto grupę 69 pacjentów (34 mężczyzn, 35 kobiet; średni wiek 35,8±11,4 lat; średni czas trwania cukrzycy 18,0±10,9 lat) hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych i Diabetologii UM w Poznaniu. Nasilenie objawów depresji oceniono za pomocą Inwentarza Depresji Becka. Przeprowadzono ocenę masy ciała, BMI, procentowej zawartość tkanki tłuszczowej. wartości hemoglobiny glikowanej (HbA1c), profilu lipidowego, stężenia kreatyniny. Przeprowadzono ocenę zawartości zaawansowanych produktów glikacji białek w skórze oraz badanie przewodnictwa elektrochemicznego skóry (ESC) mierzonego za pomocą SUDOSCAN+ na dłoniach oraz na stopach z wyliczeniem szacowanego wskaźnika Ryzyka Neuropatii Autonomicznej (RNA). Badanie ESC jest metodą oceny funkcji potowydzielniczej, co pośrednio pozwala na rozpoznanie neuropatii włókien cienkich w cukrzycy. Oceniono występowanie przewlekłych powikłań cukrzycy – neuropatii obwodowej i autonomicznej, retinopatii cukrzycowej oraz cukrzycowej choroby nerek.

Wyniki: U piętnastu badanych (21,7%) stwierdzono objawy depresji (nasilenie objawów w skali Becka powyżej 11 punktów). Badani z objawami depresji byli starsi, mieli dłuższy czas trwania cukrzycy, mieli większą zawartość procentową tkanki tłuszczowej oraz wyższy szacowany wskaźnik Ryzyka Neuropatii Autonomicznej. Neuropatię obwodową stwierdzono ponad dwukrotnie częściej u pacjentów z objawami depresji (26,7% vs. 11,6%). Obserwowano również związek nasilenia objawów depresji oraz przewodnictwa elektrochemicznego skóry (ESC) mierzonego za pomocą SUDOSCAN+ na dłoniach oraz na stopach (współczynnik korelacji Spearmana rho odpowiednio -0,33 i -0,37, $p<0,05$) i szacowanego wskaźnika Ryzyka Neuropatii Autonomicznej (RNA) (rho=0,32, $p<0,05$)

Wnioski: Wyniki badań wskazują na znaczną częstość objawów depresyjnych wśród pacjentów z cukrzycą i sugerują celowość badań przesiewowych w kierunku depresji, zwłaszcza u pacjentów z ryzykiem i rozpoznaniem neuropatii cukrzycowej.

Opinie studentów medycyny na temat depresji i dyskryminacji z powodu depresji

Julia Suwalska[1], Dorota Łojko[2], Sylwia Lukasik[3], Krystyna Górna[4], Aleksandra Suwalska[5]
[1]Studenckie Koło Neuropsychiatryczne „Neuroscience", Katedra Psychiatrii UM, Poznan
[2]Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Poznań
[3]Zakład Biologii Ewolucyjnej Człowieka, Instytut Antropologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznan
[4]Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego, Katedra Pielęgniarstwa UM, Poznan
[5]Klinika Psychiatrii Dorosłych; Pracownia Neuropsychobiologii, Katedra Psychiatrii UM, Poznan

Wstęp: Studenci medycyny częściej niż w populacji ogólnej mają depresję i inne zaburzenia psychiczne, a ich jakość życia jest niższa niż u innych osób w ich wieku. Celem badania była ocena wiedzy studentów medycyny o depresji i jej objawach oraz analiza przekonań i obaw studentów dotyczących prawdopodobieństwa dyskryminacji z powodu depresji.

Metoda: W badaniu udział wzięło 127 studentów I roku i 117 studentów IV roku medycyny Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Studenci, którzy brali udział w badaniu byli przed kursem psychiatrii. W badaniu wykorzystano kwestionariusz International Depression Literacy Survey (IDLS) I. Hickiego.

Wyniki: Ponad połowa badanych szukała informacji o depresji, z czego w Internecie – 86%, jedna trzecia czytała książki lub magazyny o zdrowiu, co piąty wiedzę czerpał z radia lub telewizji, jedynie co dziesiąty ankietowany szukał informacji u psychiatry lub lekarza rodzinnego. Jako najbardziej typowe dla osób z depresją wymieniano najczęściej myślenie: „życie nie ma sensu" (59%). Najczęstsze odpowiedzi na pytanie, co jest najbardziej prawdopodobne, że stanie się z osobą z depresją brzmiały „myśli lub zachowania samobójcze" (studenci I roku) lub „przestanie wychodzić z domu" (studenci IV roku).

W razie zachorowania na depresję ponad 60% ankietowanych uważało, że mogliby doświadczyć dyskryminacji ze strony pracodawcy. Drugim częstym źródłem dyskryminacji (57%) byli inni ludzie, których ankietowani dobrze nie znają, a następnie banki i firmy ubezpieczeniowe (41%). Z wymienionych możliwości studenci za najmniej prawdopodobne uznali doświadczanie dyskryminacji od swojego lekarza (12%) i szpitala (14% ankietowanych). Co piąty student odpowiedział, że mógłby doświadczyć dyskryminacji ze strony rodziny lub przyjaciół.

Wnioski: Wyniki badania wskazują na niedostateczną wiedzę studentów medycyny na temat depresji, wymieniają oni głównie objawy ciężkiej depresji, co wiąże się z ryzykiem nierozpoznania łagodnej lub umiarkowanej depresji. Ankietowani wykazywali obawy przed dyskryminacją z powodu depresji, zwłaszcza przez pracodawcę, co może potencjalnie stanowić przeszkodę w poszukiwaniu pomocy w razie zachorowania.

Samobójstwa w Polsce. Białe plamy na czarnym tle

Tomasz Szafrański
Kwartalnik Psychiatra, Warszawa

Polska należy do krajów o wysokim i wykazującym tendencję wzrostową wskaźniku samobójstw. W wielu krajach Europy wskaźniki samobójstw spadły, albo udało się zahamować ich wzrost. Przyczyniły się do tego działania z zakresu profilaktyki i prewencji samobójstw w tym realizacja Narodowych Programów Zapobiegania Samobójstwom. W Polsce taki program pozostał na razie „na papierze" (W.A. Brodniak - Ramowy Program Zapobiegania Samobójstwom w Polsce na lata 2012-2015).

Skuteczne działania profilaktyczne powinny być oparte na rzetelnej informacji epidemiologicznej, wiedzy o czynnikach ryzyka i czynnikach protekcyjnych.

Czy dysponujemy taką informacją dotyczącą aktualnej sytuacji w naszym kraju?

Najprawdopodobniej liczba samobójstw w Polsce jest nieoszacowana – zarówno chodzi o liczbę całkowitą jak i iczbę samobójstw wśród kobiet (na przykład w 2009 roku stosunek dokonanych samobójstw mężczyzn do kobiet wynosił 7:1 i był jednym z najwyższych na świecie – przypuszczalnie część samobójstw kobiet jest odnotowywana w kategoriach „resztkowych" innych przyczyn zgonu).

Wykaz samobójstw GUS i Policji nie pokrywa się ze sobą. Dane Policji są dostępne relatywnie szybko, dane GUS z istotnym opóźnieniem. Wprawdzie liczba samobójstw podawana przez statystyki Policji była jak dotąd niższa niż dane GUS, ale nie wiadomo jaki odsetek osób popełniających samobójstwo raportowanych przez Policję ma taką samą przyczynę zgonu zarejestrowaną przez GUS. W 2013 nastąpiła zmiana sposobu gromadzenia i generowania danych statystycznych przez Policję w wyniku czego nastąpił wzrost liczby raportowanych samobójstw w statystykach KG Policji. Został on mylnie zinterpretowany jako rzeczywisty skokowy wzrost samobójstw w Polsce i był w taki sposób szeroko relacjonowany w mediach, niestety ten błąd interpretacyjny był i jest powielany.

Dysponujemy jedynie fragmentaryczną wiedzę na temat prób samobójczych i zamierzonych samouszkodzeń, dane statystyczne Policji podają rejestrują małą liczbę prób samobójczych, lekarze nie kodują tych zdarzeń w dokumentacji medycznej (chociaż powinni).

Prawdopodobnie znaczący odsetek osób po próbie samobójczej nie jest konsultowana przez psychiatrę lub psychologa i nie jest objęta żadnymi działaniami z zakresu "prewencji wtórnej".

Nie mamy aktualnych danych, które pokazują „drogę" osoby, która podjęła próbę samobójczą lub dokonała samobójstwa. Wiedza o wcześniejszych kontaktach z POZ, izbą przyjęć szpitala, PZP, Poradnią leczenia uzależnień, poradnią psychologiczną, Ośrodkiem Pomocy Społecznej jest niezbędna do opracowania efektywnych strategii profilaktycznych (czyli gdzie, wobec jakich grup docelowych mają być realizowane).

Poster prezentuje informacje na temat samobójstw w Polsce w zestawieniu z danymi badania epidemiologicznego EZOP. „Czarne" statystyki samobójstw zostały opatrzone opisem „białych plam" – obszarów wymagających badań i uzupełnienia naszej wiedzy.

'Czarne Fale - lekcje o depresji' Program profilaktyczny dla młodzieży wykorzystujący komiks

Katarzyna Szaulińska[1], Krzysztof Ostaszewski[2], Lidia Popek[3], Tomasz Szafrański[4]
[1]III Klinika Psychiatrii, IPiN Warszawa
[2]Zakład Zdrowia Publi Młodzieżowej "Pro-M". IPiN Warszawa
[3]Klinika Dzieci i Młodzieży, IPiN Warszawa
[4]Fundacja "Syntonia", Warszawa

Depresja jest rozpoznawana u około 2,8% dzieci poniżej 13 roku i u około 5,7% młodzieży powyżej 13 r.ż. W badaniach ankietowych stwierdzono, że objawy depresyjne występują u 20-33% młodzieży w Polsce. Objawy depresyjne wpływają negatywnie na relacje i funkcjonowanie, zwiększają ryzyko samouszkodzeń

i prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży. Programy profilaktyczne mogą przyczyniać się do ograniczenia częstości występowania objawów depresji, a także do wczesnej identyfikacji osób zagrożonych i skłaniać ich do poszukiwania profesjonalnej pomocy. W pracy profilaktycznej z młodzieżą kluczową kwestią jest wybór efektywnych środków przekazu. Komiks jako medium nowoczesne, łączące tekst i obraz w przystępnej formie przekazuje wiedzę w formie atrakcyjnej dla młodego odbiorcy.

Prezentujemy program nakierowany na profilaktykę i wczesną interwencję w depresji, oparty o komiks "Czarne Fale". Komiks opowiada historię chłopca chorującego na depresję, przybliżając w ten sposób objawy i metody leczenia depresji. Komiks przybliża sposób pracy psychiatry i psychologa, pokazuje na czym polega terapia, pomaga również zmniejszyć obawy związane z przyjmowaniem leków przeciwdepresyjnych. Zajęcia warsztatowe umożliwiają młodzieży bezpośredni kontakt z psychiatrą i psychologiem, tym samym pomagają rozwiać obawy dotyczące specyfiki leczenia psychiatrycznego i znaleźć odpowiedzi na pytania powstałe w trakcie lektury komiksu.

Pilotaż programu był realizowany w roku 2015 w pięciu warszawskich gimnazjach, wśród uczniów III klas. Przedstawimy pilotażowe wyniki wdrażania i recepcji programu

Interwencje fizjoterapeutyczne w procesie leczniczym zaburzeń depresyjnych: dlaczego warto budować interdyscyplinarny zespół terapeutyczny

Anna Szczegielniak[1], Jan Szczegielniak[2]
[1]Wydział Lekarski SUM w Katowicach, Katowice
[2]Politechnika Opolska, Opole

W czerwcu 2015 roku International Organization of the Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH), będąca oficjalną sekcją World Conferedaration for Physical therapy (WCPT), zaproponowała nową definicję fizjoterapii w obszarze zdrowia psychicznego. Jako odrębna specjalność, ma się ona skupiać na zintegrowanych, dopasowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta psychiatrycznego działaniach w zakresie promocji zdrowia, prewencji pierwotnej i wtórnej, terapii oraz następczej rehabilitacji, niezależnie od wieku chorego, schorzenia podstawowego, ani miejsca prowadzenia procesu leczniczego. Jej celem jest stworzenie relacji terapeutycznej, która umożliwi pacjentowi optymalizację samopoczucia, wypracowanie świadomości ciała oraz ruchu, zrozumienie sieci zależności pomiędzy sprawnością fizyczną i zdrowiem psychicznym, a w konsekwencji osiągnięcie możliwie najwyższego poziomu funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. Interwencje fizjoterapeutyczne w obszarze zdrowia psychicznego odgrywają kluczową rolę w procesie terapeutycznym, a obecność fizjoterapeuty w interdyscyplinarnym zespole opieki psychiatrycznej wydaje się przez to być konieczna.

Fizjoterapeuci posiadają niezbędną wiedzę i umiejętności, aby wspierać indywidualny rozwój pacjenta psychiatrycznego, uzupełniając podstawowy proces leczniczy i zapewniając holistyczne podejście do problemów osoby leczonej. Specjalnie zaprojektowane programy terapeutyczne, zawierające różne elementy kinezyterapii, fizykoterapii czy technik manualnych, umożliwiają utrzymywanie aktywności fizycznej, która nie tylko zapobiega dalszemu rozwojowi części zaburzeń, ale niejednokrotnie wzmacnia także pozytywne efekty terapii ogólnej. Niestety, brak zrozumienia dla tego cennego związku skutkuje niedostatecznym naciskiem na obecność fizjoterapeuty w interdyscyplinarnych zespołach terapeutycznych tworzonych na oddziałach psychiatrycznych w całym kraju.

Rosnące zainteresowanie opartymi na ruchu metodami terapeutycznymi zaburzeń depresyjnych wymaga ich systematycznego przeglądu oraz oceny pod względem wartości dodanej do podstawowego procesu leczniczego. Celem tego badania jest próba odpowiedzi na pytanie, czy programy i interwencje fizjoterapeutyczne u pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń depresyjnych mogą zająć w przyszłości znaczącą pozycję w podstawowej opiece psychiatrycznej w Polsce oraz dlaczego warto włączać fizjoterapeutów do interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych.

