

Optymalizacja leczenia w psychiatrii

Optimisation of Treatment in Psychiatry

wersja online / online version
ver. 14.12.2014

11-13 grudnia / December 2014
Wisła, Poland

www.Psychiatria2014.medforum.pl

VIII Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa

Optymalizacja leczenia w psychiatrii

Wisła, 11–13 grudnia 2014

8th International Scientific Research and Training Conference

Optimisation of Treatment in Psychiatry

11–13 December 2014, Wisła, Poland

Komitet naukowy - Scientific Committee

EPA Sympsium

Prof. Przemysław Bieńkowski, Poland

Manuel Martin Carrasco, Spain

Prof. Geert Dom, Belgium

Prof. Wolfgang Gaebel, Germany

Prof. Peter Falkai, Germany

Prof. Marek Jarema, Poland

Prof. Jerzy Samochowiec, Poland

Prof. Danuta Wasserman

Prof. Marcin Wojnar, Poland

Local Committee

Prof. Irena Krupka-Matuszczyk – Przewodnicząca (Chair)

Dr Krzysztof Krysta – Sekretarz (Secretary)

Prof. Przemysław Bieńkowski

Prof. Andrzej Czernikiewicz,

Prof. Albert Diefenbacher, Germany

Dr Anna Dunajska,

Dr Marcin Jabłoński

Dr hab. Małgorzata Janas-Kozik

Dr hab. Marek Krzystanek

Dr hab. Krzysztof Kucia

Prof. Bartosz Łoza

Dr Maciej Matuszczyk

Dr Sławomir Murawiec

Prof. Tadeusz Parnowski

Dr hab. Robert Pudło

Prof. Jerzy Samochowiec

Prof. Tomasz Sobów

Komitet Organizacyjny - Organising Committee

Dr Maciej Matuszczyk – Przewodniczący (Chair). Członkowie: Marcin Hewig, Katarzyna Irzeńska, Tomasz Jurczak, Sebastian Klamt, Dariusz Korsak, Dr n.med. Krzysztof Krysta, Magdalena Matuszczyk, Michał Matuszczyk, Magdalena Pawełkiewicz, Marcin Sztajgli, Radosław Wojtyczka, Krzysztof Wroński.

Website: <http://psychiatria2014.medforum.pl>

Obsługa konferencji - Organising secretariat:



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

© Copyright by Medforum Sp. z o.o.

Spis treści

Sesje wykładowe / Lectures.....	7
Schizophrenia patients with obsessive compulsive symptoms.....	7
Is Internet overuse can significantly affect the rhythm and quality of sleep?.....	7
Impact of childhood factors on the development depression.....	7
Komunikowanie się z pacjentem z chorobą nowotworową.....	8
The European Federation of Psychiatric Trainees a chance for young psychiatrists to grow.....	8
Poland in need of a Psychiatric Trainees' Association.....	9
Fibromialgia - koncepcja psychosomatyczna, diagnoza i leczenie.....	9
European Federation of Psychiatric Trainees, Child and Adolescent Working Group - together across the Europe.....	10
EFPT Exchange Programme.....	10
Zbieranie wywiadu u pacjenta z podwójną diagnozą.....	11
Układ glutaminergiczny - jego rola w etiopatogenezie schizofrenii i depresji.....	11
E-mental Health in community psychiatry.....	12
Barwy i obrazy w depresji – oczami poety Tomasza Jastruna i lekarzy psychiatrów.....	13
Psychiatria oparta na doświadczeniu - rozmawiać aby pomóc.....	13
Lucid Dreams: who can enter the world of dreams?.....	14
Patogeneza i neurobiologia organicznych zaburzeń nastroju.....	15
Kryzys Małżeński w przebiegu choroby somatycznej.....	15
Fenomenologia, genomy i epigenetyka: etiologia w psychiatrii – implikacje dla leczenia.....	16
Markers in schizophrenia: what do they „tell us”?.....	16
Analysis of prevalence of suicidal tendencies among adolescents in the city of Katowice at the age of 18 - 20.....	17
Koncepcja organicznych zaburzeń psychicznych.....	18
Brief Solution Focused Therapy introduced: expected and unexpected outcomes.....	18
Badanie korelacji pomiędzy nadmiernym użytkowaniem internetu a punktacją w skali Beck'a.....	19
The Brain Drain Project: Migration of Psychiatry Trainees Survey. Results from Poland.....	19
Suicidal behaviour in addictions.....	20
Program wczesnego wykrywania zaburzeń ze spektrum ASD.....	21
Różnorodność i indywidualizacja doświadczenia w zatrudnieniu wspomaganych osób z niepełnosprawnością intelektualną.....	21
Warsztaty / Workshops.....	27
Biologiczne metody leczenia depresji- teoria i praktyka. Wyniki badań i doświadczenia II Kliniki Psychiatrycznej IPiN.....	27
Znaczenie układu neuroendokrynologicznego w kształtowaniu ryzyka i przebiegu PTSD.....	27
Kardiochirurgia i neuropsychiatria – dysfunkcje neuropsychiatryczne po operacjach kardiochirurgicznych.....	28
Od przedszkola do doktora - masturbacja dziecięca okiem psychoterapeuty.....	28
Swój własny psychiatryczny gabinet lub przychodnia? Mocne i słabe strony, szanse oraz wyzwania dla psychiatrów.....	29
Zaburzenia funkcji poznawczych u alpinistów.....	29
Problematyka obserwacji sądowo-psychiatrycznej.....	30
Leczenie elektrowstrząsami (EW) - stan obecny i nowe wyzwania.....	30
Specyfika superwizji w psychoonkologii.....	30
Jak rozumieć zaburzenia zachowania?.....	31
Spektrum Poalkoholowych Wrodzonych Zaburzeń Rozwojowych (FASD) – diagnostyka	

różnicowa.....	32
Społeczny masochizm w gabinecie specjalisty – perspektywa psychoterapeutyczna.....	33
Pacjent z zaburzeniami osobowości w warunkach oddziału psychiatrycznego jako wyzwanie dla zespołu leczącego- możliwości i ograniczenia terapii.....	33
Ketamina jako anestetyk w zabiegach elektrowstrząsowych.....	34
Zaburzenia seksualne u pacjentów z zaburzeniami osobowości.....	34
Czynnik ludzki w wypadkach lotniczych.....	34
Borderline czy schizofrenia?.....	35
Zespół wypalenia zawodowego: metody zapobiegania i strategie radzenia sobie.....	36
Prenatalne korzenie depresji, homoseksualizmu, otyłości i innych zaburzeń, czyli jak przeżycia prenatalne wpływają na psychikę i życie człowieka.....	37
Postępowanie terapeutyczne w majaczeniu alkoholowym.....	37
Prowadzenie pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych – czego nauczył nas europejski program DRUID.....	37
Terapia psychoonkologiczna oparta na zasobach pacjenta.....	38
Postery / Posters.....	39
Współwystępowanie otyłości i depresji.....	39
Występowanie uzależnienia od korzystania ze smartfonów.....	39
An association between affective temperament dimensions and job stress in nurses and government administration workers.....	40
Katatonía - przyczyny, objawy, leczenie.....	40
Samobójstwo w zaburzeniach psychicznych.....	41
Lęk społeczny = otyłość?.....	41
Wpływ nadwagi i otyłości na skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych.....	41
Ruchy gałek ocznych u osób uzależnionych od opiodów HIV (+) leczonych substytucyjnie lekiem metadon.....	42
Zaburzenie rozumienia mowy u osób uzależnionych od opiodoidów.....	43
Badanie wartości odcinka QT/QTc u osób uzależnionych od opiodoidów leczonych substytucyjnie lekiem metadon.....	44
Body Dismorphic Disorder - czego powinniśmy nauczyć się od naszych pacjentów?.....	45
Current trends in mortality in persons with schizophrenia.....	45
Ocena wybranych parametrów ruchu gałek ocznych przed i po podaniu leczniczej dawki leku metadon u osób uzależnionych od opiodoidów leczonych substytucyjnie.....	46
Zespół serotoninowy jako powikłanie polifarmakologii.....	47
Zespoły amnestyczne - etiologia, objawy, diagnostyka.....	47
Co mógłby pies wniesić na oddział? Who let the dogs in?.....	49
Allostatic load - the new concept describing course and outcome of schizophrenia.....	49
Disturbances of attention in dual diagnosis patients.....	50
Zaburzenie rozumienia mowy u osób uzależnionych od alkoholu.....	51
Stosunek do osób z zaburzeniami psychicznymi i podstawowa wiedza o psychiatrii wśród populacji uczniów szkół średnich i studentów.....	51
Czy schizofrenia może być zaraźliwa? O roli czynników infekcyjnych w etiologii schizofrenii.....	52
Seksting – czego jeszcze o nim nie wiemy?.....	53
Involuntary psychiatric admissions in the Institute of Psychiatry and Neurology - brief report.....	53
Zdrowienie = zatrudnienie = zdrowienie, nie zatrudnienie to wykluczenie.....	54
Zaburzenia sekrecji śliny po leczeniu neuroleptykami – problem interdyscyplinarny.....	54
MCP-1, CCL-5 i SDF-1 jako biomarkery stanu zapalnego w lęku napadowym i zaburzeniach osobowości.....	55

Zaburzenia depresyjne u pacjentki z niedokrwistością oraz niedoczynnością tarczycy w wywiadzie.....	55
Aleksytymia u osób chorujących na zaburzenia lękowo-depresyjne i łuszczycę.....	56
Stężenia chemokiny MCP-1, receptora CCR-2 i IL-6 u pacjentów z depresją.....	56
Sprawcy dotknięci zaburzeniami preferencji seksualnych – status prawny w polskim i austriackim prawie karnym.....	56
Środki izolacyjno-lecznicze stosowane wobec sprawców niebezpiecznych w związku z tzw. ustawą o bestiach, polskie rozwiązania prawne na tle porównawczym innych krajów Unii Europejskiej – uwagi prawnika dla lekarza psychiatry.....	57
Statut prawny substancji psychotropowych – porównanie systemu polskiego i austriackiego	58
View of future in the eyes of students from Medical University of Silesia.....	58
Differences in level of depression between medical and technology students from Poland, Portugal and Germany.....	59
Power of #hashtag: review of recent mental health campaigns for adolescents and young people.....	59
Nonsuicidal Self- Injury and Suicidal Behavior Disorder in adolescent girls diagnosed with Conduct Disorders.....	60
Lęk i depresja u pacjentów z chorobą nowotworową leczonych radioterapią.....	60
Patients' expectations of psychotherapy.....	61
Czy wyzdrowienie w schizofrenii jest możliwe?.....	61
The role of psychological factors in cancer development and progression: a review.....	62
Rola układu endokannabinoidowego w patogenezie otyłości i depresji.....	62
Analiza wybranych cech funkcjonowania psychologicznego uczniów szkół średnich i studentów.....	64
Analysis of selected characteristics of the psychological functioning of secondary school pupils and students.....	64
The attitude to people with mental disorders and basic knowledge of psychiatry in the population of university and high school students.....	65
Schizofrenia czy neuroboelioza? - trudności diagnostyczno-terapeutyczne. Opis przypadku	67

Sesje wykładowe / Lectures

Schizophrenia patients with obsessive compulsive symptoms

*Köksal Alptekin
Department of Psychiatry, Izmir*

Schizophrenia is a chronic disabling disorder lasting all the life. There are many different subclinical forms of schizophrenia regarding clinical features, prognosis and treatment. Schizophrenia patients with obsessive compulsive symptoms have many different clinical characteristics. At first they are difficult to treat patients and usually have poor prognosis compared to schizophrenia patients without obsessive compulsive patients. Also they have poor neurocognitive performance. Treatment usually includes antipsychotics combined with serotonergic medicines such as SSRI and Clomipramine. However serotonin dopamine antagonist medicines such as Clozapine, Olanzapine, Quetiapine and Risperidone may also cause obsessive compulsive symptoms in schizophrenia patients although they usually may be effective in these symptoms. In some treatment resistant schizophrenia patients with obsessive compulsive disorder add on low dose Clozapine or ECT may be a good option to reach remission of symptoms. In this presentation two schizophrenia cases with obsessive compulsive symptoms will be presented.

Is Internet overuse can significantly affect the rhythm and quality of sleep?

*Kamila Paluch, Krzysztof Wilczyński, Elżbieta Mazgaj, Anna Faba, Angelika Kocłęga, Paulina Wierzbicka,
Weronika Wajda, Sara Antas
Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice*

Internet - on the one hand, a source of entertainment and information, on the other hand, however, increase access to it resulted in the emergence and development of various kinds of behavioral disorders, including addiction. The main problem is the inability to control the time spent on the internet. In addition leads to the neglect of daily activities causing difficulties in the social field or occupation. The physical symptoms of Internet addiction include, among others sleep disorders related to use of the Web in the late hours of the night, disrupting normal sleep-wake rhythm.

The aim of the survey was to analyze the association between the occurrence of Internet addiction and sleep disorders. The study is based on our proprietary questionnaire, which was sent via social networking sites (eg. Facebook.com) within one year from 10.01.2013 to 01.10.2014. The questionnaire consisted of three parts - the questions related to aspects of the demographic, sleep hygiene and the use of the Internet. 918 correctly completed questionnaires were collected. The average age was 22 with a maximum of 57 and a minimum of 14. Sleep disorders were measured by the scale of Athens. Statistical analysis was used StatSoft "Statistica" version 10.0.

Impact of childhood factors on the development depression

*Weronika Bulska¹, Magdalena Bonk¹, Mariusz Seweryn¹, Krzysztof Krysta²
¹STN Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice
²Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice*

Introduction: The proper course of development processes has great importance in the further being of the individual. The subsequent prosperity and functioning of the human being may be affected by troubles and disorders of this period.

The aim of study was to analyze the factors and incidents from childhood on the development of depression.

Methods: 1094 respondents were examined. Beck Depression Inventory and author's questionnaire were used as a research tool. Statistical analysis was prepared using Statistica v10.

Results: Between negative relationships with parents during childhood and severity of depression in adulthood, the statistical significance was observed ($p=0.00001$). The negative relation with mother often were indicated by the respondents with severe depression ($p=0.000001$). Separation of the parents was reported significantly more often by people with depression ($p=0.05$). Physical and mental violence in childhood were significantly more prevalent in people with depression ($p=0.000001$). There were no statistical differences between the death of parents, cancer in the family during childhood and the incidence of depression. Intensification in the spread of depression was observed in case of greater interest siblings by parents during early years ($p=0.00004$). Deficiency of support and interest from parents in childhood were correlated with the severity of depression in respondents ($p=0.00001$). Statistical significance was observed between poor contact with equals in childhood and severity of depression.

Conclusions: The higher frequency of depression is correlated with following factors: pathological, negative relationships with equals and parents, inadequacy of interest on their part and mental illness in the family during childhood.