Zastosowanie psychoterapii w leczeniu łuszczycy

Marta Szczygieł[1], Justyna Serafinowicz[2], Zygmunt Adamski[2], Aleksandra Suwalska[1]
[1]Pracownia Neuropsychobiologii, Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Poznań
[2]Katedra i Klinika Dermatologii UM, Poznań

Łuszczyca obok trądziku czy atopowego zapalenia skóry należy do grupy zaburzeń, których nasilenie może się zwiększać pod wpływem stresu. Liczne badania sugerują, że wpływ łuszczycy daleko wykracza poza fizyczne symptomy, ponieważ choroba stanowi poważne obciążenie psychiczne dla pacjenta; wskazuje się nawet, że stres stanowi większe obciążenie niż objawy fizyczne choroby. Chorzy w wyniku widocznych zmian skórnych doświadczają różnego rodzaju trudności natury psychicznej takich jak niskie poczucie własnej wartości, poczucie skrępowania, bezradności czy frustracji związanej z dokuczliwością choroby. Zmaganie się z łuszczycą może prowadzić do wystąpienia konsekwencji psychospołecznych oraz wtórnych zaburzeń psychicznych - depresji lub zaburzeń lękowych.

Interwencje terapeutyczne u chorych z łuszczycą obejmują psychoterapię indywidualną i grupową, grupy wsparcia, trening radzenia sobie ze stresem, stosowanie technik relaksacyjnych i hipnozę. Szczególnie skuteczne wydają się być metody oparte na terapii poznawczo-behawioralnej jak np. kompleksowy program poznawczo-behawioralny. Również wspomaganie leczenia promieniowaniem UVB lub PUVA poprzez wprowadzenie elementów medytacji poprawia wyniki leczenia. Metoda mindfulness, będąc komponentem wspomagającym leczenie podstawowe, może prowadzić do zmniejszenia prawdopodobieństwa pojawienia się lęku lub depresji. Interesującym kierunkiem pracy z chorymi na łuszczycę jest również terapia schematu. Odkrywanie wczesnych nieadaptacyjnych schematów poznawczych może pozwolić na prognozowanie u pacjentów podatności na silny stres oraz wspomóc chorych w radzeniu sobie z psychicznym cierpieniem związanym z chorobą dermatologiczną.

Psychologiczny kontekst odgrywa istotną rolę w leczeniu łuszczycy, co potwierdza zasadność stosowania psychoterapii jako środka wspomagającego leczenie. Skuteczność interwencji psychologicznych w leczeniu tej choroby jest jak dotąd stosunkowo słabo zbadanym obszarem, jednak wskazuje się przede wszystkim na przydatność technik opartych na podejściu poznawczo-behawioralnym.

Nowoczesne technologie i internet w prewencji samobójstw: Aplikacje mobilne

Rafał Szmajda, Agnieszka Gmitrowicz
Klinika Psychiatrii Młodzieżowej I Katedry Psychiatrii UM, Łódź

Wstęp: Powszechność internetu oraz smartfonów sprawia, że w dzisiejszych czasach dostęp do informacji i wiedzy jest szybki oraz bezstresowy. Powszechnie wiadomo, że smartfona dziś posiada znaczna część ludzi na świecie, w tym nastolatkowie. Jak

pokazują badania aplikacje mobilne mają zastosowanie w prewencji zachowań samobójczych.

Cel: Celem pracy jest przegląd i omówienie dostępnych w różnych krajach na świecie aplikacji na smartfony, które dotyczą prewencji samobójstw.

Materiał i metoda: Autorzy dokonali przeglądu dostępnych w iOS app store oraz Google Play aplikacji. Wyszukiwanym hasłem było „suicide".

Wnioski i dyskusja : Wszystkie zaprezentowane aplikacje są dostępne za darmo w telefonach i tabletach z systemem Android oraz iOS, co zapewnia szerokie grono odbiorców. Powyższe zestawienie nie wyczerpuje tematu. Jak wykazują badania oraz prezentowana analiza, kraje rozwinięte już dawno zdefiniowały i oceniły społeczny wymiar problemu samobójstw i od wielu lat opracowują, wdrażają i poddają ewaluacji narodowe inicjatywy, mające na celu zapobieganie samobójstwom. Dalekosiężnym celem autorów jest stworzenie i upowszechnienie podobnej aplikacji na polskim rynku. Naszym zdaniem taka aplikacja byłaby efektywnym narzędziem, pozwalającym dotrzeć do dużego odsetka ludzi w kryzysie samobójczym, a w szczególności do młodzieży. Projektowana aplikacja mogłaby stanowić ważne uzupełnienie dla polskiego projektu: Narodowego Programu Zapobiegania Samobójstwom.

Zastosowanie wywiadu strukturalnego wg Otto Kernberga jako metody diagnozowania struktury osobowości przy kwalifikacji do psychoterapii - opis dwóch przypadków klinicznych

Zuzanna Szmuc[1], Krzysztof Rutkowski[2]
[1]Zakład Psychoterapii, Szpital Uniwersytecki,, Kraków
[2]Katedra Psychoterapii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

Celem pracy jest wskazanie na zasadność i potrzebę rzetelnej oraz szczegółowej diagnozy struktury osobowości przy diagnozowaniu zaburzeń psychiatrycznych, umożliwiającej rekomendację odpowiedniego rodzaju oddziaływania psychoterapeutycznego. Przedstawione zostały dwa opisy przypadków pacjentów z tą samą, podwójną diagnozą psychiatryczną (zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne - F42 oraz zaburzenia osobowości - F 60.8). Do diagnozy osobowościowych struktur wykorzystano metodę wywiadu strukturalnego stworzoną i opisaną przez Otto Kernberga.

Struktura organizacji osobowości jest kluczowa dla sposobu, w jaki pacjent integruje i porządkuje wszystkie doświadczenia oraz kształtuje swoje zachowanie. Wywiad strukturalny jest metodą oceny klinicznej, która koncentruje się na objawach pacjenta (przeszłych i teraźniejszych); organizacji osobowości pacjenta oraz na jakości interakcji pomiędzy pacjentem i osobą prowadzącą wywiad. Osoba prowadząca wywiad ocenia w umiejętny sposób czynniki będące centralnymi dla diagnozy strukturalnej: 1) tożsamość (koncepcja siebie i innych); 2) dominujący typ mechanizmów obronnych (najczęstsze sposoby radzenia sobie z zewnętrznym stresem i wewnętrznym konfliktem); 3) zdolność do testowania rzeczywistości; 4) jakość relacji z obiektem (rozumienie natury relacji interpersonalnych); 5) funkcjonowanie moralne (wartości i ideały). W zależności od oceny wyżej wymienionych czynników, głębokość patologii osobowości można opisać na trzech poziomach: 1) neurotycznym; 2) borderline; 3) psychotycznym.

Badanie metodą wywiadu strukturalnego opisanych przypadków o identycznej diagnozie psychiatrycznej wykazało, że pacjenci ci w istotny sposób różnią się od siebie pod względem jakości i charakterystyk struktur budujących ich osobowość, a zatem posiadają różny poziom organizacji osobowości. Informacje te pozwalają na dobranie odpowiedniej względem głębokości zaburzenia rodzaju psychoterapii (w obrębie paradygmatu psychodynamicznego np. psychoterapia podtrzymująca, ekspresywno - podtrzymująca, espresywna, TFP - terapia skoncentrowana na przeniesieniu, psychoterapia psychoanalityczna, psychoanaliza itp.)

Wnioski: diagnoza strukturalna osobowości stanowi istotny czynnik w diagnozie psychiatrycznej oraz jest podstawą wnioskowania o prognozie i wyborze rekomendowanego leczenia.

Analiza impedancji bioelektrycznej jako nowe narzędzie w monitorowaniu zmian stanu odżywienia pacjentów z anoreksją

Mariusz Teter[1], Hanna Karakuła-Juchnowicz[2], Agata Makarewicz[2], Gustaw Kozak[2], Kinga Szymona[2], Teresa Małecka-Massalska[3]
[1]Katedra i Zakład Fizjologii Człowieka Uniwersytet Medyczny, Lublin
[2]I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji i Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej Katedry Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny, Lublin
[3]Katedra i Zakład Fizjologii Człowieka, Uniwersytet Medyczny, Lublin

Systematycznie rośnie zainteresowanie prozdrowotnym stylem życia w społeczeństwie, a tym samym nasila się poszukiwanie skutecznych metod, narzędzi diagnostycznych do szybkiej, taniej, nieinwazyjnej analizy stanu odżywienia. Prawidłowy skład ciała i optymalna zrównoważona pełnowartościowa dieta to podstawowy fizjologiczny warunek utrzymywanie ustroju w homeostazie. Zaburzenia masy ciała – niedowaga/ wygłodzenie lub nadwaga/otyłość, coraz częściej staje się poważnym problemem wielu specjalności medycznych i jest jednym z zasadniczych czynników ryzyka wystąpienia wielu chorób cywilizacyjnych, tj: nadciśnienie, zespół metaboliczny, anoreksja, niedokrwistość, niewydolność nerek. Według definicji European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) niedożywienie to „stan wynikający z braku wchłaniania lub braku spożywania substancji żywieniowych, prowadzący do zmiany składu ciała, upośledzenia fizycznej i mentalnej funkcji organizmu oraz wpływający niekorzystnie na wynik leczenia choroby podstawowej". W porównaniu do nadwagi/otyłości, niedożywienie, jako istotny kliniczny czynnik wysokiej śmiertelności, jest nadal bardzo słabo rozpoznane. Według klasyfikacji WHO anoreksja zdefiniowana jest jako zaburzenia w przyjmowaniu pokarmu, które charakteryzuje się celową utratą masy ciała, a wywołana świadomie i stale podtrzymywana przez pacjenta. W badaniach, do pełnej oceny stanu odżywienia organizmu, powszechnie stosuje się: badanie podmiotowe (w tym wywiad żywieniowy), badanie przedmiotowe, pomiary antropometryczne oraz badania biochemiczne. W diagnostyce klinicznej standardowo nadal używane są parametry pośrednie opisujące skład ciała, tj.: masa ciała w stosunku do należnej, wskaźnik BMI, wskaźnik WHR, wskaźnik Cole'a, wskaźnik Rohrera, grubość fałdu skórno-tłuszczowego w ogólnie przyjętych punktach ciała, stosuje się skale SGA, skalę NRS. Powszechnie stosowany wskaźnik BMI czy pomiar grubości fałdu skórno-tłuszczowego, coraz częściej są podważane ze względu na znaczny stopień ogólności w ocenie stopnia odżywienia, a jednocześnie nie wskazują ważnych ilościowych zmian składu ciała pacjentów. Dodatkowo, do właściwej analizy składu ciała, potrzebna jest znajomość stopnia nawodnienia ustroju co ma zasadnicze znaczenia dla prawidłowego metabolizmu komórek, a także wielkość składowych tkanki suchej, tj. tkanki mięśniowej, tkanki tłuszczowej. Wychodząc z tego krytycznego punktu widzenia, dla właściwego sposobu badania, diagnozowania i leczenia pacjentów z niedożywieniem, pojawiła się konieczna potrzeba poszukiwania nowego narzędzia diagnosty-

cznego, które by spełniało te wymogi. Analiza impedancji bioelektrycznej to nieinwazyjna, powtarzalna metoda w dokonywaniu swoistej, adekwatnej i szybkiej oceny składu ciała, którą można zastosować u osób zdrowych jak i u pacjentów różnych przewlekłych schorzeń przebiegających z niedożywieniem, w tym na anoreksję. Jest to metoda pozwalająca określić zawartość tkanki tłuszczowej oraz beztłuszczowej tkanki ciała, a także określa stosunki w przestrzeniach wodnych ustroju czyli ilość wody wewnątrzkomórkowej i zewnątrzkomórkowej oraz ich proporcji. Metoda polega na pomiarze impedancji bioelektrycznej ciała (Z), na którą składają się następujące składowe: rezystancja (R) stanowiący opór elektryczny bierny określająca zawartość wody ustrojowej oraz reaktancja (Xe) jako opór czynny stanowi miarę masy komórkowej ciała. Na podstawie parametrów bezpośrednich: Z, R, Xe i potencjału błonowego (Cm), za pomocą algorytmów, możliwe jest wyliczanie pośrednich parametrów, tj.: kąt fazowy (PA), masa tkanki tłuszczowej (FM), masa tkanki beztłuszczowej (FFM), sucha masa beztłuszczowa (masa tkanki mięśniowej, LBM), masa komórkowa ciała (BCM), całkowita ilość wody ustrojowej (TBW), zawartość wody wewnątrzkomórkowej (ICW) i zewnątrzkomórkowej (ECW), poziom hydratacji ustroju (ECW/ICW), co razem daje pełną, dokładną analizę składu ciała oraz stałe monitorowanie zmian strukturalnych organizmu w trakcie terapii. Na podstawie badań własnych stanu niedożywienia wynikającego z anoreksji, zanotowano znamienne zmiany wartości parametrów bezpośrednich i pośrednich, w tym szczególnie: Cm, R, Xe i PA, FFM, BCM, TBW, ECW/ICW, co daje rzeczywisty obraz stanu odżywienia/nawodnienia ustroju, a tym samym możliwość bieżącego śledzenia procesu przebudowy tkanek w trakcie długotrwałej psycho- i farmakoterapii. Badania własne i innych ośrodków potwierdzają użyteczność analizy impedancji bioelektrycznej jako szybkiego, dokładnego, taniego i nieinwazyjnego narzędzia diagnostycznego, który powinien wejść na stałe do codziennej praktyki klinicznej.

Aktywizacja osób z łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych - robot w środowisku zamieszkania

Sławomir Tobis[1], Marta Lewandowicz[2], Aleksandra Suwalska[3], Katarzyna Wieczorowska-Tobis[2]

[1]Pracownia Terapii Zajęciowej, Katedra Geriatrii i Gerontologii UM, Poznań

[2]Pracownia Geriatrii, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej UM, Poznań

[3]Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Poznań

Ze względu na rosnącą grupę osób z łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych (mild cognitive impairment - MCI) wzrasta zainteresowanie możliwościami ich aktywizacji, pozwalającej na jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie w środowisku domowym. Rozważa się m.in. wykorzystanie w tym zakresie technologii z obszaru ICT, w tym także robotów. Celem pracy jest prezentacja projektu ENRICHME (ENabling Robot and assisted living environment for Independent Care and Health Monitoring of the Elderly), który testuje wsparcie osoby starszej z MCI w środowisku jej zamieszkania przez dłuższy czas. Czas ten, wynoszący 4 miesiące, został określony w taki sposób, aby możliwa była ocena współdziałania robota z osobą starszą w warunkach codziennego życia. Robot będzie testowany w Wielkiej Brytanii i Grecji w warunkach mieszkań wspomaganych, a w Polsce - u osób starszych mieszkających w środowisku. Wstępny pilotaż możliwości robota zostanie wykonany w laboratoriach w Holandii i we Włoszech.