Komunikowanie się z pacjentem z chorobą nowotworową

*Stefan Frydrychowicz
Akademia Ignatianum, Kraków*

Komunikowanie się z pacjentem z chorobą nowotworową wymaga uwzględnienia kilku kwestii:

1. Aktualnej sytuacji psychologicznej pacjenta, rozpatrywanej w perspektywie rozwojowej krótkoterminowej i długoterminowej i wynikających z niej potrzeb.
2. Prawdopodobieństwa nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z pacjentem.
3. Uwzględnienia czterech płaszczyzn komunikowania się: informacyjnej, energetyczno-emocjonalnej, wspólnego wykonywania czegoś, współdziałania i relacyjnej.
4. Zapewnienia odpowiedniej regulacji i koordynacji powyższych wspomnianych płaszczyzn komunikacji.
5. Stosowania odpowiednich sposobów komunikowania się: jednostronnego, dwustronnego i trójstronnego.
6. Umiejętności radzenia sobie z zakłóceniami pojawiającymi się w procesie nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z pacjentem.

Efektywne komunikowanie się z pacjentem wymaga odpowiednich kompetencji komunikacyjnych, uwzględniających powyższe zasygnalizowane rodzaje wiedzy i umiejętności.

The European Federation of Psychiatric Trainees a chance for young psychiatrists to grow

*Tomasz Maciej Gondek, Maja Krefft, Irena Wojciechowska
Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław*

The European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) is an independent, non-profit umbrella organization for European national psychiatric trainees' associations. The EFPT is officially recognized by the European Union of Medical Specialists (UEMS), the European Board of Psychiatry and European Board of Child and Adolescent Psychiatry. It represents the consensus of psychiatric trainees' organizations across European countries and advocates for what training should look like, regardless of the country. Since its inception in 1992, the EFPT has sustained a steady growth and currently represents psychiatric trainees from over 30 European countries.

The EFPT aims to explore the diversity and richness of current training of psychiatrists in Europe; to support the development of national trainees' organizations in all European countries; to promote and represent internationally the views of the trainees in all branches of psychiatry and to translate the discussion of trainees into action at a local level to improve training.

EFPT Forum is one of the Federation's core activities. It is a meeting organized annually which provides the opportunity to report on the situation of the trainees in their respective countries, to debate and share experiences between them, to participate in working groups on their most significant areas of interest, as well as to take part in scientific and poster sessions. It also offers young psychiatrists a unique occasion to build networks, that may result in valuable scientific and professional collaboration. Likewise, through the EFPT Exchange program, the trainees have the possibility to take an internship in one of the European countries to learn, get to know the differences in psychiatry training and understand different socio-cultural contexts.

EFPT, with its activities dedicated to trainees, is a platform that allows a young professional or researcher to grow and to get involved in the process of shaping the future of European psychiatry.

Poland in need of a Psychiatric Trainees' Association

*Tomasz Maciej Gondek, Maja Krefft, Irena Wojciechowska
Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław*

A national psychiatric trainees' association provides numerous benefits for young physicians, mainly allows them to have a greater influence on the conditions of their work and the quality of the training. However, to this day, Poland is one of the few European countries with no association dedicated to psychiatric trainees and thus as a country has no official representation in the European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT).

Although the EFPT policy has always been to welcome all trainees, only national trainee organisations can become full members. The efforts of new countries to form a national association often fail but identifying the most common hurdles in the process of setting up a national organisation and suggesting practical ways to overcome them may assist in the smooth transition from observer to full EFPT member status. Thus, the EFPT Board has decided to set up the Establishing a National Trainees Association Working Group with the aim of helping all new observers, i.a. from Poland, to organise their national associations effectively.

The main aim of Establishing a National Trainee Association Working Group (ENTA WG) is to support each other in the first steps of building a national trainees' association, to discuss the obstacles and share ideas and tips. ENTA WG also tries to initiate contact with young psychiatrists in countries that do not yet have an association, and have never heard or visited EFPT meetings.

An effort to communicate the value and importance of having national trainees' association and engagement of trainees in EFPT activities – is its second purpose.

With the support and assistance of ENTA WG, the idea of establishing a Polish Psychiatric Trainees' Association presents itself not as distant a possibility as it may seem, however it requires setting the right goals, thorough preparation and intensive networking in order to achieve success.

Fibromialgia - koncepcja psychosomatyczna, diagnoza i leczenie

*Marcin Jabłoński
Katedra Psychologii Akademii Ignatianum w Krakowie, Kraków*

Fibromialgia to zespół bólowy, przewlekły, w którym ból nie jest związany z uszkodzeniem lub stanem zapalnym tkanek. Zespołowi bólowemu towarzyszą zróżnicowane dolegliwości i objawy somatyczne oraz psychiczne. Rozpoznanie odbywa się poprzez wykluczenie podłoża somatycznego, na podstawie badania fizykalnego i subiektywnych odczuć pacjenta. Kryteria diagnostyczne fibromialgii oprócz bólu uwzględniają również: uogólnione zmęczenie, bóle głowy, zaburzenia snu, dolegliwości psychiczne, drętwienie, mrowienie ciała, nadwrażliwe jelito - co przyczynia się do umiejscowienia tej choroby w obszarze zaburzeń psychosomatycznych. Wśród specyficznych dla fibromialgii problemów patofizjologicznych wymieniane są: zaburzenia percepcji z obszaru ciała – interocepcji, propiocepcji, nadwrażliwość na głośne dźwięki, zaburzenia stężenia glutaminianu w OUN (tylny obszar wyspy) - ujawniane w PET, zmniejszenie przepływu w obrębie wzgórza i głowy jądra ogoniastego w fMRI, normalne stężenie enkefaliny płynie m-r, niska skuteczność opiatów w redukcji bólu, podwyższone stężenie substancji P w płynie mózgowo-rdzeniowym jak również obserwowany korzystny efekt leków z grupy SNRI w redukcji dolegliwości bólowych. Jednak nawet suma tych faktów nie daje wyczerpującej odpowiedzi na szereg pytań odnośnie samej istoty schorzenia, jak również jego miejsca w systemie diagnostycznym. Czym zatem jest fibromialgia? Czy jest to odrębna jednostka chorobowa w sensie nozologicznym? Jak ją ostatecznie rozpoznawać? W jakim stopniu jest to zaburzenie somatyczne a w jakim psychiczne? Jak zróżnicować ją od innych zaburzeń związanych z bólem i zaburzeń psychicznych - afektywnych, somatyzacji, zaburzeń czynnościowych. Wreszcie kto i jakimi metodami powinien ją leczyć? Celem prezentowanego wykładu będzie próba odpowiedzi na te oraz inne związane z zagadnieniem fibromialgii pytania.

European Federation of Psychiatric Trainees, Child and Adolescent Working Group - together across the Europe

*Maja Krefft, Tomasz M. Gondek, Irena Wojciechowska
Katedra i klinika psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław*

European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT), Child and Adolescent Psychiatry Working Group (CAP WG) is a well organised group of young researchers from over fifteen countries, focused on promoting the best possible quality of care and treatment in CAP. One of the main issues raised by our group is development and implementation of didactic, efficient and finally unified CAP training in Europe. To achieve the pursued objectives we want to enable member associations to combine their efforts and to work together at a European level.

Actions undertaken by the CAP working group in recent years were based on participations in important international CAP Congresses, publications in prominent international journals and affiliations with other European and International CAP Associations. Other efforts included a CAP Training Day, where renowned CAP Specialists gave plenary lectures and ran parallel workshops about various issues such as challenges and difficulties of the transition from CAP Trainee to Early Career specialist.

Future efforts will be focused on further dissemination of the CAP WG Members views in important congresses, completing the CAP Psychopharmacology Survey Project and starting a discussion about ethics in CAP as well as strengthening the relations with important CAP Organizations.

Our greatest aim is to promote the best possible quality of CAP Training in Europe and assist the European CAP trainees in a friendly and supportive atmosphere.

EFPT Exchange Programme

*Irena Wojciechowska, Tomasz Maciej Gondek, Maja Krefft
Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław*

The European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) is an independent federation of psychiatric trainees associations. The EFPT has long had a strong desire to create an opportunity for psychiatric trainees to go on

exchange. In 2011 EFPT established an innovative project of the exchange internship whose aim is to promote knowledge and support trainees in going across borders.

EFPT Exchange Programme is created to promote awareness of intercultural aspects of psychiatry and become acquainted with different mental health systems. The exchange programme encourages networking and establishment of partnerships. It improves the quality and efficiency of education and training. The project gives opportunities to engage in clinical, research, teaching activities in foreign country and to gain experience of different illness manifestations and treatment options.

The short-term programme enables the applicant to spend a period of time as an observer at an institution of a host country. The duration of the exchange activity should be between 2 and 6 weeks. EFPT Exchange Programme is available in 11 countries across the Europe. Trainees in General Psychiatry and Child and Adolescent Psychiatry of any year can take part in the project.

The aim of the presentation is to establish partnerships across European countries.

Zbieranie wywiadu u pacjenta z podwójną diagnozą

Krzysztof Krysta

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Katowice

Podwójność, a często mnogość rozpoznanych zaburzeń jest bardzo heterogeniczna i definiuje wszelkie warianty uzależnień i zaburzeń psychiatrycznych oraz ich wzajemne kombinacje. Gdy spojrzymy jeszcze na rozpoznanie u pacjenta w wymiarze czasowym oraz na jego zmieniającą się identyfikację co do postrzeganych chorobowych problemów, zdefiniowanie „podwójnej diagnozy” wydaje się sztucznym problemem. A może to nasza dociekliwość w diagnozowaniu uzależnionych nie pozwala już nazywać pacjenta po prostu narkomanem. Badania Krajowego Instytutu Higieny w USA wskazywały na występowanie zaburzeń psychiatrycznych w okresie 6-miesięcznym u 64,4% leczących się narkomanów. W codziennej praktyce, drugi, trzeci lub kolejny problem często pozostają nierozpoznane lub rozpoznane niewłaściwie. Coraz częściej jesteśmy przekonani, że w terapii uzależnień nierozpoznane zaburzenie psychiatryczne prowadzi do uznania pacjenta za „niepodatnego na terapię”, „nie posiadającego motywacji”, albo „niegotowego do bycia trzeźwym”.

Pobyt pacjenta na oddziale psychiatrycznym często ma charakter diagnostyczny. Zalecamy prowadzenie pacjenta bez leków psychotropowych, do czasu uzyskania pewności, że ustąpiły objawy wynikłe z nadużywania substancji i że obserwowany obraz pacjenta jest wiarygodny.

Potwierdzają się spostrzeżenia psychiatrów amerykańskich, że pacjenci z podwójną diagnozą często posiadają większą umiejętność funkcjonowania w społeczności oddziału psychiatrycznego. Wyglądają na mniej psychotycznych, a ich objawy psychiatryczne szybciej ustępują. Wykazują też wyższe umiejętności społeczne i są bardziej dostosowani w sferze zachowań seksualnych.

Pacjenci z podwójną diagnozą testują skuteczność systemów terapeutycznych i zmuszają nas do tworzenia zróżnicowania i coraz bardziej profesjonalnych ofert terapeutycznych. Pacjenci uzależnieni wymuszają na nas łączenie dotychczasowych umiejętności nabytych w modelu leczenia uzależnień i w modelu lecznictwa psychiatrycznego.

Układ glutaminergiczny - jego rola w etiopatogenezie schizofrenii i depresji.

Krzysztof Kucia¹, Wojciech Merk²

¹Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Katowice

²Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Wydział Lekarski SUM w Katowicach, Katowice

Układ glutaminergiczny jest głównym pobudzającym układem mózgu. W ostatnich latach coraz liczniejsze badania dokumentują zaburzenia przekątnictwa glutaminergicznego w patogenezie schizofrenii i chorób afektywnych.

Hipoteza glutaminergiczna schizofrenii została zaproponowana dwie dekady temu w oparciu o obserwacje wywoływania objawów pozytywnych, negatywnych i poznawczych schizofrenii przez antagonistów receptora NMDA: fencyklidynę i ketaminę. Proces powstawania objawów schizofrenii tłumaczono niedoczynnością badanego układu w określonych obszarach OUN. Obecnie w patogenezie schizofrenii przyjmuje się bardziej złożone oddziaływania między poszczególnymi układami neuroprzekaźników, co bardziej przemawia za dysregulacją glutaminergiczną. Liczne prace wskazywały m.in. na dysfunkcje receptorów glutaminergicznych, a jednocześnie wskazując określone nieprawidłowości pre- i postsynaptyczne akcentowano nowe możliwości w leczeniu tej poważnej choroby. Układ glutaminergiczny jest obecnie obiektem intensywnych badań potencjalnych leków, a wyniki dotychczasowych doniesień są obiecujące.

Zgromadzono również liczne dowody przemawiające za udziałem układu glutaminergicznego w patogenezie chorób afektywnych. Wyniki badań genetycznych wskazują na związek niektórych genów tego układu z podatnością na wystąpienie zaburzeń nastroju, natomiast w badaniach neuroobrazowych osób chorych uwidoczniono lokalne dysfunkcje glutaminergiczne. Kolejnym krokiem było odkrycie zarówno zmian zachodzących w układzie glutaminergicznym w trakcie leczenia przeciwdepresyjnego, jak i leczniczego działania w depresji substancji oddziałujących na ten układ, m.in. ketaminy.

Koncepcja glutaminergiczna schizofrenii i chorób afektywnych tłumaczy wiele niejasności, wzbogaca starsze hipotezy, stwarza też nowe możliwości leczenia chorych. Wiele zagadnień wymaga jednak dalszych badań.

E-mental Health in community psychiatry

Davor Mucic

Treatment Centre Little Prince, Copenhagen

Community psychiatry, support or treat people with mental disorders in a domiciliary setting, instead of a psychiatric hospital. Community psychiatry refers to a system of care in which the patient's community, is the primary provider of care for people with a mental illness. The goal of community mental health services often includes much more than simply providing outpatient psychiatric treatment.

Aside from treatment community services include supported housing with full or partial supervision, psychiatric wards of general hospitals, local primary care medical services, day centers or clubhouses, community mental health centers, and self-help groups.

Within all these activities there is a growing influence of E-mental Health defined as :“Mental healthcare practice supported by electronic processes and communication”.

Through e-mental health applications such as social media, mobile phones and especially the Internet , community mental health services become more accessible and effective, lessen social exclusion and are likely to have less possibilities for the neglect and violations of human rights that were often encountered in mental hospitals.

The use of communication technologies changed our communication patterns, all our learning strategies as well as the way we deal with our self. This improves access to new resources even in the most remote villages, underdeveloped areas and countries and creates a different kind of a community. It becomes particularly important in case where closing of mental hospitals has not been accompanied by the development of community services, leaving a service vacuum with far too many not receiving any care.

In such situations the use of e-mental health applications ensure continuous access to care.