Pierwszym etapem projektu była ocena potrzeb osób starszych przeprowadzona we wszystkich krajach uczestniczących w projekcie. Dane zbierano przy pomocy ankiet (metoda ilościowa) oraz w ramach grup fokusowych dyskutujących możliwości wykorzystania robota (metoda jakościowa).

Mimo pojawiania się w kontekście użycia robotów głosów sceptycznych, należy podkreślić dużą akceptację dla nich ze strony samych osób starszych. Jak wynika ze zgromadzonych danych, niezbędne jest rozpoczęcie wdrażania robota od stworzenia takich warunków, w których osoba starsza będzie go w stanie zaakceptować i nie będzie miała obaw co do możliwości jego obsługi. Na uwagę zasługuje także większa otwartość osób starszych na poszerzenie swojej wiedzy o zasadach obsługi robota niż wynika to z opinii w tym zakresie osób młodszych. Wszystko to potwierdza rzeczywiste istnienie wśród osób starszych grupy potencjalnych odbiorców dla funkcji oferowanych przez robota.

Fotografioterapia w aktywizacji osób starszych z łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych

Sławomir Tobis[1], Mirosława Cylkowska-Nowak[1], Agnieszka Neumann-Podczaska[2], Aleksandra Suwalska[3]

[1]Pracownia Terapii Zajęciowej, Katedra Geriatrii i Gerontologii UM, Poznań

[2]Katedra Geriatrii i Gerontologii UM, Poznań

[3]Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Poznań

Istotą arteterapii jest wykorzystanie obiektów i działań artystycznych jako unikatowego i wartościowego kanału komunikacji z pacjentem oraz zastosowanie sztuki jako sposobu oddziaływania - czyli w celach diagnostycznych i leczniczych. Tradycyjnie (również w Polsce) arteterapia obejmowała plastykoterapię, muzykoterapię i biblioterapię, główną rolę przypisując sztukom plastycznym. W ujęciu współczesnym jest jednak rozumiana szerzej i zalicza się do niej, poza już wymienionymi, również m.in. choreoterapię, dramaterapię, filmoterapię i fotografioterapię.

Jedną z najważniejszych przedstawicielek fotografioterapii jako formy arteterapii na świecie jest Judy Weiser. Jest to dziedzina wykorzystująca techniki fotograficzne, zdjęcia osób, w tym szczególnie ujęcia dokumentalne (migawkowe), albumy rodzinne i zdjęcia wykonywane przez innych (oraz odczucia, myśli i wspomnienia wywołane przez te zdjęcia), jako wartościowe kanały komunikacji z pacjentem - w sposób niemożliwy do uzyskania za pomocą słów.

Na plakacie zaprezentowane zostaną wyniki pilotażowego projektu, którego celem była ocena efektywności fotografioterapii w aktywizacji osób starszych z łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych. Przeprowadzono analizę wyników fotografioterapii 10 uczestników spotkań w ramach Dziennych Domów Opieki Społecznej (DDPS), którzy wyrazili zgodę nadział w projekcie. Na bieżąco wszyscy uczestnicy zajęć w DDPS mają zajęcia indywidualne i grupowe z terapeutą zajęciowym, z wykorzystaniem sztuk plastycznych. W badanej grupie wprowadzono dodatkowo zajęcia z fotografioterapii. Obejmowały one 6 spotkań, odbywających się w cyklu tygodniowym, w ramach których zastosowano metody fotografioterapii receptywnej.

Współistnienie otępienia i niedożywienia u starszych Polaków mieszkających w środowisku

Sławomir Tobis[1], Roma Krzymińska-Siemaszko[2], Alicja Klich-Rączka[3], Aleksandra Szybalska[4], Małgorzata Mossakowska[4]

[1]*Pracownia Terapii Zajęciowej, Katedra Geriatrii i Gerontologii UM, Poznań*

[2]*Pracownia Geriatrii, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej UM, Poznań*

[3]*Klinika Chorób Wewnętrznych i Geriatrii CM UJ, Kraków*

[4]*Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej, Warszawa*

Otępienie oraz niedożywienie często ze sobą współistnieją i tworzą rodzaj błędnego koła. Chorzy z zaburzeniami funkcji poznawczych początkowo nie są w stanie wykonać odpowiednich zakupów, wraz z postępem procesu chorobowego mają również problemy z przygotowaniem posiłków i wreszcie nie są nawet w stanie samodzielnie ich zjeść. Z drugiej strony wiadomo również, że niedobory niektórych składników pokarmowych sprzyjają występowaniu oraz nasilają ciężkość zaburzeń funkcji poznawczych. Dotyczy to np. niedoborów witamin z grupy B (takich jak witamina B12, kwas foliowy czy witamina B6), witaminy D3, ale także niedoborów żelaza.

Celem ustalenia związku zaburzeń funkcji poznawczych i niedożywienia przeprowadzono analizę wyników projektu PolSenior wykonanych w reprezentatywnej grupie osób starszych. Według naszej wiedzy podobne analizy w reprezentatywnych grupach nie były wcześniej prowadzone.

Do analizy zaburzeń poznawczych wykorzystano skalę MMSE, a do oceny niedożywienia - kwestionariusz oceny stanu odżywienia (MNA - wersja skrócona; wynik 0-14 punktów). Ocenę wykonano u 4408 osób, spośród których 1704 miały wyniki MMSE odpowiadające łagodnym zaburzeniom funkcji poznawczych, 794 - otępieniu lekkiego stopnia, 387 - otępieniu umiarkowanego stopnia oraz 50 - otępieniu głębokiemu. Średnia punktacja w skali MNA malała wraz z pogarszaniem się wyników MMSE: osoby bez zaburzeń poznawczych - 11,7±2,2, MCI - 11,0±2,4, otępienie lekkiego stopnia - 10,2±2,5, otępienie umiarkowanego stopnia - 8,9±2,4 i otępienie głębokie - 7,6±2,2 ($p<0,001$).

Wśród respondentów bez zaburzeń poznawczych niedożywienie stwierdzano 6-krotnie rzadziej niż wśród badanych z otępieniem głębokim (5,6% vs 36,0%; $p<0,001$), 4,5-krotnie rzadziej niż u osób z otępieniem umiarkowanym (5,6% vs 25,4%; $p<0,001$) czy w końcu 2,5-krotnie rzadziej niż u osób z otępieniem stopnia lekkiego (5,6% vs 15,1%; $p<0,001$).

Podsumowując, częste współistnienie analizowanych zaburzeń wskazuje na konieczność wykonywania badań przesiewowych w kierunku niedożywienia u wszystkich chorych z otępieniem.

Występowanie doświadczeń podobnych do omamów u studentów - badanie ankietowe

Beata Trędzbor, Julia Beil-Gawełczyk, Ewa Karmińska

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Wstęp: Omamy i objawy podobne do omamów występują nie tylko u osób chorych psychicznie, ale obserwowane są również u osób zdrowych. Dotyczą najczęściej analizatora wzrokowego i słuchowego. Sindgwick i współpracownicy podają, iż wzrokowe doświadczenia podobne do omamów obecne są u 8,4% populacji osób zdrowych psychicznie.

Cel: Ocena częstości występowania doświadczeń podobnych do omamów, określenie ich charakteru i czynników wyzwalających.

Materiały i metody: Przeprowadzono badanie ankietowe wśród 76 studentów Wydziału Lekarskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Z badanej grupy wyłączono 7 osób, ze względu na deklarowanie wystąpienie objawów po spożyciu alkoholu i zażyciu substancji psychoaktywnych. Ankieta składała się z 5 pytań z możliwością wielokrotnego wyboru (pytania zamknięte i otwarte). Dotyczyły wieku, płci, częstości występowania objawów podobnych do omamów, analizatora, którego dotyczyły oraz okoliczności je poprzedzających. Badani mogli wypowiedzieć się czy korzystali z profesjonalnej pomocy.

Wyniki: Wśród respondentów kobiety stanowiły 62,31%, mężczyźni 37,68%. Średnia wieku wynosiła 24,14 lat (+-1,31). Spośród badanych 53,62 % osób zadeklarowało wystąpienie doświadczeń podobnych do omamów, w tym dwukrotnie częściej (67,57%) występowały u kobiet. Więcej niż jedno doświadczenie deklarowało 21,62% wszystkich respondentów. Iluzje występowały u 62,22% studentów, halucynacje u 28,89% oraz parahalucynacje u 8,89%. Wśród kobiet dominowały iluzje (64,29%) tak samo jak u mężczyzn (58,82%). Doświadczenia podobne do omamów miały charakter najczęściej wzrokowy (47,14%) oraz słuchowy (31,42%), nieco rzadziej węchowy (11,43%). Jedynie cztery osoby korzystały z pomocy psychologa, natomiast dwie z pomocy psychiatry. Doświadczenia podobne do omamów poprzedzone były najczęściej przewlekłym zmęczeniem (34,38%) oraz brakiem snu (27,59%).

Wnioski: 1. Badanie wskazuje na znaczącą częstość występowania doświadczeń podobnych do omamów wśród osób zdrowych (53,62%); 2. Najczęstszym doświadczeniem były iluzje (62,22% respondentów); 3. Najczęstszymi czynnikami poprzedzającymi wystąpienie były zmęczenie oraz brak snu; 4. Doświadczenia te w większości wypadków nie wymagały korzystania z pomocy profesjonalnej.

Wyzwania diagnostyczne w otępieniu czołowo-skroniowym

Aleksander Turek, Anna Tereszko

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Wstęp: Otępienie czołowo-skroniowe (FTD) jest schorzeniem cechującym się wysoką heterogennością zarówno pod względem klinicznym jak i patologicznym. Główne objawy jakie charakteryzują FTD pokrywają się z symptomami wielu chorób psychicznych, co skutkuje wieloma problemami diagnostycznymi.

Opis przypadku: Prezentujemy przypadek 50-letniej kobiety leczonej od piętnastu lat z powodu zaburzeń lękowo-depresyjnych, przyjętej na oddział ambulatoryjny z podejrzeniem nasilonego epizodu zaburzeń depresyjnych. Pacjentka obciążona somatycznie (m.in. cukrzycą insulinoniezależną, nadciśnieniem tętniczym, przewlekłą chorobą nerek, anemią normocytarną, otyłością, zaburzeniami lipidowymi i zwyrodnieniem kręgosłupa), była licznie hospitalizowana i operowana.

Pacjentka przy przyjęciu prezentowała negatywne nastawienie do otoczenia, apatię, zwiększone napięcie, drażliwość oraz płaczliwość z potwierdzeniem występowania myśli samobójczych. Ponadto u chorej występowały zaburzenia funkcji wykonawczych, sztywność myślenia, odhamowanie. Wykazywała wyraźny brak krytycyzmu i nie stosowała się do zaleceń lekarskich.

Chora żyje w przemocowym związku, 20 lat temu prawdopodobnie doznała traumatycznego uszkodzenia mózgu (TBI), skutkującego zaburzeniami pamięci. Pacjentka redukuje swoje napięcie poprzez oglądanie przelewu krwi na nagraniach z operacji czy uboju zwierząt oraz znęcanie się nad zwierzętami (celowe potrą-

canie psów na drodze), deklaruje również myśli i koszmary o podobnej tematyce. Podczas pobytu w szpitalu chora została poddana badaniu rezonansem magnetycznym (MRI), które wykazało zaburzenia w obrębie struktury kory czołowej. W toku leczenia pacjentka wykazała wyraźną poprawę względem objawów depresyjnych, lecz pozostały objawy zaburzenia funkcji wykonawczych, braku krytycyzmu, sztywności myślenia. W ogólnym stanie dobrym pacjentka została wypisana ze szpitala z zaleceniami dalszej opieki psychiatrycznej, neurologicznej i internistycznej oraz diagnostyki w kierunku otępienia czołowo-skroniowego.

Dyskusja: Opisany przypadek obrazuje jak wiele trudności sprawia diagnoza w kierunku otępienia czołowo-skroniowego. Pacjentka ma za sobą wieloletnią historię zaburzeń lękowo-depresyjnych. Przewlekłe i długotrwałe schorzenia somatyczne z towarzyszącym bólem (czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych) doprowadziły do sytuacji, w której pacjentka zmuszona była zrezygnować z pracy zarobkowej i przejścia na rentę, co także mogło przyczynić się do rozwoju depresji. Pacjentka przez większość swojego życia przebywała w przemocowym środowisku rodzinnym, co (tak jak wyżej wymienione czynniki) mogło skutecznie maskować objawy wynikające z zespołu czołowego i skłaniać do diagnozy w kierunku zaburzeń depresyjnych. Przypadek pacjentki obrazuje również możliwą relację pomiędzy traumatycznym uszkodzeniem mózgu a postępem zmian neurodegeneracyjnych i rozwojem otępienia, która jest wysoce prawdopodobna i w przedstawionej formie zgodna z dotychczasowymi badaniami poświęconymi temu zagadnieniu.