E-mental health interventions in community psychiatry can be classified by :

1. stage (promotion, prevention, early intervention, active treatment, maintenance, relapse prevention)
2. type of relationship (professional to consumer, between consumers, between professionals) or
3. therapy modality (CBT, psychoeducation etc.).

Support via videoconference in real time, web based supporting/educating and treatment related programs have been developed primarily in USA, Australia and Canada but are also growing initiatives in the rest of the world.

Barwy i obrazy w depresji – oczami poety Tomasza Jastruna i lekarzy psychiatrów

Sławomir Murawiec¹, Tomasz Jastrun², Andrzej Czernikiewicz³

¹Centrum Terapii Dialog, Warszawa

²poeta i pisarz, Warszawa

³Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin

Sesja tematyczna oparta na dialogu pomiędzy poetą, pisarzem i felietonistą Tomaszem Jastrunem a psychiatrami Sławomirem Murawcem i Andrzejem Czernikiewiczem. Sesja porusza tematykę przeżywania depresji od subiektywnej strony osoby która jej doświadcza zwłaszcza w kontekście tematyki anhedonii (oraz przywracania przeżywania emocji pozytywnych, zainteresowań, odczuwania przyjemności, motywacji w wyniku leczenia) oraz odzwierciedlania depresji w literaturze pięknej w powyższym kontekście.

Psychiatria oparta na doświadczeniu - rozmawiać aby pomóc

Sławomir Murawiec

Centrum Terapii Dialog, Warszawa

Wystąpienie omawia sposób pracy z pewną określoną grupą pacjentów (opisaną poniżej) ze szczególnym zwróceniem uwagi na pewne kluczowe elementy i etapy prowadzenia rozmowy, bez których zapewnienie im skutecznej pomocy może okazać się nie nieosiągalne. Wskazana grupa pacjentów to osoby, które zgłaszają się po wielu nieudanych próbach przedwcześnie kończącej przez nie farmakoterapii z prośbą o pomoc do kolejnych lekarzy. Osoby te ujawniają objawy i zachowania należące do kilku zakresów symptomatologii, a obejmujący najczęściej współwystępujące objawy z kręgów: napadów lęku panicznego, agorafobii, lęku uogólnionego, zaburzeń pod postacią somatyczną, wieloletniej historii konsultacji lekarskich i badań diagnostycznych, ograniczania aktywności życiowych osobistych (np. brak związków) oraz zawodowych i społecznych. Niekiedy powyższe obawy ulegają rozszerzeniu o obawy o zdrowie członków rodziny i zachowania ograniczające ich funkcjonowanie. Pacjentów tych cechuje bardzo silne wychwytywanie wszelkich informacji z otoczenia o tematyce zdrowotnej z odnoszeniem ich do siebie (przez pewien czas są przekonani o istnieniu u nich tej choroby, informacja o której do nich dotarła) oraz wyczulenie na własne objawy cielesne z katastroficznymi interpretacjami błahych dolegliwości (zawał, rak, udar). Wielokrotnie podejmowane wobec nich próby farmakoterapii są przez te osoby opisywane jako nieudane, z informacją, że po pierwszej lub kilku pierwszych tabletkach leków odczuwały działania niepożądane, zmuszające je do przerwania farmakoterapii. Osoby te wskazują na względnie określony początek występowania zaburzeń oraz najczęściej nie są w stanie powiązać tego początku z żadnymi okolicznościami („nie wiem dlaczego”) lub jeśli są w stanie podać okoliczności poprzedzające, zaprzeczają takiemu powiązaniu („ale to niemożliwe, żeby to z tego powodu”). Bardzo często dokładny wywiad jest w związku z tym przeprowadzany w sytuacji oporu i zaprzeczeń pacjenta – pacjenci ci w pierwszym okresie stanowczo zaprzeczają jakimkolwiek powiązaniem pomiędzy swoim stanem, zachowaniami i objawami, a wydarzeniami życiowymi. Wywiad ten ujawnia zachorowania, sytuacje lub okoliczności życiowe lub rzadziej zdarzenia na poziomie psychologicznym przeżywane jako: zagrożenie własnego zdrowia lub życia, zagrożenie życia lub zdrowia osób bliskich lub bliższych i dalszych znajomych (najczęściej osób należących do tego samego pokolenia) lub inne zbliżone zdarzenia, którym towarzyszyło poczucie umierania (niekiedy w samotności), zagrożenia szczególnie dotkliwą diagnostyką lub hospitalizacją, lub w przypadku gdy stan zagrożenia dotyczył innych osób odniesienie/skojarzenie co do zagrożenia własnego życia lub zdrowia.

Pacjenci ci prezentują często zasadniczą trudność w samym włączeniu do procesu leczenia ponieważ przerywają samowolnie farmakoterapię oraz nie podejmują psychoterapii (między innymi z powodu opisanego wyżej niemożności powiązania przebytej traumy z aktualnymi symptomami). Zanim staje się więc

możliwe ich leczenie zgodne z adekwatnymi standardami postępowania [1] użyteczne może być odwołanie się do koncepcji psychologicznych [2], koncepcji dramatologii Henry Zvi Lothana [3] oraz wiedzy na temat funkcjonowania różnych rodzajów pamięci w sytuacji traumy psychicznej [4].

Wiedza na temat możliwych powiązań objawów z przebyłym zdarzeniem (traumą) dostarcza wskazówek co do prowadzenia rozmowy z pacjentem, której zasadniczymi elementami może być: poszukiwanie przebytego zdarzenia traumatycznego w oparciu o skojarzenia pacjenta, a niekiedy pomimo intensywnego zaprzeczania i twierdzeń że nic się nie wydarzyło, ujawnienie przebytego stanu zagrożenia, lęku, poczucia umierania lub obawy przed śmiercią (zachorowaniem itp.) i powiązanie ujawnionych okoliczności z późniejszymi symptomami. Powiązanie tych wydarzeń, a następnie związanych z nimi przeżyć z następującymi później zachowaniami i symptomami pacjenta dostarcza mu modelu wyjaśniającego przeżywane problemy, czyni je zrozumiałymi i sensownymi w ujawnionych okolicznościach. Ewentualne wyjaśnienie zasad działania pamięci deklaratywnej i emocjonalnej w sytuacji traumy [4] wzmacnia ten model i czyni go bardziej zrozumiałym, między innymi wyjaśniając pojawianie się reakcji emocjonalnych pod nieobecność odtwarzania zdarzeń przez pamięć deklaratywną. Te elementy rozmowy mogą stanowić przesłankę do decyzji o podjęciu psychoterapii jak również umożliwić włączenie farmakoterapii. W wielu wypadkach dopiero uczynienie bardziej zrozumiałym dla pacjenta, że przyjęciu leku towarzyszy lęk powiązany z przebytą traumą wyjaśnia psychologiczne podłoże subiektywnej złej tolerancji leczenia i umożliwia jego kontynuację w okresie, który jest niezbędny dla uzyskania skutecznego działania leku i poprawy klinicznej.

1. Landowski J., Cudała W. J., Aleksandrowicz J., Rabe- Jabłońska J., Jarema M.: Zaburzenia lękowe. W: Jarema M. (red.): Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Viamedica, Gdańsk, 2011.

2. Potoczek A.: Zespół leku napadowego i płeć chorych a obecność doznanych urazów psychicznych. *Psychiatr Pol*, 2009;5:571-580.

3. H. Lothane: Dramatology vs. narratology: a new synthesis for psychiatry, psychoanalysis, and interpersonal drama therapy (IDT). *Arch Psychiatr Psychother* 2011; 4: 29-43

4. Yowell Y.: From hysteria to posttraumatic stress disorder: psychoanalysis and the neurobiology of traumatic memories. *Neuropsychanalysis*, 2000;2: 171-181.

Lucid Dreams: who can enter the world of dreams?

Anna Szczegielniak¹, Tomasz Goc¹, Karol Palka²

¹Wydział Lekarski SUM w Katowicach, Katowice

²Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym SUM, Zabrze

Dreams can be represented by various images, emotions, sensations and ideas; generated during certain stages of sleep in unplanned manner. Lucid Dream (LD) is a phenomenon occurring at the end of REM sleep and during which person becomes aware that is dreaming. It is produced by the dorsolateral prefrontal cortex reinforced by other cortical areas of the brain. Many studies show that lucid dreaming is a skill that can be developed; a lot of people experience lucidity as a rare spontaneous event, and need training to enjoy lucid dreams at will. As previous research states, it is much more common among children and adolescents than among adults, as prevalence of LD relate to a degree of maturity of the CNS. Similarities in brain activity during different states such as lucid dreaming and psychosis suggest that the technique of dream therapy may be also useful in psychiatric treatment.

The study was designed to assess incidence of lucid dreaming among youth and compare it with the prevalence in general population.

A questionnaire about sleep hygiene, distinguishing also between past and present experiences of lucid dreaming, has been developed. It was distributed both in paper version and on-line. IP control has been introduced for the virtual participants.

Study confirmed that age has a significant role on lucid dreams appearance. Participants of the study with bad sleep hygiene (irregular time of sleeping, watching TV before going to sleep, hard to digest dinners) less frequently experienced lucid dreams. Women seems to be more interested in LD's developing techniques, however there is a small knowledge about positive aspects of lucid dreaming among Poles.

Lack of knowledge about the phenomenon of lucid dreaming among the population may affect the results of future studies in this field.

Patogeneza i neurobiologia organicznych zaburzeń nastroju

Tadeusz Parnowski

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Każde zaburzenia psychiczne są de facto zaburzeniami organicznymi, ponieważ świadczą o uszkodzeniu lub dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego. Nowoczesne podejście do starej koncepcji M. Bleulera zmienia nazwę („organiczny zespół mózgowy”) w „choroby mózgu”. Konstrukcja ten dotyczy także zaburzeń nastroju. W węższym ujęciu rozpoznanie organicznych zaburzeń nastroju powinno być postawione po stwierdzeniu innej choroby mózgu (uszkodzeniu przez uraz, czynniki toksyczne, chorobę pierwotnie zwyrodnieniową, lub naczyniową).

Niewątpliwie mechanizm występowania zaburzeń nastroju jest złożony, ponieważ zgodnie z współczesnymi koncepcjami wyraźnie widać ścisły związek pomiędzy wpływem czynników zewnętrznych (stres) i dynamiczną zmianą różnych struktur odpowiedzialnych za emocje. Mechanizm ten działa w dwie strony: zaburzenia aktywacji obwodów neuronalnych (np. struktury korowo-podkorowe) wpływają na zaburzenia zachowania, które mediuje aktywność tych struktur. W nowoczesnym rozumieniu przyczyn i mechanizmów odpowiedzialnych za zaburzenia nastroju uwzględnia się, mimo wielu nie potwierdzonych do końca hipotez, wspólny mechanizm występowania zmian w określonych strukturach, z których najważniejsze są: oś podwzgórze – przysadka-nadnercza, jądro migdałowe, hipokamp i kora przedczołowa. Czynnikiem wywołującym zaburzenia nastroju jest stres, ale także wpływ dysfunkcyjnego układu naczyniowego mózgu. W ślad za zmianami aktywności poszczególnych struktur pojawiają się zaburzenia neuroprzekaznictwa: katecholaminergicznego, serotonergicznego i glutaminergicznego.

Wiedza dotycząca mechanizmów odpowiedzialnych za wystąpienie zaburzeń nastroju pozwala na indywidualizację leczenia.

Kryzys Małżeński w przebiegu choroby somatycznej

Barbara Pilecka

Akademia Ignatianum, Kraków

Choroba somatyczna w znacznym stopniu może przyczynić się do kryzysu w związku. Relacja w związku jest szczególnie podatna na obciążenia związane z opieką nad chorym partnerem. Szczególną uwagę wzbudza zakłócenie sfery bliskości i intymności, konieczność reorganizacji zadań życiowych, a niejednokrotnie zmiana planów. Choroba zagrażająca życiu może również wzbudzić lęk przed własną śmiercią lub perspektywę samotnego życia. Frustracja wywołana chorobą może również przyczynić się do zaostrzenia dawnych konfliktów małżeńskich doprowadzając do kryzysu.

Fenomenologia, genomy i epigenetyka: etiologia w psychiatrii – implikacje dla leczenia

Jerzy Samochowiec¹, Agnieszka Samochowiec²

¹Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin

²Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprophylaktyki Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin

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.

Operacyjne kryteria okazały się być wiarygodne oraz odegrały zasadniczą rolę w badaniach nad sprzężeniami i asocjacjami genetycznymi ale:

- Bieżące psychiatryczne diagnozy nie mogą być oparte na danych biologicznych (tj. np. na badaniach krwi, itp.)
- Operacyjne kryteria są konstrukcjami, które podlegają zmianom (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-V ...)
- 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).

Markers in schizophrenia: what do they „tell us”?

Jerzy Samochowiec¹, Jolanta Kucharska Mazur¹, Mariusz Z Ratajczak², Barbara Dołęgowska³

¹Katedra i Klinika Psychiatrii PUM, Szczecin

²Stem Cell Biology Program at the James Graham Brown Cancer Center, University of Louisville, Louisville, USA, Louisville

³Department of Medical Analytics, Pomeranian University of Medicine, Szczecin, Poland, Szczecin

The advances in medicine seem to suggest that the ability to lay out treatment plans and predict diagnosis increase given a powerful biological test. If a patient complaining of chest pain goes to see a specialist other than psychiatrist, he/she can take an enzyme blood test, have an X-ray, or may have an ECG to verify diagnostic hypothesis. Based on test results, causal treatment can be introduced. In psychiatry, a question arises whether or not reduced motor activity in depression can be due to neuronal mechanisms other than those involved in schizophrenia with negative symptoms?

Can we possibly differentiate these mechanisms using simple tests; correlate dopamine neurotransmission and eye movement disturbances and auditory potentials with serotonin? These kinds of differentiations would give us guidelines to introduce causal treatment.

Early diagnosis improves the prognosis in psychiatric disorders and therefore we need new effective markers facilitating objectivization of the diagnosis based on psychopathologic symptoms. Even though many research centers are seeking causes of psychiatric disorders, universally accepted etiologic theories do not still exist. Structural and functional lesions which may be associated with genetic, environmental, or inflammatory factors have been observed in many psychiatric disorders including schizophrenia and affective disorders. The new areas of research in this field are concerned with abnormal regeneration processes, particularly with the role of stem cells and factors involved in their trafficking, with role of circadian rhythms and with role of oxidative stress and kainic acid within the pathophysiologic framework of mental illness.

Schizophrenia manifests in structural changes in brain of patients, explained by neurodegenerative or neurodevelopmental theories. We tested the hypothesis that pluripotential stem cells, complement cascade proteins, stromal derived factor 1 and sphingosine-1-phosphate (S1P) could be biological markers of the disease. Thirty subjects with the first episode psychosis, $34,85 \pm 12,4$ aged, were compared before (BT) and after (AT) antipsychotic treatment with 35 healthy controls (CG), $32,43 \pm 11,7$ aged. The psychotic group (PG) was divided into "schizophrenic" (SG) (diagnoses F23.1, F 23.2, F 20, n=22) and "non-schizophrenic" (NG) (other diagnoses). We examined circulating Lin-/CD45-/CD34+ and Lin-/CD45-/CD133+VSELs (Very Small Embryonic-Like Stem Cells) and plasma C3a, C5a, C5b-9 complement cascade proteins and S1P concentrations. Expression of Oct4, Nanog, Sox2, Olig1, Olig2, nestin, GFAP, Musashi, and β 3 tubulin genes was studied with RQ PCR.