Die erste 40 Jahre (vom 1. April 1855 is 30 Marz 1895) der Westpreußischen Provinzial-Irren-Anstalt zu Schwetz

Marta Urbańska, Łukasz Kwiatkowski
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dra J. Bednarza, Świecie

Prezentowana praca ma przybliżyć historię funkcjonowania Zachodniopruskiego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Umysłowo Chorych w Świeciu w latach 1855 - 1895. Przedstawiane przez nas informacje dokonane są wyłącznie na podstawie fragmentów opublikowanej w 1896r. książki Die erste 40 Jahre (vom 1. April 1855 is 30 Marz 1895) der Westpreußischen Provinzial-Irren-Anstalt zu Schwetz, napisanej przez ówczenego dyrektora, a zarazem lekarza zakładowego Doktora Hermana Grunaua. Na wstępie czytamy: W dniu 1 kwietnia 1855 r. utworzono pierwszy Zachodniopruski Zakład Leczniczo-Opiekuńczy dla Umysłowo Chorych w Świeciu, drugi 10 października 1883 r. w Wejherowie, trzeci i ostatni pod koniec grudnia 1895 r. w Starogardzie Gdańskim. W pierwszym roku działalności szpitala w Świeciu przyjęto na leczenie 99 pacjentów. Szacuje się, że trzy Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze mogą przyjąć ponad 1000 chorych, a po zakończeniu wszystkich prac budowlanych minimalna liczba hospitalizowanych wynosić będzie 1500. Zaobserwowano, że wraz ze zwiększeniem liczby przyjętych pacjentów wzrosły również koszta utrzymania. Jednak interes publiczny, jak i obowiązek sprawowania opieki nad chorymi psychicznie wymaga naszej pracy, gdyż nie posiadamy innego, alternatywnego rozwiązania.(...) W pierwszej połowie XIX w. na terenie Prus Wschodnich i Zachodnich opieka psychiatryczna była słabo rozwinięta. Na terenie Prus Zachodnich istniał Oddział Psychiatryczny w Oliwie pod Gdańskiem oraz 20 łóżkowy oddział dla chorych psychicznie w Szpitalu Krajowym w Świeciu. W 1822r. w Świeciu budynek po klasztorze Bernardynów oddany został do remontu, by następnie pełnić funkcje miejsca wypoczynku dla osób nieuleczalnie chorych. Początkowo wyposażony był w 100 łóżek, z czego tylko 20 zajmowana była przez przewlekle chorych. W 1842r., w trzecim spisie osób chorych psychicznie z terenów Prus Wschodnich i Zachodnich, ustalono że 1265 osób (w tym 628 mężczyzn i 582 kobiet) jest umysłowo chorych, a 209 uznano za osoby niebezpieczne dla społeczeństwa. W związku z powyższym Fryderyk Wilhelm IV, rozpoczął działania zmierzające do budowy dwóch nowych szpitali: pierwszego w Königsbergu, drugiego w Świeciu. 1 kwietnia 1855r. Zachodniopruski Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Umysłowo Chorych w Świeciu został oddany do użytku.

Dzięki skrupulatnie przeprowadzanym statystykom dowiadujemy się o przyczynach i przebiegu hospitalizacji, pracy personelu oraz o warunkach panujących w oddziałach. Poza tym opracowanie zawiera przyczyny zgonów w wyniku chorób, nieszczęśliwych wypadków i samobójstw.

Ocalała

Marta Urbańska
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dra J. Bedanarza, Świecie

Dnia 1 kwietnia 2016r. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dra J. Bendarza w Świeciu (woj. kuj.-pom.) obchodził 160 lecie istnienia. Obecnie jest to najstarszy i najdłużej działającym szpital psychiatryczny w Polsce. Dzięki zachowanej archiwalnej dokumentacji medycznej jednej z pacjentek pragnę zaprezentować proces diagnostyczny, sposoby leczenia podejmowane w w.w. Szpitalu (lata 1921-1933 oraz 1946-1996), jak również w Zakładzie Wychowawczo-Leczniczym w Wejherowie (1933-1936), filii Oddziału Dziecięcego Krajowego Zakładu Psychiatrycznego w Kocborowie mieszczącej się w Gniewie (1936-1939), Krajowym Zakładzie Psychiatrycznym w Kocborowie (1939-1946). Najbardziej rozwiniętym wątkiem jest okres okupacji hitlerowskiej w K.Z.P. w Kocborowie, opis funkcjonowania chorej i uniknięcie przez nią „eutanazji" przeprowadzanej w ramach Akcji T4. Dodatkową ciekawość wzbudza dokumentacja medyczna pisana w języku niemieckim (okres 17.09.1939 – 21.01.1945).

Historia pacjentki wplata się nie tylko w historię dziejów poszczególnych szpitali psychiatrycznych, lecz również w historię dziejów ludzkości w czasach II Wojny Światowej – wątku chętnie podejmowanego przez współczesnych pisarzy tj. S.S.Sandberga oraz A.Dziewit- Meller.

Planowanie opieki pielęgniarskiej w zaburzonym obrazie ciała

Katarzyna Van-Damme-Ostapowicz
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UM, Białystok

Zgodnie z założeniami nowoczesnej edukacji zdrowotnej należy w tej dziedzinie mieć na uwadze współpracę pielęgniarki z lekarzami, pedagogami, dietetykami, psychologami, decydentami i naukowcami - w myśl tworzenia wspólnoty na rzecz zdrowia wraz z uwzględnieniem jej odrębności kulturowych. Psychoedukacja-to edukacja w zakresie zdrowia psychicznego, to tworzenie przez człowieka własnych sposobów radzenia sobie z trudnościami życia codziennego, samodzielne poszukiwanie dróg samodoskonalenia i poznawania siebie. Wszystkie zadania psychoedukacyjne mają za zadanie łączyć się z pozytywnym myśleniem, które pociąga za sobą wiarę, optymizm i nadzieję, pozwala na przezwyciężenie własnych słabości. W psychoedukacji, jak i rehabilitacji chorych psychicznie bardzo ważną rolę odgrywa pielęgniarka - członek zespołu terapeutycznego. Ze

względu na stały kontakt z pacjentem i jego rodziną, jak również towarzyszenie pacjentowi w jego codziennych czynnościach, ma ona okazję oceny problemów pacjenta oraz wpływu na konstruktywne przeobrażenie postaw jego i środowiska.

Problemy pielęgnacyjne pacjentów z zaburzeniami sfery psychicznej mają swoją specyfikę i wymagają od pielęgniarki z jednej strony dobrej znajomości psychopatologii ogólnej, a z drugiej odpowiedniej postawy, warunkującej ich skuteczne rozwiązywanie. Rozważając różnorodność problemów oraz schemat działań opiekuńczych, trzeba mieć świadomość, że do każdego pacjenta należy podejść indywidualnie, ponieważ przebieg zaburzeń psychicznych jest przewidywalny tylko w ograniczonym stopniu.

Wybrane czynniki psychologiczne oddziałujące na stan psychiczny mężczyzn leczonych z niezamierzoną bezpłodnością

Katarzyna Warchoł-Biedermann, Ewa Mojs
Zakład Psychologii Klinicznej Uniwersytet Medyczny im.Karola Marcinkowskiego, Poznań

Niepłodność definiowana jest jako niemożność zajścia w ciążę pomimo rocznego współżycia seksualnego bez stosowania środków antykoncepcyjnych. Ocenia się, że w krajach wysoko rozwiniętych trudności z zajściem w ciążę dotyczą ok. 15% par. Badania wskazują, że niemożność posiadania dziecka może wiązać się z silnym stresem dla mężczyzn. Ocena psychologicznych determinant stresu u mężczyzn a także ocena wpływu wsparcia dla osób z niepłodnością może mieć duże znaczenie ze względu na wpływ niepłodności na jakość życia, ryzyko pojawienia się depresji oraz na profilaktykę zaburzeń afektywnych. Można również przypuszczać, że nastawienie emocjonalne może wpłynąć na decyzję o podjęciu leczeniu i nastawienie do niego. W związku z tym postanowiono ocenić czynniki psychologiczne oddziałujące na poziom stresu u mężczyzn z par z niezamierzoną bezdzietnością. W analizie zastosowano następujące narzędzia badawcze, które uczestnicy badania wypełniali samodzielnie: ankietę demograficzną zawierająca pytania na temat wieku, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia czy też historii leczenia; wersję polską Kwestionariusza GHQ-28 (General Health Questionnaire), który służy do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych i umożliwia wskazanie tych badanych, których stan psychiczny uległ czasowemu lub długookresowemu załamaniu w wyniku doświadczanych trudności, problemów lub na skutek choroby psychicznej oraz takich, u których występuje istotne ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego (wyniki w skali GHQ obliczano w sposób tradycyjny przyjmując wartość odcięcia=4). Otrzymane dane były zbierane do odpowiednich tabel zbiorczych, Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu Statistica 7.0. Uczestnikami badania było 256 mężczyzn, którzy poddali się badaniu andrologicznemu. Wiek ocenianych osób był zawarty w granicach od 22 do 51 lat; wartość średnia wynosiła 30,8 lat; SD: 5,3; mediana: 30 lat; a wewnętrzne kwartyle: 28 – 33. Okres koncepcji w małżeństwach omawianych mężczyzn mieścił się w granicach od 8 do 24 mies. a jego wartość średnia wynosiła 14,64 mies. (min.: 8 mies., max. 24 mies.; SD: 3,12; kwartyle wewnętrzne: 12 - 16). Wszyscy respondenci byli osobami pracującymi. Największy odsetek wśród badanych mężczyzn stanowiły osoby z wykształceniem średnim (33%) oraz wyższym (64%). Prawie połowę badanych (73%) stanowili mieszkańcy miast (powyżej 50 tys. mieszk.). Badani pozostawali w związku małżeńskim i za wyjątkiem jednego respondenta byli bezdzietni. Niezamierzona bezdzietność spowodowana była u nich czynnikiem męskim, żeńskim lub dotyczyła obojga partnerów. W wyniku przeprowadzonych porównań wykazano różnice w wynikach testu GHQ między grupami mężczyzn mieszkających w mieście i na wsi.

Wpływ glikoproteiny-p białka oporności lekowej ABC (ATP-Binding Cassette transporters) na skuteczność leczenia przeciwpsychotycznego u chorych na schizofrenię - badania wstępne

Kamila Wcisła-Zamojska, Anna Dietrich-Muszalska
Zakład Psychiatrii Biologicznej. Uniwersytet Medyczny, Łódź

MDR1 (białko oporności wielolekowej) - glikoproteina-p (GP-p) jest peptydem o długości 1280 AA i masie cząsteczkowej 170 kDa kodowanym przez gen ABCB1 (rejon 7q21.12), należącym do białek ABC (ATP-Binding Cassette transporters). Główna rolą GP-p jest usuwanie ksenobiotyków/leków z wnętrza komórki a więc zapobieganie kumulacji leków oraz utrudnianie lekom osiągania miejsc docelowych. GP-p umiejscowiona jest w m.in. śródbłonku naczyń włosowatych tworzących barierę krew-mózg i odpowiada za regulację transportu leków przeciwpsychotycznych do mózgu poprzez usuwanie ich do osocza, może też indukować zjawisko niepożądane, uczestnicząc w mechanizmach odpowiedzialnych za oporność na leki. Nadekspresja Gp-p na komórkach śródbłonka bariery krew-mózg może ograniczać penetrację leków przeciwpsychotycznych do mózgu pacjentów chorych na schizofrenię. Istotny dla funkcji transportowej Gp-p jest poziom ekspresji genu ABCB1, który determinuje ilość powstającego białka oraz spektrum substratowe odpowiadające za efektywność funkcjonowania GP-p w przenoszeniu leków przez błonę komórkową. Leki mogą być substratami dla GP-p i modulatorami. Gen glikoproteiny-p (ABCB1) jest wysoce polimorficzny. Podczas kontaktu GP-p z różnego rodzaju lekami i ich metabolitami może dochodzić do powstania zjawiska oporności wielolekowej. Istotnym klinicznie problemem jest lekooporność pewnej grupy chorych na schizofrenię. Korzystnych rezultatów terapii w tej grupie chorych można oczekiwać u 30 - 60% chorych leczonych klozapiną. Celem prowadzonych badań jest ustalenie związku między polimorfizmami genu ABCB1 a odpowiedzią na leczenie lekami przeciwpsychotycznymi (w tym klozapiną) u chorych na schizofrenię. Niniejsza praca dotycząca badań nad polimorfizmami glikoproteiny-p oraz zjawiskiem lekooporności zależnej od ekspresji GP-p jest częścią szerszych badań dotyczących wpływu białek ABC na lekooporność w schizofrenii. Materiał i metody: próbki krwi i śliny pobrano od 60 (kobiet i mężczyzn z populacji polskiej) chorych na schizofrenię (kryteria wg DSM-IV) w wieku 20-40 lat leczonych przewlekle lekami przeciwpsychotycznymi. Dane socjodemograficzne oraz dotyczące przebiegu choroby i stosowanej diety zebrano podczas wywiadu na podstawie opracowanego Inwentarza. W badaniu psychiatrycznym posłużono się skalą PANSS (nasilenie objawów schizofrenii). Do badania materiału genetycznego zastosowano PCR. Do badania stężenia klozapiny test ELISA. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Wnioski Autorzy sugerują na podstawie wstępnych badań, że genetyczne polimorfizmy GP-p mogą być prognostycznym markerem leczenia schizofrenii niektórymi lekami przeciwspychotycznymi.

Praca finansowana z grantu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. no.503/0-079-07/503-01-01

Oprogramowanie GRADYS jako forma treningu funkcji poznawczych u osób starzejących się prawidłowo i patologicznie w przebiegu chorób otępiennych

Monika Wiłkość, Ludmiła Zając-Lamparska, Paulina Andryszak, Paweł Izdebski
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Instytut Psychologii, Bydgoszcz

Wysoki poziom funkcjonowania poznawczego wymieniany jest jako jedno z kryteriów pomyślnego starzenia się. U osób w okresie późnej dorosłości obserwuje się osłabienie sprawności w zakresie m.in.: pamięci operacyjnej, uwagi, procesu uczenia się, szybkości psychomotorycznej. Treningi kognitywne dają możliwość stymulowania funkcji poznawczych w procesie fizjologicznego i pomyślnego starzenia się oraz stanowią formę terapii neuropsychologicznej w starzeniu się patologicznym. Wiele rezultatów badań nad wpływem treningu na funkcjonowanie poznawcze osób starszych dowodzi możliwości poprawy poszczególnych funkcji. Obecnie coraz częściej treningi przyjmują formę skomputeryzowaną, zachowując swoją skuteczność oraz zwiększając swoją funkcjonalność.

Oprogramowanie GRADYS w postaci ćwiczeń symulacyjnych z elementami wirtualnej rzeczywistości różni się od obecnie proponowanych na rynku dzięki wykorzystaniu w nim tzw. paradygmatu ekologicznego. Oprogramowanie jest kompatybilne z systemem wirtualnej rzeczywistości Oculus. Składa się ono z ośmiu modułów, po dwa moduły do treningu pamięci, uwagi, funkcji wzrokowo-przestrzennych oraz funkcji werbalnych. W każdym module zastosowano trzy poziomy trudności. W chwili obecnej przeprowadzane jest badanie skuteczności treningu kognitywnego z zastosowaniem oprogramowania GRADYS w trzech ośrodkach medycznych i naukowych w grupach osób starzejących się prawidłowo (75 osób) oraz starzejących się patologicznie (75 osób) w przebiegu chorób otępiennych.

Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju przyznanych na podstawie umowy IS-1/004/NCBR/2014.

Wpływ stosowania ketaminy jako znieczulenia do elektrowstrząsów na stężenie mózgowego peptydu natriuretycznego oraz czynnika neurotrofowego pochodzenia mózgowego

Krystian Wiśniewski[1], Miłosz Krzywotulski[1], Alicja Bartkowska-Śniatkowska[2], Maria Skibińska[3], Maria Chłopocka-Woźniak[1], Janusz Rybakowski[1]
[1]Klinika Psychiatrii Dorosłych UM, Poznań
[2]Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatrycznej UM, Poznań
[3]Zakład Genetyki w Psychiatrii UM, Poznań

Założenia. Wykazanie terapeutycznego działania wlewu ketaminy w depresji zainicjowało próby zastosowania tego środka do znieczulenia przy zabiegach elektrowstrząsowych (EW).

Ze względu na wpływ ketaminy na serce i układ krążenia, celem przeprowadzanych badań była ocena wpływu znieczulenia ketaminą na wydolność serca, poprzez określenie stężenia mózgowego peptydu natriuretycznego (brain natriuretic peptide – BNP). Ponieważ pod wpływem elektrowstrząsów zwiększa się neurogeneza, a dla przeżycia neuronów istotny jest czynnik neurotrofowy pochodzenia mózgowego (brain-derived neurotrophic factor - BDNF), drugim celem badania była ocena wpływu znieczulenia ketaminą na stężenie BDNF w surowicy.

Metodyka. Badaniem objęto dwie grupy pacjentów z depresją lekooporną leczonych w Klinice Psychiatrii Dorosłych UM za pomocą zabiegów EW w latach 2013–2014. U każdego pacjenta wykonano co najmniej 10 zabiegów EW. W pierwszej grupie wszystkie zabiegi wykonywano w znieczuleniu tiopentalem, w drugiej do znieczulenia zastosowano ketaminę - w trakcie 2., 4., 6., 8. i 10. zabiegu. Oznaczenie BNP (grupa I – 16 pacjentów, grupa II – 11 pacjentów) wykonywano przed pierwszym zabiegiem EW oraz po drugim, szóstym i dziesiątym zabiegu. Oznaczenie BDNF w surowicy (grupa I – 35 pacjentów, grupa II – 12 pacjentów) wykonywano rano przed pierwszym zabiegiem oraz po 7, 14 i 21 dniach kuracji.

Wyniki. Nie stwierdzono istotnej różnicy w poziomach BNP i BDNF w przebiegu terapii EW między badanymi grupami. W czalej grupie chorych mimo poprawy stanu psychicznego nie stwierdzono istotnych zmian w stężeniu BDNF w surowicy

Wnioski. Uzyskane wyniki wskazują, że poziomy BNP, jako markera niewydolności mięśnia sercowego u pacjentów z depresją lekooporną, u których ketamina jako środek znieczulający jest stosowana do 2, 4, 6, 8 i 10 zabiegu EW, nie różnią się od poziomów uzyskanych u chorych, u których do wszystkich zabiegów jest stosowany tiopental. Obie grupy nie różnią się również poziomami BDNF w surowicy. Brak zmian w stężeniu BDNF w trakcie stosowania EW może wynikać z uprzedniego intensywnego leczenia przeciwdepresyjnego i normotymicznego u badanych chorych.

Psychopatologiczne czynniki warunkujące nasilenie uzależnienia od tytoniu wśród kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu

Anna Wnorowska[1], Andrzej Jakubczyk[1], Anna Mach[1], Anna Klimkiewicz[1], Kirk-J. Brower[2], Marcin Wojnar[1]
[1]Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM, Warszawa
[2]Department of Psychiatry University of Michigan, Ann-Arbor

Wstęp: Uzależnienie od tytoniu często współwystępuje z zespołem zależności alkoholowej (ZZA). Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na obecność czynników biologicznych i środowiskowych, które modulują jednoczesne używanie obu substancji psychoaktywnych. Wykazano, że występują różnice między kobietami a mężczyznami dotyczące czynników predysponujących do rozwoju oraz wpływających na przebieg ZZA. Dotychczas nie badano natomiast, czy występują podobne różnice w przypadku uzależnienia od tytoniu w tej populacji.

Cel: Celem pracy była ocena wybranych psychopatologicznych czynników ryzyka nasilenia uzależnienia od tytoniu wśród osób z ZZA w trakcie terapii odwykowej, z uwzględnieniem podziału na kobiety i mężczyzn.

Metody: W badaniu wzięły udział dwie grupy: mężczyźni (N=284) i kobiety (N=102). Wszyscy uczestnicy byli pacjentami ośrodków terapii uzależnień w Warszawie i okolicach. Do analizy nasilenia objawów uzależnienia od tytoniu zastosowano test uzależnienia od nikotyny Fagerströma, do oceny cech osobowości – pięcioczynnikowy inwentarz osobowości (NEO-FFI), impulsywności - Skalę Impulsywności Barratta, nasilenia bezsenności – Kwestionariusz Zaburzeń Snu (SDQ-7) oraz Krótki Inwentarz Problemów do oceny konsekwencji picia alkoholu.

Wyniki: W analizowanej populacji 79,1% (N=225) mężczyzn i 79,4% (N=81) kobiet potwierdziło regularne palenie tytoniu. Wyniki analizy analizy wieloczynnikowej pokazały, że wysoki stopień nasilenia negatywnych konsekwencji picia alkoholu ($p=0,001$) i niski poziom otwartości na doświadczenia ($p<0,0005$) były związane ze zwiększonym nasileniem objawów uzależnienia od tytoniu wśród kobiet (skor. $R2 =0,223$; $p<0,0005$). W grupie mężczyzn czynnikiem predykcyjnym nasilonych objawów uza-

leżnienia od tytoniu było nasilenie bezsenności (skor. R2= 0 ,068; p=0,002). W grupie mężczyzn w analizach dwuwymiarowych zaobserwowano ponadto korelację między poziomem impulsywności, otwartości na doświadczenia, ugodowości oraz neurotyzmu, a nasileniem uzależnienia od tytoniu.

Wnioski: Różne czynniki psychopatologiczne mają wpływ na nasilenie objawów uzależnienia od tytoniu w grupie mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu.

Ból w schizofrenii

Adam Woźniak
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Zmniejszenie wrażliwości na ból opisywane jest u chorych na schizofrenię od wielu lat. Część badaczy kwestionuje jednak istnienie analgezji w schizofrenii, sugerując związek opisywanego zjawiska przede wszystkim ze stosowaniem leczenia przeciwpsychotycznego. Niniejsza praca miała na celu ocenę wrażliwości na ból w schizofrenii oraz związeku pomiędzy obrazem klinicznym choroby i stosowanym leczeniem a reaktywnością na ból. Kolejnym celem pracy było uzyskanie informacji, czy u krewnych chorych na schizofrenię istnieje zjawisko zaburzonej reakcji na ból. W badaniu wzięły udział osoby w wieku 18 – 65 lat: 62 chorych na schizofrenię lub zaburzenie schizoafektywne (wg ICD-10), 41 krewnych pierwszego i drugiego stopnia chorych na schizofrenię oraz 62 osoby zdrowe stanowiące grupę kontrolną. Stan psychiczny chorych na schizofrenię oceniano dwukrotnie w odstępie sześciu tygodni za pomocą skal CGI-S, PANSS, Calgary. Objawy uboczne stosowanej farmakoterapii zostały poddane ocenie według skali UKU. Oceny wrażliwości na ból dokonano przy użyciu aparatu Cefar PainMatcher®. Chorzy na schizofrenię byli badani dwukrotnie w odstępie sześciu tygodni, pozostałych uczestników zbadano jednorazowo. Na podstawie uzyskanych danych stwierdzono, że chorzy na schizofrenię mają istotnie wyższy próg czucia, próg bólowy oraz maksymalną tolerancję na ból w porównaniu do grupy ich krewnych oraz grupy kontrolnej.

Porównanie wyników badania reaktywności na ból u krewnych pierwszego i drugiego stopnia chorych na schizofrenię oraz osób zdrowych wykazało istotne statystycznie różnice wskazujące na podwyższenie progu czucia oraz progu bólowego w grupie badanych krewnych. Nie stwierdzono natomiast istotnej różnicy w zakresie trzeciego pomiaru, czyli poziomu maksymalnego tolerowanego natężenia bólu.

Analiza uzyskanych wyników wykazała istotną statystycznie korelację pomiędzy wartościami progu czucia, progu bólowego oraz maksymalnego tolerowanego natężenia bólu z nasileniem objawów psychopatologicznych w skali CGI-S oraz skali PANSS. Dodatnią korelację pomiędzy nasileniem objawów schizofrenii a wynikami pomiarów progu czucia, progu bólowego i maksymalnego tolerowanego natężenia bólu uzyskano we wszystkich podskalach PANSS, tj. w podskali objawów pozytywnych PANSS, w podskali objawów negatywnych PANSS oraz w podskali objawów ogólnopsychopatologicznych PANSS. Nie stwierdzono natomiast korelacji pomiędzy wrażliwością na ból i objawami depresyjnymi w schizofrenii, ocenianymi za pomocą skali Calgary. W przeprowadzonym badaniu nie stwierdzono korelacji pomiędzy reaktywnością na bodźce bólowe w schizofrenii a dawką i rodzajem stosowanego neuroleptyku. Stwierdzono dodatnie korelacje pomiędzy progiem czucia, progiem bólowym a nasileniem objawów ubocznych stosowanego leczenia przeciwpsychotycznego w podskali psychicznej UKU oraz w podskali neurologicznej UKU. Nie stwierdzono takich korelacji z objawami wegetatywnymi i ogólnymi UKU. Badanie maksymalnego tolerowanego natężenia bólu pokazało z kolei dodatnią korelację z objawami psychicznymi UKU oraz objawami wegetatywnymi UKU, nie stwierdzono zaś korelacji z objawami neurologicznymi i ogólnymi UKU.

Uzyskane wyniki wskazują na związek stosowanego leczenia przeciwspychotycznego, a przede wszystkim objawów ubocznych stosowanej farmakoterapii, z osłabieniem wrażliwości na ból w schizofrenii.

Wizualizacja aktywności elektrycznej mózgu jako narzędzie wsparcia w badaniu etiologii wybranych zaburzeń psychicznych

Grzegorz Wójcik[1], Jolanta Masiak[2]
[1]Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
[2]Samodzielna Pracownia Badań Neurofizjologicznych Katedry Psychiatrii UM, Lublin

Produkowane seryjnie wielokanałowe wzmacniacze EEG pozwalają na rejestrację aktywności elektroencefalograficznej mózgu z wykorzystaniem do 256 elektrod (ang. dEEG – dense array EEG). Fotogrametryczne stacje geodezyjne (ang. GPS – Geodesic Photogrammetry Systems) umożliwiają identyfikację oraz precyzyjne określenie pozycji każdej z elektrod podczas badania pacjenta. Wykorzystanie dużej liczby precyzyjnie zlokalizowanych w przestrzeni elektrod pozwala dzięki zastosowaniu odpowiednich algorytmów i dedykowanego oprogramowania lokalizować z bardzo dobrą dokładnością tak zwane źródła aktywności sygnału, a w następstwie wizualizować aktywność elektryczną kory i struktur podkorowych w wielu wymiarach. W pracy zostaną zaprezentowane możliwości 256-kanałowego elektroencefalografu EGI oraz stacji pozycjonującej GPS 3.0 wraz z oprogramowaniem do lokalizacji źródeł i wizualizacji Geo Source 2.0 na przykładzie zarejestrowanej czynności korowej pacjenta z diagnozą zaburzenia lękowego z napadami lęku.

Umieralność wśród osób leczonych neuroleptykami w Polsce – efekty polityki refundacyjnej

Paweł Zagożdżon[1], Jakub Goyke[2]
[1]Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk
[2]Narodowy Fundusz Zdrowia, Gdańsk

Rola neuroleptyków w zapobieganiu zwiększonej chorobowości I umieralności wśród osób chorych psychicznie pozostaje niejasna. Celem niniejszego badania było oszacowanie współczynników zgonu wśród osób przyjmujących neuroleptyki I i II generacji i ich porównanie z umieralnością w populacji ogólnej.

Badanie przeprowadzono w oparciu o dane o refundacji leków w Narodowym Funduszu Zdrowia w województwie pomorskim w okresie 2008 – 2012. Uzyskano również dane o zgonach w tej populacji osób. Standaryzowane względem wieku współczynniki zgonów (SWZ) wyliczono dla osób przyjmujących tylko neuroletyki I generacji, tylko II generacji, obie grupy leków oraz dla osób przyjmujących klozapinę. W okresie 2008-2012 objęto leczeniem refundowanymi neuroleptykami 81 313 pacjentów i refundowano ponad 1 milion recept. SWZ dla osób leczonych lekami I generacji był najwyższy: 69,6 na 1 000. SWZ wśród osób leczonych zarówno lekami I jak i II generacji wynosił 53,24 na 1 000. Wśród osób leczonych klozapiną SWZ wynosił 65,11 na 1 000. Najmniejszą umieralność stwierdzono wśród osób leczonych tylko lekami atypowymi (II generacji) – SWZ 48,38 na 1 000. Umieralność wśród osób leczonych neuroleptykami była

ponad 10 razy wyższa od umieralności w populacji ogólnej. Różnice w ryzyku zgonu malały w analizowanymi okresie i były najmniejsze w 2012 roku, kiedy odnotowano tylko 3-krotne zwiększenie umieralności w poluacji leczonej lekami przeciwpsychotycznymi. Zmiany te mogą być wyrazem wymuszonych przez politykę refundacyjną zachowań lekarzy przepisujących refundowane leki neuroleptyczne. Wyniki nie zostały skorygowane o inne niż wiek i płeć czynniki zakłócające – wśród osób leczonych neuroleptykami zapewne było więcej współistniejących chorób somatycznych i więcej osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym.

23-letni mężczyzna z alkoholowym zespołem abstynencyjnym powikłanym stanem drgawkowym

Daniel Zalewski, Napoleon Waszkiewicz
SPP ZOZ, Choroszcz

Celem pracy jest prezentacja przypadku 23-letniego mężczyzny z alkoholowym zespołem abstynencyjnym powikłanym kilkudziesięcioma napadami drgawkowymi po których rozwinęło się majaczenie alkoholowe. Zwrócenie uwagi na przyczyny tego stanu i jego leczenie.