Several correlations were noted between stem cells and factors involved in their trafficking, with differences between the psychotic and control group. We found significant differences in number of Lin-13/CD45-/CD34+ VSEL, S1P and C3a concentration between psychotic and control group. Using logistic regression analysis we found that C3a and S1P are the best predictors of risk and possible markers for the first episode psychosis (an area under the curve=0.8378, $p=0,00004$, OR=9,58). In "schizophrenic" group, Lin-/CD45-/CD34+ VSELs and S1P are the best predictors of risk and possible markers for the first "schizophrenic" episode of psychosis (and area under the curve=0,77, $p=0,012$, OR=1,5).

Changes in the concentrations of VSEL and factors involved in their trafficking reveal a systemic reaction associated with the activation of regeneration processes in patients with the first episode psychosis. Finds: POIG.01.01.02-00-109/09

Analysis of prevalence of suicidal tendencies among adolescents in the city of Katowice at the age of 18 - 20

Anna Sobieraj¹, Waclaw Dyrda¹, Kinga Krzyżowska¹, Anna Matusiak¹, Kamila Paluch¹, Mariusz Seweryn¹, Małgorzata Janas-Kozik²

¹Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice

²Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Śląski Uniwersytet Medyczny, Sosnowiec

Introduction: "As a society we don't like talking about suicides". Nowadays, independently of the reason, the amount of suicidal attempts in adolescence becomes an increasing problem. However, regarding a large number of young people committing this act for the first time, it is important to understand its circumstances, such as the environment in which the student lives, his emotional reaction, suicidal thoughts and self-harm. It determines the key role in preventing committing suicides.

The aim of the study was to analyze the prevalence of suicidal tendencies among adolescents at the age of 18-20.

Material and Methods: The study was based on authorial questionnaire which has been validated on 55 students from high school in Katowice. Questionnaire included 16 questions about suicidal thoughts – frequency and causes, non-suicidal self-injuries, trials of committing suicide. Questionnaire were filled by

965 adolescents (age 18-20) of 21 Secondary Schools in Katowice. Statistical analysis was created by Statsoft Statistica v10.

Results: Study group were divided into two groups according to suicidal thoughts. 28,8 % (272) had suicidal thoughts (6,1% (57) had often and 2,5% (24) had very often suicidal thoughts). There were statistically significant differences ($p < 0,05$) between group with and without suicidal thoughts. A percentage of students in group with suicidal thoughts with: smoking - 35,8% (105); taking psychoactive drugs - 36,1% (105); taking legal highs - 43,7% (66); bad financial situation - 52,6% (20); poor physical condition - 68,4% (13). Only 36,8% (163) students knew where they can look for help.

Conclusion:

There exists a need of educational campaign of the adolescents attending the secondary school, because about 1/3 do require observation due to the occurrence of suicidal thoughts; risky behaviors such (as smoking, taking psychoactive drugs and legal highs), the worse financial situation, physical and mental condition coexist in the population with a higher occurrence of the suicidal thoughts.

Koncepcja organicznych zaburzeń psychicznych

Tomasz Sobów

Zakład Psychologii Lekarskiej & Oddział Psychogeriatry CSK UM, Łódź

Dysputa dotycząca roli uszkodzenia mózgu i jego chorób jako podłoża zaburzeń psychicznych ma starożytne korzenie. Już Hipokrates zwracał, dla przykładu, uwagę na związki między melancholią a padaczką, Awicenna zaś między zaburzeniami snu i manią a udarem. W XVIII wieku szwajcarski anatom i fizjolog Albrecht von Haller postulował poszukiwanie przyczyn zaburzeń psychicznych w zmianach struktury mózgu i rozpoczął systematyczne wykonywanie badań pośmiertnych osób chorych psychicznie. Niemiecki psychiatra Wilhelm Griesinger w swoim dziele z 1845 postawił tezę, że wszystkie zaburzenia psychiczne mogą być wyjaśnione poprzez leżącą u ich podłoża patologię mózgu. Za twórcę klasycznej dziś dychotomii funkcjonalno-organicznej uważa się Kraepelina. Podział taki do systemów klasyfikacyjnych został wprowadzony dopiero w DSM-I przez Adolfa Meyera (1952). Pospolicie używany i kontrowersyjny dziś termin „organicznych zaburzeń psychicznych” w systemie DSM pojawił się dopiero w III edycji. Stało się tak w wyraźnej opozycji do ogólnej idei DSM-III zakładającej odwrót od etiologicznego myślenia w psychiatrii. Termin ten częściowo zachowano w obowiązującej do dziś klasyfikacji ICD-10. Jest to jedna z poważniejszych niezgodności pomiędzy systemami ICD i DSM (w tym ostatnim termin „organiczne zaburzenia psychiczne” został ostatecznie usunięty w edycji DSM-IV).

Pozostawienie omawianego terminu w klasyfikacji ICD-10 doprowadziło, pomimo sformułowania precyzyjnych kryteriów rozpoznawczych i szeregu jasno opisanych wykluczeń do nieformalnego utrwalenia się starych formuł diagnostycznych. W konsekwencji, diagnoza zaburzeń „organicznych” jest nadal stawiana w sytuacjach, w których nie powinna być używana, co może mieć niekorzystne następstwa dla skuteczności terapii.

Brief Solution Focused Therapy introduced: expected and unexpected outcomes

Anna Szczegielniak, Marcin Urbański, Sylwia Mróz, Mariusz Seweryn, Weronika Bulska, Magda Bonk
Wydział Lekarski SUM w Katowicach, Katowice

BSFT (Brief Solution Focused Therapy) is an innovative method of therapy for patients fighting with alcohol addiction. In this therapy emphasis is put on solving actual problems, which are experienced by patients, and on achieving goals, which are set by them (only with a small therapist's help). This method is one of a family of approaches, known as systems therapies, that have been developed over the past 50 years or so, first in the USA, and eventually evolving around the world, including Europe.

Aim of the study is to present final result of the treatment with an emphasis on the level of satisfaction amongst patients who underwent the BSFT.

Two questionnaires were used in the study covering expectations of patients who start the therapy and evaluating final effects of it in the last week of treatment. The study group in the first week of therapy, as well as in the last, consisted of 60 patients with a slight predominance of men (60%).

In the last week of the therapy most participants (93,33%) said they were satisfied with the BSFT method and it was exactly what they needed. 83,33 % of respondents claimed participating in BSFT was effective in solving their problems. According to examined taking part in classes with counselor is necessary to achieve the goals (81,67 %). Comparing results from the first and the second step of survey we can observe that amount of people who gained control over their own life increased (86,44 %). For participants of the study the most important final changes introduced by the therapy were: being happy with a life without alcohol (86, 67 %), improvement over their health (78,33 %), awoken interest in their family members' personal lives (75 %).

Participation in the BSFT turned out to be effective and useful for addicts. The result of treatment was shown by the increased percentage of people who wish to develop their interests, improve physical activity and take care of their mental and intellectual progress.