Opis 23-letniego mężczyzny z wywiadem uzależnienia od alkoholu, po dwumiesięcznym ciągu opilczym. Przywieziony do IP przez Pogotowie Ratunkowe z powodu wystąpienia kilku napadów drgawkowych (4-5). Od momentu przyjęcia do Oddziału, pomimo stosowanego leczenia, na przestrzeni kilkunastu godzin, u pacjenta wystąpiło kilkadziesiąt napadów drgawkowych z następowym rozwinięciem majaczenia alkoholowego.

Abstynencyjny zespół alkoholowy w ok. 10% powikłany jest napadami drgawkowymi lub majaczeniem alkoholowym. Pomimo szczególnej roli benzodwuazepin w leczeniu tego stanu w niektórych przypadkach napadów drgawkowych nie jest to leczenie przyczynowe a jedynie objawowe, które nie chroni przed uszkodzeniem OUN. Prawidłowa analiza przyczyn tego stanu a co za tym idzie jego odpowiednie leczenie są kluczowe. W pracy zwróciliśmy uwagę na te właśnie aspekty oraz możliwe postępowanie.

Dodatek

Zasady wypowiedzi dla prasy, telewizji i radia – zalecenia dla członków PTP – propozycja do dyskusji

Opracowanie: Prof. Agata Szulc

Wypowiedzi, które są afiliowane tytułem naukowym, stanowiskiem, miejscem pracy i sformułowaniem „psychiatra" powinny być zgodne z poniższymi zasadami:

1. Niedopuszczalne jest używanie sformułowań dotyczących psychopatologii, diagnozy psychiatrycznej: w żadnym wypadku, czy to dotyczącym osoby publicznej, grupy osób, warstwy społecznej, a także – w przypadku komentarzy do „medialnych" przestępstw (m. in. zbrodni).
2. Niedopuszczalne jest angażowanie się w spory polityczne, agitacja na rzecz konkretnej partii politycznej, zwłaszcza skierowana do pacjentów.
3. Należy dołożyć wszelkiej staranności, aby wypowiedzi były autoryzowane i nie ulegały przeinaczeniom w redakcji.
4. Należy unikać zarzutów wobec innych psychiatrów (np. konkretnej grupy osób) i oczywiście - zarzutów personalnych.
5. Wszelkiego rodzaju dane dotyczące epidemiologii, objawów, metod leczenia itp. powinny być poparte badaniami naukowymi i w żadnym wypadku nie mogą być związane z konkretnym „zapotrzebowaniem" firmy farmaceutycznej.
6. Należy unikać uogólnień, nie znajdujących poparcia konkretnymi danymi czy badaniami naukowymi, a także niezwiązanych z psychiatrią jako dziedziną medycyny.

Atrakcje Katowic

Magiczny Nikiszowiec, zabytkowa dzielnica Katowic

Górnicze osiedle położone na południu Katowic, znajdujące się na Szlaku Zabytków Techniki, industrialnej trasie turystycznej. Od 14 stycznia 2011 roku uznane przez ROZ za Pomnik Historii. Nikiszowiec zdobył również w 2011 roku czwarte miejsce w plebiscycie 7 Nowych Cudów Polski, zorganizowanym przez „National Geographic Traveler". Osiedle to zaprojektowali bracia Zillmann, Georg i Emil. Powstawało ono w latach 1908-1919 oraz 1920-1924. Wzniesione obok szybu Nikisz, który należał do kopalni „Giesche" (obecnie KWK Wieczorek). Zgodę na budowę osiedla wyraził Wydział Powiatowy dnia 17 grudnia 1908 roku, zastrzegając przy tym, że nowo wybudowane osiedle ma posiadać pełną infrastrukturę; wybudowany miał zostać kościół katolicki, szkoły, drogi, kanalizacja.

Na terenie Nikiszowca znajduje się również Galeria Szyb Wilson, której początki istnienia datuje się na rok 1826. Działało tam wówczas przedsiębiorstwo górnicze, na które składały się dwa szyby (od 1935r. ich nazwy to Wilson i Wilson II), Łaźnia, Cechownia, Zakład Przeróbczy, Nadszybie i Sortownia. Znajdował się tu również jeden z przystanków kolejki „Balkan", która służyła w latach 1920-1977 jako bezpłatny środek komunikacji osobowej i towarowej. Obecnie znajduje się tu przestrzeń ekspozycyjna dla Galerii Szyb Wilson, powstałej w 1998, na którą składają się: Mała Galeria, Średnia i Duża Galeria

Szlak Zabytków Techniki: Giszowiec

Osiedle – ogród dla robotników kopani Giesche i ich rodzin oraz dla pracowników hut cynku i ołowiu w Szopienicach i Roździeniu. Osiedle to powstało w latach 1907-1910, według projektu architektów z Charlottenburga- Jerzego i Emiliana Zillmanów. Znajdują się tu głównie domu dwu-, trzy- i czterorodzinne budowane na wzór starej górnośląskiej chaty wiejskiej.

Zgodę na jego budowę wydano dnia 22 czerwca 1906 roku. Pierwszy plan osiedla przedstawiał prostokąt z trój- bądź pięciokondygnacyjnymi domami dwudziesto-, trzydziestorodzinnymi, jednak projekt ten odpadł ze względu na zbyt wysokie koszty. Kolejny projekt należał do Anthona Uthemanna, który mówił o osiedlu głównie złożonym z domów wolnostojących, otoczonych niewielkimi ogrodami. Od 1914 roku funkcjonowała tam bezpłatna kolejka „Balkan". Z początku Giszowiec był samodzielnym osiedlem posiadającym własną administrację, który w roku 1924 został włączony do gminy Janów. W 1947 roku znalazł się w granicach powiatu miejskiego Szopienice, a w 1960 wraz z nim wszedł w skład Katowic. Do końca lat siedemdziesiątych pełnił funkcję osiedla-sypialni dla pracowników kopalni, głównie „Wieczorka" i „Staszica", bowiem w roku 1969 rozpoczęto w sąsiedztwie budowę osiedla spółdzielczego im. Stanisława Staszica, składającego się z jedenastopiętrowych bloków, wypierających jednopiętrowe domki. Obecnie część Giszowca objęta jest opieką konserwatorską.

SZLAK MODERNY

„Szlak Moderny" to trasa turystyczna stworzona, by przybliżyć zarówno gościom jak i mieszkańcom katowicką architekturę lat 20-tych i 30-tych XX wieku. Katowice to drugie polskie miasto, obok Gdyni, w którym na małym obszarze, znajduje się wiele budynków z okresu międzywojnia.

Na trasie o długości 5,5 km natrafimy na 16 najcenniejszych budowli modernistycznej zabudowy Katowic, w pobliżu których stanęły infokioski z prezentacjami multimedialnymi, mającymi ułatwić nam dostęp do informacji na temat katowickiej architektury.

Spacer wzdłuż Szlaku Moderny wraz z zabranym z Centrum Informacji Turystycznej (Rynek 13) folderem „ Modernizm w Katowicach. Szlak Moderny" pozwoli nam zrozumieć dlaczego Katowice nazywane były „polskim Chicago" oraz odsłoni przed nami ujmującą, silnie inspirującą stronę Katowic- miasta międzynarodowych wydarzeń kulturalnych.

Więcej informacji na temat modernistycznych Katowic.

„Drapacz Chmur"

Modernistyczny budynek przy ulicy Żwirki i Wigury 15, którego budowa rozpoczęła się w 1929 roku i trwała przez 5 lat. Za jego projekt odpowiedzialni byli konstruktor Stefan Bryła oraz architekt Tadeusz Kozłowski. „Drapacz Chmur" to 17-kondygnacyjny budynek, uznawany za najwyższy wieżowiec w Polsce, jednak miejsce ustąpił Pałacowi Kultury i Nauki, ukończonemu w 1955 roku. Mimo wszystko do tej pory „Drapacz Chmur" uznawany jest za najciekawszy i najbardziej

spektakularny przykład funkcjonalizmu w Polsce. W dużych, luksusowych mieszkaniach tego budynku mieszkali w czasie wojny pracownicy Urzędu Wojewódzkiego, a po wojnie m.in. takie osoby jak: Kazimierz Kutz, Gustaw Holoubek.

Pomnik Powstańców Śląskich

Największy i najcięższy pomnik w Polsce, znajduje się w Centrum Katowic obok ronda gen. Jerzego Ziętka, przy Alei Korfantego. Po raz pierwszy osłonięty 1 września 1967 roku. Za projekt odpowiedzialni byli G. Zemła (rzeźba) oraz W. Zabłocki zajmujący się architektoniczną koncepcją skrzydeł. Trzy skrzydła mają symbolizować trzy powstania śląskie w latach 1919, 1920 oraz 1921. Ciekawostką jest, że na pionowej skarpie, od strony ronda, znajdują się nazwy miast, w których toczone były bitwy oraz fakt, że pomnik ten został ufundowany przez społeczeństwo Warszawy.

Gmach Urzędu Wojewódzkiego (przed wojną Sejmu Śląskiego)

Budynek znajdujący się przy ulicy Jagiellońskiej 25, zaprojektowany przez krakowskich architektów: P. Jurkiewicza, L. Wojtyczkę, S. Żeleńskiego oraz K. Wyczyńskiego, który niestety zmarł w dniu ogłoszenia wyników konkursu na projekt gmachu. Budowa rozpoczęła się w 1924 roku i trwała przez 6 lat.

Altus

Katowicki wieżowiec przy ulicy Uniwersyteckiej 13, projektu Dietera Paleta, wybudowany w latach 2001-2003, działający wcześniej pod nazwą Uni Centrum 2000. Jest to obecnie najwyższy wieżowiec w Katowicach, liczący 29 pięter i 125 m wysokości. Mieści się tu m.in.: Centrum Filmowe Helios, fitness club, różne restauracje, kawiarnie, sklepy, biura oraz czterogwiazdkowy Qubus Hotel, na którego ostatnim, 27, piętrze, znajduje się Sky Bar, z którego podziwiać możemy wspaniałą, zapierającą dech w piersiach panoramę Katowic, a przy tym napić się czegoś dobrego.

Rondo gen. Jerzego Ziętka

Samo rondo wraz z podziemiami wybudowane zostało w roku 1965. Z początkiem XXI wieku rozpoczęła się wielka przebudowa. W 2006 roku oddany dwunawowy tunel. Również od 2006 roku połowę platformy Ronda przykrywa szklana trzypoziomowa kopuła. Na poziomie „-1" znajduję się jeden z dwóch kiosków oraz urządzenia nadzorujące pracę tunelu drogowego, na poziomie 0 znajdziemy kolejny kiosk, Centrum Utrzymania Tunelu oraz galerię Rondo Sztuki Akademii Sztuk Pięknych. Na ostatnim poziomie znajduje się klubo-kawiarnia „Oko Miasta"z której obserwować można zarówno wschody słońca jak i zachody, dzięki dwóm balkonom umieszczonym po przeciwległych końcach.

KULTURA

Budynek Teatru Śląskiego im. Stanisława Wyspiańskiego

Neoklasycystyczny budynek w Centrum Katowic (Rynek 2). zaprojektowany przez Carla Moritza, a oddany do użytku w roku 1907 jako teatr niemiecki. W roku 1922 w budynku tym zaczął działać Teatr Polski w Katowicach. Przebudowywany był w latach siedemdziesiątych XX w.

Hala widowiskowo-sportowa Spodek

Spodek to budynek MOSiRu o nietypowym kształcie, znajdujący się przy Alei Korfantego 35. Prace nad budową rozpoczęły się w 1964 roku a zakończyły w 1971.

Swoją niezwykłość Spodek zawdzięcza nie tylko niezwykłemu kształtowi, ale również wielofunkcyjności i charakterowi obiektów wchodzących w jego skład, dzięki którym organizowane są tam różnorodne wydarzenia, zarówno artystyczne, sportowe, jak i wszelakie targi, zjazdy, często odbywające się w tym samym czasie.

Biblioteka Śląska

Najstarsza książnica na Górnym Śląsku, wybudowana na przełomie lat 1922/1923, powołana do życia jako Biblioteka Sejmu Śląskiego. W latach 30-tych przekształcona na publiczną bibliotekę naukową. W roku 1934 przeniesiono Bibliotekę do budynku na ulicy Francuskiej, jednak z racji małej ilości miejsca na ciągle rosnące zabiory, magazyny znajdowały się w czterech różnych miejscach. Z racji w roku 1998 odbyło się uroczyste otwarcie nowego gmachu Biblioteki Śląskiej, znajdującego się na Placu Rady Europy 1.

Centrum Informacji Naukowej i Biblioteka Akademicka (CINiBA)

Wspólny projekt Uniwersytetu Śląskiego i Uniwersytetu Ekonomicznego, mający na celu usprawnienie udostępniania informacji niezbędnej do realizowania projektów obu uczelni, zwiększenie dostępności literatury oraz zwiększenie roli obydwu uczelnie w relacjach międzynarodowych. Ponadto Centrum pełnić będzie funkcję salonu intelektualnego miasta i regionu.

CINiBA otrzymała nagrodę główną w konkursie architektonicznym Tygodnika Polityka, nagrodę II stopnia w konkursie Budowa Roku 2011 organizowanym przez Polski Związek Inżynierów i Techników Budownictwa, nagrodę w kategorii Obiekt Roku & Grand Prix w 17 edycji konkursu Architektura Roku Województwa Śląskiego oraz zdobyła tytuł Bryły Roku 2011 w głosowaniu internautów.

Gmach CINiBA wzniesiony został przy ulicy Bankowej 11a, według projektu D. Hermana i P. Śmierzewskiego. Budowany w latach 2009-2011.

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego

To z początku założone przez Witolda Friedmana w 1929 roku Śląskie Konserwatorium Muzyczne, które w końcu, 12 listopada 1979 roku zmieniło status na Akademię Muzyczną, przyjmując równocześnie imię kompozytora Karola Szymanowskiego. Akademia składa się z czterech budynków, przy czym gmach główny, w stylu neogotyckim, znajduje się przy ulicy Wojewódzkiej 33. W tym samym budynku, w podziemiach, mieści się Muzeum Organów Śląskich. Z kolei od strony ul. Zacisze 3 w uroczym patio znajdziemy uroczą, małą kawiarnio – restaurację „Akolada" , w której można odpocząć, wypijając rewelacyjną kawę oraz zaspokoić głód.

Warto wspomnieć, że Akademia Muzyczna to najstarsza uczelnia wyższa na Górnym Śląsku oraz jedyna szkoła muzyczna na terenie Polski, w której kształcić się można w zakresie muzyki rozrywkowej i jazzu.

Centrum Kultury Katowice im. Krystyny Bochenek

Instytucja powstała 1 lipca 2010 roku w wyniku połączenia Górnośląskiego Centrum Kultury i Estrady Śląskiej, mieszcząca się na Placu Sejmu Śląskiego 2, w budynku, który został oddany do użytku 3 grudnia 1979 roku. CKK ma na celu upowszechnienie kultury i sztuki, edukację artystyczną ludzi młodych oraz organizację szeregu imprez, zjazdów, kongresów. W budynku Centrum Kultury mieszczą się się m.in.: Teatr Corez, Centrum Scenografii Polskiej, Biuro ESK 2016 Katowice, redakcja lokalnego przewodnika :"Ultramaryna", JazzClub Hipnoza. Warto wspomnieć, że w okresie wakacyjnym na terenie CKK działa Letni Ogród Teatralny, organizujący różnego rodzaju spektakle, koncerty i kabarety.

OBIEKTY SAKRALNE

Archikatedra pw. Chrystusa Króla

Neoklasycystyczna budowla budowana w latach 1927-1956, według projektu Z. Gawlika i F. Mączyńskiego. Jej mury wzniesiono z dolomitu, wydobywanego i obrabianego w kamieniołomach w Imielinie. Z początku budowla miała mieć wysokość 95 metrów, jednak po wojnie wysokość tę ograniczono do 59 metrów. Mimo wszystko Katedra ta pozostaje największym budynkiem sakralnym w Polsce.

Bazylika św. Ludwika Króla i Wniebowzięcia NMP

Neoromańska budowla sakralna znajdująca się w dzielnicy Katowic – Panewniki, przy ul. Panewnickiej 76. W 1906 roku położono kamień węgielny, a już w 1907 roku stanęła sylwetka kościoła. Bazylika słynie szczególnie ze swej Szopki, którą można oglądać od Świąt Bożego Narodzenia aż do 2. lutego.

Kościół drewniany pw. Św. Michała Archanioła

Wybudowany w 1510 roku w Syrynii. Dopiero w roku 1938 Kościół został przeniesiony do Katowic i usytuowany w katowickim Parku im. Tadeusza Kościuszki. Jest to najstarsza budowla sakralna na terenie Katowic.

Ewangelicko- augsburski kościół Zmartwychwstania Pańskiego

Neoromański budynek z lat 1856-1858, zaprojektowany przez Richarda Lucae, znajdujący się w Katowicach przy ulicy Warszawskiej 18. Była to pierwsza murowana świątynia Katowic. Ciekawostką jest, że są tu organizowane liczne koncerty muzyczne, dzięki 41-głosowym organom firmy Sauer z 1922 roku. W 2011 roku odbył się tu również koncert brytyjskiego artysty, Jakiego Woona, w ramach festiwalu Turon Nowa Muzyka.

Informacje ze strony: http://katowice.eu/miasto/turystyka-i-sport/atrakcje-turystyczne

Indeks alfabetyczny

A

Abramowicz Maria 125
Adamczyk Przemysław 130
Adamski Zygmunt 163
Adler Grażyna 159
Aleksandrowicz Jerzy 14, 74
Anczewska Marta 130
Andryszak Paulina 169
Antosik-Wójcińska Anna 14, 87
Araszkiewicz Aleksander ….117, 144, 149, 150, 151
Araszkiewicz Aleksandra 161
Arciszewska Aleksandra 14, 108

B

Babczyk Dorota 160
Babicki Mateusz 94
Badura-Stronka Magdalena 15
Bałkowiec-Iskra Ewa 129, 156
Baran Anna 15
Baran Iwona 119
Baron Piotr 15
Barry Kristen 34
Bartel Robert 16, 17
Bartkowska-Śniatkowska Alicja 83, 169
Bartnicka Anna 51
Bartosiewicz Anna 17
Bąk Daniel 17
Bednarek Agata 37, 56
Beil-Gawełczyk Julia 125, 138, 166
Beil-Sipko Sonia 125
Beszłej Aleksander 33
Białas-Kopystecka Dominika 18
Białousz Jolanta 125
Biedrzycki Sławomir 126
Bielańska Anna 18, 128
Bieńkowski Przemysław 77
Biernacka Katarzyna 116, 126, 157
Bierzyński Kaziemierz 18
Bil Jakub 19, 39, 122
Blow Frederic-C. 34
Błądziński Piotr 126, 130
Bobińska Kinga 20
Bobowska Joanna 157
Bogucka Magdalena 119
Bogusławska-Ziółkowska Ewa 109
Bohnert Amy 34
Bomba Jacek 18, 20
Borecki Krzysztof 159
Borkowska Alina 20
Borkowska Aneta 102
Bratek Agnieszka 20, 22, 29, 46, 47, 72, 73, 125, 136, 138
Brągoszewska Joanna 21, 86
Broczek Katarzyna 115
Broniarczyk-Czarniak Marta 127, 137
Bronowski Paweł 97
Brower Kirk-J. 169
Bruchajzer Elżbieta 21
Brudkowska Żaneta 127
Bryńska Anita 153
Brzezicka Aneta 118
Buras Aleksandra 128
Buszewicz Grzegorz 32
Buszman Krystyna 128
Buzuk Grzegorz 147
Bzinkowska Dorota 21

C

Cechnicki Andrzej …22, 42, 126, 128, 129, 130, 140
Cessak Grzegorz 129, 156
Charytonik Jolanta 53
Cheda Mateusz 142
Chłopocka-Woźniak Maria 125, 131, 169
Chłosta Piotr-L. 103
Chmielarz Piotr 44
Chodkiewicz Jan 129
Cholewa Dominika 138
Chrobak Adrian 22, 47, 108
Chrostek Anna 130
Chudziński Maciej 161
Cichocki Łukasz 22, 126, 129, 130
Cieślak Urszula 130
Ciszewski Leszek 113, 123, 148, 149
Citkowska-Kisielewska Anna 130
Ciułkowicz Marta 22
Ciuńczyk Izabela 28
Cylkowska-Nowak Mirosława 165
Cyranka Katarzyna ..14, 22, 23, 26, 56, 74, 75, 94, 103
Cysewski Piotr 71
Czajkowski Krzysztof 93, 118
Czarnecki Damian 23, 71
Czernikiewicz Andrzej 24, 25
Czerski Piotr 53
Czok Marcelina 25

Ć

Ćwiek Aleksandra 25

D

Daren Artur 126, 130
Dąbkowska Małgorzata 25
Dąbkowski Mirosław 26
Dąbrowski Marek 114
De-Barbaro Bogdan 26
Dembińska Daria 131
Dembińska Edyta ….22, 23, 26, 27, 56, 74, 75, 93, 94, 103
Dietrich-Muszalska Anna 27, 141, 142, 168
Dmitrzak-Węglarz Monika ..27, 53, 81, 82, 102, 106
Dołęgowska Barbara 46, 63
Dopierała Ewa 131
Dora Marta 28
Dorczak Anna 117
Dorosz Stanisław 28
Dragan Wojciech 28, 103
Drozdowicz Katarzyna 14
Drozdowicz-Jastrzębska Ewa 28
Dróżdż Wiktor 29, 37, 60, 141
Drzyzga Karolina 20, 22, 29, 46, 47, 72, 73, 136, 138
Duda-Sobczak Anna 161
Dudek Daniel 29
Dudek Dominika …14, 22, 46, 47, 99, 103, 104, 108, 121
Dyrda Wacław 95
Dziewit-Meller Anna 30
Dzieża Anna 154, 155
Dzikowska Izabela 30
Dzikowski Michał 30, 32, 134
Dziuk Mirosław 109
Dziurkowska Ewelina 132, 133
Dziurkowski Maciej 132, 133

E

Emich-Widera Ewa 56

F

Fedyk Oleg 115
Feit Julia 133
Feldman Michał 30
Ferensztajn-Rochowiak Ewa …31, 91, 131, 134
Filarowska Monika 31, 57
Flaga-Łuczkiewicz Magdalena 32
Flis Marta 30, 32, 76
Fornal-Pawłowska Małgorzata 33
Frończuk Piotr 30, 134
Frydecka Dorota 33, 53, 75
Fudalej Sylwia 34
Furgal Mariusz 34

G

Gaj Igor 125
Gajewski Jacek 30
Gajos Anna 71
Gajos Wenesa 34
Galińska-Skok Beata 35, 128
Gałecki Piotr 35, 127, 137, 153
Gałęcka Mirosława 51
Gawęda Łukasz 130
Gawlik Iwona 154, 155
Gawlik-Kotelnicka Oliwia 36
Gawron Mateusz 129
Gąska Agnieszka 36
Gierlotka Zbigniew 75, 76
Gierowski Józef-Krzysztof 36
Giguere Marta 37, 56
Giziński Lech-Miłosz 37
Glińska Magdalena 44
Głowacka Hanna 119
Gmaj Bartłomiej 37, 48, 73, 118
Gmitrowicz Agnieszka 37, 163
Gola Mateusz 38
Gołąbek Tomasz 103
Gondek Tomasz 38, 60, 118
Gorczyca Piotr 39, 42, 67, 68, 120
Gorzelańczyk Edward-Jacek 133
Gorzkowska Izabela 159
Gostomska Gabriela 22
Goyke Jakub 170
Góral Aleksandra 160
Górna Krystyna 39, 48, 49, 162
Górska Magdalena 156
Grabowska-Fudala Barbara 49
Grabowski Damian 39, 40
Grabski Bartosz 40
Gray Dolly 78
Groszewska Agata 53
Groszewska Katarzyna 52
Grygiel Paweł 130
Grzesiak Magdalena 80
Grzywacz Anna 40, 41

Gurbiel Anna 135
Gutowska Anna 41

H
Habrat Bogusław 41
Hanć Tomasz 102
Hannan Noel 60
Hauser Joanna 81, 82, 102
Heitzman Janusz 41, 42
Herczyńska Grażyna 30
Hese Robert-Teodor 42, 120, 121
Hillery John 60
Hintze Beata 42, 43, 52
Holka-Pokorska Justyna 44, 136
Hryńko Monika 143
Huang Eric 96

I
Ignyś Iwona 159
Ilgen Mark 34
Ilnicki Piotr 44, 57, 109
Ilnicki Stanisław 44, 89
Inglot Małgorzata 148
Iniewicz Grzegorz 45
Izdebski Paweł 45, 169
Izydorczyk Bernadetta 46
Izydorczyk Magdalena 136

J
Jabłoński Marcin 40, 46, 63, 160
Jach Robert 160
Jachimowski Askaniusz ...20, 29, 46, 72, 73
Jaeschke Rafał 14, 46
Jakima Sławomir 134
Jakubczyk Andrzej 47, 48, 169
Jakubowska Ewa 161
Janas-Kozik Małgorzata 51, 95, 122
Janeczko Weronika 22, 47
Janiec Michalina 47, 95, 136
Jankowiak Anna 48
Janusz Bernadetta 34
Januszewicz Andrzej 85
Januszko Piotr 48, 111, 118
Jaracz Jan 39, 49, 131
Jaracz Krystyna 39, 49
Jaracz Marcin 49
Jarema Marek 50, 136
Jarkiewicz Michał 50
Jaroszyński Andrzej 155
Jarząbek-Cudo Agnieszka 110
Jasiewicz Andrzej 40, 41
Jasionowska Justyna 127, 137
Jaworska-Andryszewska Paulina 137
Jelonek Ireneusz 51
Jeziorko Szymon 108
Jęda Patrycja 138
Jędrusik Ewa 64
Jońca Renata 142
Jończyk-Potoczna Katarzyna 125
Juchnowicz Dariusz 30, 51, 134
Jurczak-Robaszkiewicz Urszula 48
Jusiak Katarzyna 127
Just Marek 149, 150, 151

K
Kabat Marek 85, 111
Kachnic Justyna 138
Kaczyńska-Haładyj Maria-Marta ..139, 152
Kalinowska Joanna 140, 160
Kalinowska Sylwia 52
Kalisz Aneta 126, 130, 140
Kalka Dorota 28
Kałwa Agnieszka 52
Kamińska Katarzyna 53
Kamiński Jan 37
Kapała Anna 119
Kapelski Paweł 53, 81, 82
Kapinos-Gorczyca Agnieszka ..54, 99, 117, 119
Kapusta Nestor 54
Karabanowicz Ewa 54
Karabon Lidia 33
Karakuła Michał 142
Karakuła-Juchnowicz Hanna 30, 32, 51, 54, 55, 76, 127, 134, 140, 142, 155, 160, 164
Karczewska Małgorzata 119
Karmińska Ewa 166
Kasparek Krzysztof 40
Kasperek-Zimowska Beata 56
Kasprzak Jarosław 90
Kawiak Andrzej 71
Kazek Beata 54, 56
Kennedy James 96
Kepa Agata 95
Kiciński Paweł 155
Kiejda Justyna 39, 49
Kiejna Andrzej 75
Klasa Katarzyna 23, 56, 103
Klecka Małgorzata 122
Klich-Rączka Alicja 166
Klimkiewicz Anna 48, 169
Kochański Artur 57
Kolesińska Natalia 141
Kolińska Jolanta 141
Kołodziejczyk Iwona 34
Komorowska-Biernat Dorota 125
Kopera Maciej 48, 57, 73
Kopka Justyna 142
Korecka Klaudia 51
Korulczyk Leszek 142
Kosińska Bożena 58
Kosińska Ludmiła 57
Kosmowski Wojciech 58, 123, 143
Kossowski Bartosz 38
Kosz Aleksandra 117
Koszutski Tomasz 51
Kotas Roman 143
Kotlicka-Antczak Magdalena 59
Kotyra Sławomir 71
Kowal-Popczak Agnieszka 160
Kowalczyk Małgorzata 59, 64
Kowalczyk Robert 59
Kowalewska Beata 60
Kowalewski Łukasz 60
Kowalski Jan 64
Kozak Gustaw 140, 164
Koziarska-–Rościszewska Małgorzata .153
Kozioł Małgorzata 30, 32
Kozłowska Elżbieta 90
Krakowiak Anna 153
Krakus Klaudia 144
Krasowska Aleksandra 60
Krefft Maja 38, 60, 118
Krukow Paweł . 30, 32, 51, 61, 76, 140, 160
Krupka-Matuszczyk Irena 62
Kruszyńska Edyta 144, 145
Krysta Janina 62
Krysta Krzysztof 20, 62, 63
Krzymińska-Siemaszko Roma 115, 166
Krzystanek Marek 59, 62, 63
Krzywotulski Miłosz 169
Krzyżowska Kinga 95
Kubicz Monika 142
Kucharska Katarzyna ...37, 56, 64, 116, 157
Kucharska-Mazur Jolanta 46, 63, 64, 97, 134
Kuchta Katarzyna 145
Kucia Krzysztof .20, 22, 29, 46, 47, 64, 72, 73, 125, 136
Kujawski Ryszard 145, 146
Kułakowska Dorota 64
Kunc Marek 133
Kurpisz Jacek 65
Kuśmierczyk Elżbieta 65
Kuty-Pachecka Marta 146
Kwiatkowski Łukasz 167

L
Lasoń Wojciech 133
Lazarowska-Mielnik Karolina 65
Lech Katarzyna 66
Lemczak Dariusz 125
Lepczyńska Natalia 156
Leszczyńska-Rodziewicz Anna . 53, 81, 82, 106
Leśnicka Agata 123
Lew-Starowicz Michał 38, 66, 136
Lewandowicz Marta 165
Linke Magdalena 67
Lipski Wojciech 67
Lisik Małgorzata 122
Lorek Miłosz 116
Lukasik Sylwia 162

Ł
Łabuz-Roszak Beata 67, 68, 69
Łaczmański Łukasz 75
Łangowska-Grodzka Beata 23, 68
Łazarz Sonia 147
Łężak Wojciech 148
Łojko Dorota 68, 147, 161, 162
Łoza Bartosz 24

M
Macander Marian 69, 120, 137
Mach Anna 169
Machowska-Majchrzak Agnieszka 69
Maciukiewicz Małgorzata 53
Madany Łukasz 69
Majewska Magdalenia 55
Majka Magdalena 119
Mak Monika 65, 69, 109
Makara Marta 69
Makara-Studzińska Marta 70
Makarewicz Agata 140, 147, 164
Makowiecka-Cieśla Magdalena 85
Malicki Dariusz 79, 134
Małecka Iwona 40, 41
Małecka-Massalska Teresa 164
Małyszczak Krzysztof 70, 148
Marchewka Artur 38
Marcinowski Filip 71
Markowska Anita 68, 71
Marlicz Wojciech 83
Marquardt Maria 123
Masiak Jolanta 71, 170
Matacz-Szymanowicz Iwona 117
Matusiak Anna 95
Matuszak-Wojciechowska Lidia 110
Matuszczyk Maciej 77
Mazgaj Elżbieta 115, 116

Mazur Małgorzata 109
Merk Wojciech 20, 29, 46, 72, 73
Mędrala Tomasz 29, 46, 72, 73
Michalak Michał 134
Michalak Monika 158
Michalska Aneta 73
Michalska Julia 148
Michałowski Jarosław 73
Miechowicz Izabela 81
Mielimąka Michał …14, 22, 23, 26, 56, 74, 75, 94, 103
Mierzejewski Paweł 75
Mijas Magdalena 28
Misiak Błażej 33, 75
Misiołek Aleksandra 75, 76
Misztak Paulina 99, 104
Młożniak Ewa 31
Modrzejewska Renata 20
Mojs Ewa 168
Mokros Łukasz 148
Morylowska-Topolska Justyna ..30, 32, 51, 76, 160
Moskowitz Andrew 76
Mossakowska Małgorzata 115, 166
Moś Danuta 149, 150, 151
Murawiec Sławomir 77, 123
Myślińska Dominika 54

N

Napierała Małgorzata 135
Narożna Beata 53, 106
Nasierowski Tadeusz 30, 77
Neumann-Podczaska Agnieszka 165
Nieznańska Anna 49
Nixon Robert 78
Nogal Tomasz 159
Nowak Anna 78
Nowak Gabriel 78, 99, 104
Nowakowska-Domagała Katarzyna 148
Nowakowska-Kotas Marta 143
Nowobilski Roman 34
Nowopolski Michał 113, 123, 148, 149
Nurkowska Olga 47, 136
Nycz Anna 78, 109

O

Ochędzan Daria 79
Ogłodek Ewa 144, 145, 149, 150, 151
Okruszek Łukasz 79, 115
Olajossy Marcin 79
Olczyk Wojciech 129
Opio Małgorzata 130, 152
Opolska Aneta 51, 55
Orzechowska Agata 152
Ostachowska Anna 154, 155
Ostaszewski Krzysztof 162
Ostrowska Lucyna 80
Owczarek Aleksander 64
Owecki Maciej 147

P

Pac Agnieszka 20
Pacan Przemysław 80
Palczynska Aleksandra 95
Palka Joanna 22, 129
Paluch Kamila 95
Pałys Wiktor 81
Panasiuk Jolanta 139, 152
Pankowicz Hanna 32, 76
Paszyńska Elżbieta 81
Pawełczyk Agnieszka 59
Pawełczyk Tomasz 59
Pawlak Joanna 27, 53, 81, 82, 106
Pawlak-Adamska Edyta 33
Pawliczuk Witold 82
Pawłowski Tomasz 148, 157
Pełka-Wysiecka Justyna 82, 83, 109
Permoda-Osip Agnieszka 83
Perzyński Janusz 84
Petrović-Chojnacka Ana 57
Pęczek Magdalena 160
Pękala Krzysztof 90
Piątek Aleksandra 153
Pierzchała Krystyna 84
Pietras Tadeusz 148
Pilecki Maciej 20
Pilszyk Anna 152
Piontek Alicja 135
Piotrowska Anna-Justyna 85, 111
Piotrowski Patryk 75
Piotrowski Tadeusz 33, 48, 85
Piróg-Balcerzak Agnieszka 86
Pisarska Katarzyna 48
Pisula Agnieszka 153
Plechawska-Wójcik Małgorzata 61
Plencler-Bańczyk Iga 129
Pobocha Jerzy 86
Podemski Ryszard 143
Podgórska Anna 34
Pokryszko-Dragan Anna 143
Polak Nikodem 71
Poleszczyk Anna 87
Połomska Marta 119
Ponomaryov Vladimir 88
Popek Lidia 88, 162
Popiołek Lech 154, 155
Poradowska Ewa 88
Potenza Marc 38
Prejbisz Aleksander 85
Prot-Klinger Katarzyna 88
Próchnicki Michał 127, 155
Przydacz Mikołaj 103
Ptaszyński Paweł 90
Pudło Magdalena 95
Putyński Leszek 158
Pytlińska Natalia 102, 156

R

Radzikowski Andrzej-K. 89
Radziwoń-Zaleska Maria 89
Rajewska-Rager Aleksandra 53, 81, 82
Rasmus Paweł 90
Ratajczak Mariusz 46, 63, 90, 97, 134
Reginia Artur 63
Remberk Barbara 86, 91
Remlinger-Molenda Agnieszka 31, 91
Rębisz Krzysztof 140
Rodek Patryk 95
Rodzinka Marcin 59
Rojek Jakub 142
Rojewska Katarzyna 92
Rojewska-Nowak Anna 92
Rokita Konrad 156
Rowicka Magdalena 52
Rozya Paulina 92
Różańska-Walędziak Anna 93, 118
Rubiś Błażej 40
Ruchała Marek 147
Rudnicki Bartosz 159
Runowska Maria 65
Rutkiewicz Adam 135
Rutkowska Emilia 156, 157
Rutkowski Krzysztof 22, 23, 26, 27, 56, 74, 75, 93, 94, 103, 138, 154, 155, 164
Rybak Ewelina 47, 95, 136
Rybakowski Filip 102, 110, 116, 157
Rybakowski Janusz ..14, 31, 53, 83, 91, 99, 104, 125, 131, 134, 137, 147, 169
Rymaszewska Joanna 94, 157
Ryszewska-Pokraśniewicz Beata 89

S

Sadowska Katarzyna 158
Salomon-Perzyński Aleksander 95
Samochowiec Agnieszka 41, 69, 109
Samochowiec Jerzy . 40, 41, 46, 52, 63, 64, 83, 96, 97, 108, 134
Sawicka Maryla 37, 56, 92, 97
Schlaepfer Thomas 97
Serafin Piotr 34
Serafinowicz Justyna 163
Sescousse Guillaume 38
Sieroń Aleksander 122
Siga Olga 154, 155
Silczuk Andrzej 98
Sipowicz Justyna 146
Sitnik-Warchulska Katarzyna 98, 99
Siuda-Krzywicka Katarzyna 22
Siwek Marcin 14, 22, 47, 99, 104, 108
Skalski Michał 28, 33, 100, 101, 103
Skiba Aleksandra 158
Skibińska Maria 53, 117, 169
Skonieczna-Żydecka Karolina 159
Skórzak Marek 119
Skrok-Wolska Dominika 126
Sluja Katarzyna 95
Słoka Natalia-Kinga 75
Słopień Agnieszka …53, 81, 102, 110, 118, 156
Słowik Agnieszka 160
Smyk Lidia 159
Sobański Jerzy-A. 22, 23, 26, 56, 74, 75, 94, 103
Sobieraj Anna 95
Sobów Tomasz 90
Sokołowski Andrzej 54, 69, 103
Sowa-Kućma Magdalena 99, 104
Sroka Radosław 159
Stankiewicz Marek 159
Stańczykiewicz Bartłomiej 157
Starzomska Małgorzata 64, 116, 157
Stecka Mariola 140
Stelmach Ewa 160
Streb Joanna 160
Strzelecki Dominik 59
Styczeń Krzysztof 14, 99, 104
Su Kuan-Pin 104
Suchanecka Aleksandra 40, 41
Sułecka Aleksandra 130
Suwalska Aleksandra 39, 104, 161, 162, 163, 165
Suwalska Julia 161, 162
Szachta Patrycja 105, 159
Szafraniec Leonard 105
Szafrański Tomasz 30, 105, 162
Szałkowska Agnieszka 117
Szaniawska Monika 105
Szaulińska Katarzyna 162
Szczegielniak Anna 163
Szczegielniak Jan 163
Szczepankiewicz Aleksandra ….81, 82, 106
Szcześniak Dorota 94

Szczygieł Marta 161, 163
Szelenberger Waldemar 85, 111
Szewczuk-Bogusławska Monika 33
Szewczyk Bernadeta 99, 104
Szmajda Rafał 163
Szmida Elżbieta 75
Szmuc Zuzanna 164
Szpalik Renata 39
Szwench-Pietrasz Elżbieta 85
Szybalska Aleksandra 115, 166
Szymanowska Joanna 125
Szymańska Anna 124
Szymańska Sylwia 57, 106, 107, 109
Szymona Kinga 140, 164
Szyszko-Ginalska Sylwia 57, 107

Ś

Ślęzak Ryszard 75
Świerkosz Agata 103
Święcicki Łukasz 107
Świtaj Piotr 130

T

Talarowska Monika 107, 127, 137, 153, 158
Tarnowski Maciej 63
Tereszko Anna 22, 47, 108, 166
Teter Mariusz 164
Tobis Sławomir 165, 166
Tobolska Dominika 116
Tokarz Krzysztof 26
Torbus Magdalena 67
Toś Mateusz 47, 136
Trędzbor Beata 166
Trojanowska Joanna 126
Truszczyński Olaf 69, 137
Trześniowska-Drukała Beata 108
Tudorowska Malwina 108
Turek Aleksander 166
Twarowska-Hauser Joanna 53, 106
Tworus Radosław 31, 57, 78, 109
Tyburski Ernest 54, 69, 103, 109
Tyszkiewicz-Nwafor Marta 81, 110, 156

U

Ufnal Marcin 118
Urban Anna 145
Urban-Kowalczyk Małgorzata 59, 110
Urbańska Anna 160
Urbańska Katarzyna 94, 157
Urbańska Marta 126, 167
Uzar Izabela 159

V

Van-Damme-Ostapowicz Katarzyna 167
Vetulani Jerzy 110

W

Wachnik Olga 22
Wajda Zbigniew 111
Walacik-Ufnal Ewa 111
Walczewska Jolanta 154, 155
Walecki Piotr 133
Wałecka Małgorzata 126
Waniek Joanna 125
Warchoł-Biedermann Katarzyna 168
Warchoł-Celińska Ewa 85
Wardeński Ryszard 112
Waszkiewicz Napoleon 128, 171
Wciórka Jacek 112, 113, 130
Wcisła-Zamojska Kamila 168
Welento-Nowacka Agnieszka 113, 123, 148, 149
Wesołowski Marek 132
Wichniak Adam 114, 115, 136
Wieczorowska-Tobis Katarzyna 115, 165
Wierzbicka Aleksandra 114, 136
Wilczyński Krzysztof-Maria 115, 116
Wilk Marcin 125
Wilkos Ewelina 37, 56, 64, 116, 157
Wiłkość Monika ...27, 53, 82, 106, 117, 169
Wincewicz Karolina 117
Wiśniewska Grażyna 125
Wiśniewska Hanna 159
Wiśniewski Krystian 169
Witusik Andrzej 148
Wizner Dominika 115, 116
Włodarczyk-Skórzak Beata 117
Wnorowska Anna 48, 169
Wojciechowska Aneta 118
Wojciechowska Irena 38, 60, 118
Wojnar Marcin 34, 47, 48, 169
Wolańczyk Tomasz 102
Wołyńczyk-Gmaj Dorota ...37, 48, 100, 118
Wordecha Małgorzata 38
Wosz Agnieszka 119
Woźniak Adam 158, 170
Woźniak Tomasz 119
Wójcik Grzegorz 71, 170
Wójtowicz Stanisław 97
Wroński Michał 83
Wróbel Anderzej 37
Wrzosek-Borodiuk Agnieszka 88
Wutke Joanna 138
Wygnał Natalia 159
Wypych Marek 38

Z

Zabłocka Agnieszka 157
Zagożdżon Paweł 170
Zając-Lamparska Ludmiła 71, 117, 169
Zakrawacz Michalina 119
Zalewski Daniel 171
Załuska Maria 119
Zaniewska-Chłopik Urszula 124
Zaremba Dorota 53, 81, 82
Zboralski Krzysztof 120, 137
Zbyszewski Maciej 109
Zbyszkowicz Maciej 132, 133
Zdanowicz Magdalena 161
Ziemka Simon 118
Zięba Andrzej 120, 121
Ziółkowski Marcin 120
Zozulińska-Ziółkiewicz Dorota 161
Zyss Tomasz 42, 120, 121

Ż

Żechowski Cezary 123
Żuchowicz Paulina 144
Żuławska Anna 140
Żurner Natalia 59