Badanie korelacji pomiędzy nadmiernym użytkowaniem internetu a punktacją w skali Beck'a

Krzysztof Wilczyński¹, Anna Urbanowicz², Kamila Orszulak²

¹Śląski Uniwersytet medyczny, Katowice

²Koło Naukowe przy Katedrze Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Katowice

Wstęp: Depresja jest chorobą psychiczną należącą do grupy zaburzeń afektu, która wydaje się występować częściej u młodych ludzi. Obniża Ona jakość życia, upośledza funkcjonowanie społeczne i może prowadzić nawet do samobójstwa. Uzależnienie od internetu jest młodą jednostką, wywodzącą się z nadmiernego użytkowania stron społecznościowych i komputera, która może prowadzić do izolacji społecznej i zachowań aspołecznych.

Cel: Badanie korelacji pomiędzy nadmiernym użytkowaniem internetu a punktacją w skali Beck'a

Metody: Badanie kwestionariuszowe, przeprowadzone pomiędzy 01.09.2013 a 08.03.2014, za pomocą autorskiej ankiety połączonej ze skalą Beck'a. Wiek respondentów mieścił się pomiędzy 13 a 64 rokiem życia (średnia - 25 lat; mediana - 22 lata). Analiza statystyczna została przeprowadzona za pomocą oprogramowania StatSoft Statistica w wersji 10 (wszystkie testy z poziomem istotności $p=0,05$)

Wyniki: Wykazano dodatnią, istotną statystycznie korelację pomiędzy wysokimi wynikami skali Beck'a i znacznym użytkowaniem internetu i komputera ($r=0,4$; $p<0,05$)

Wnioski: Istnieje istotna korelacja pomiędzy wysokimi wynikami skali Beck'a, a nadużywaniem internetu/komputera ($>4h/24h$)

The Brain Drain Project: Migration of Psychiatry Trainees Survey. Results from Poland

Tomasz Maciej Gondek¹, Maja Krefft¹, Irena Wojciechowska¹, Dorota Frydecka¹, Mariana Pinto da Costa²

¹Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

²Hospital de Magalhães Lemos, Porto, Portugal, International Coordinator of the EFPT Brain Drain survey, Porto

Brain drain among health care professionals is a known issue, also in the area of psychiatry, which has been a subject of interest i.a. for World Psychiatric Association (WPA) Task Force on Brain Drain. Similar

phenomenon can be observed among young physicians who are still during their specialty training in psychiatry; however, the scope of this issue has not been measured before.

We present the results of the Brain Drain Project: Migration of Psychiatry Trainees Survey, a study conducted under the auspices of European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT). The main aim of the study was to assess opinions and experiences in short-term mobility, characteristics and patterns of migration, as well as the reasons for migrating to another country among psychiatry trainees in Europe.

The study had cross-sectional design. A national coordinator provided the online link or a hard-copy of the questionnaire. Respondents were psychiatry trainees from the EFPT countries. Data were collected during 2013 and 2014.

Overall, 2281 participants from 33 European countries filled the survey. Thirty-one of the participants came from Poland (27 adult psychiatry trainees, 3 child and adolescent psychiatry trainees and 1 „other”). Ten persons have lived in another country for more than 3 months but less than 1 year, while only one person has migrated to another country for more than 1 year, during the different periods of their education or professional career and for various purposes - with "working" being the most frequent one. Previous experience of living in another country changed the attitude towards migration for the majority of respondents (90%), in favour of migration for the most of them (80%). The respondents also gave their opinion on what should be improved in Poland in regard to training in psychiatry.

The sample from Poland was not large enough to give definite answers, but a trend towards favouring the migration is visible in persons who have experienced living abroad in the past.

Suicidal behaviour in addictions

Marcin Wojnar

Katedra i Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny Department of Psychiatry, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA, Warszawa

Epidemiological and cross-sectional studies report high rates of suicidal behaviour in different types of addictions. Suicide risk is highly increased in substance use disorders, particularly in alcohol use disorders, and in co-morbid alcoholism and depression. Alcohol and substance abuse or dependence can lead to suicide ideation, which is along with depressed mood the most consistent predictor for self-harm and suicide. Treatment-seeking alcoholics who attempt suicide share specific demographic characteristics and they differ from non-attempters by higher levels of impulsive aggression, drug use, and psychiatric comorbidity, particularly personality and depressive disorders. Greater alcohol consumption, a higher prevalence of psychiatric and other drug use disorders, and lower socioeconomic status have also been correlated with suicidal behaviour in alcohol-dependent patients. High prevalence of alcohol and drug use at the time of a suicide has also been reported. Moreover, current smoking AND gambling are reliably associated with suicide. Current evidence points to a causal role of AUDs and DUDs exerting a distal effect on suicidal behaviour. Several models have been proposed to understand the role of substance use and these models have described the relationship as causal or as coexisting due to a third factor. Personality traits such as impulsivity, hopelessness or coping strategies may modulate this relationship as well as sociodemographic factors such as age or negative life events. However, various questions about the relationship between substance use disorders and suicide remain open, which indicate directions for future studies, clarifying in addition relative efficacy of various psychotherapeutic and pharmacological approaches to treating these individuals.

Program wczesnego wykrywania zaburzeń ze spektrum ASD

*Michał Wroniszewski
Fundacja SYNAPSIS, Warszawa*

W ostatnich latach opracowano i zwalidowano narzędzia, których trafność i czułość są na tyle dobre, że spełniają wymogi oczekiwane od narzędzi do badań przesiewowych zaburzeń ze spektrum autyzmu. Uzasadnione jest również przewidywanie, że w następnych latach powstaną nowe, coraz lepsze takie narzędzia. Obecnie kluczowym problemem w zakresie organizacji ochrony zdrowia jest doprowadzenie z jednej strony do powszechnego, regularnego ich stosowania wobec ogólnej populacji dzieci, z drugiej strony do szczególnie starannego monitorowania rozwoju dzieci z grup podwyższonego ryzyka ASD (spektrum autyzmu). Są to cele podjętego przez Fundację SYNAPSIS programu rozpowszechniania narzędzi, standardów i procedur wczesnego wykrywania zaburzeń ASD lub zagrożenia ich wystąpieniem. Ze względu na złożoność przedsięwzięcia przewidujemy, że jest to program co najmniej pięcioletni. W pierwszym etapie proponujemy wykorzystanie jako ogólnodostępnego kwestionariusza M-CHAT-R. Jako narzędzie dokładniejszej oceny wstępnej przeprowadzanej przez przeszkolonych w jego stosowaniu profesjonalistów rekomendujemy zestaw kart obserwacji SACS-R. W prezentacji chcemy przedstawić te narzędzia, możliwości dostępu do nich, planowane formy rozpowszechniania, standardy ich stosowania oraz procedury monitorowania rozwoju dzieci zagrożonych ASD.

Różnorodność i indywidualizacja doświadczenia w zatrudnieniu wspomaganych osób z niepełnosprawnością intelektualną

*Monika Zakrzewska
Centrum Doradztwa Zawodowego i Wspierania Osób Niepełnosprawnych Intelakualnie Centrum DZWONI, Warszawa*

Poniższy artykuł ma na celu poruszenie ważnych kwestii ujętych w Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych związanych z równością i różnorodnością, m.in. w zatrudnianiu na otwartym rynku pracy. Opierając się na doświadczeniach Centrum DZWONI postaramy się przybliżyć zagadnienia równości i różnorodności jako niewykluczających się wartości istotnych z punktu widzenia wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością intelektualną w dostępie do zatrudnienia wskazując tym samym, na niezbywalne prawa człowieka, które uznają godność, wolność i równość, jednakową dla wszystkich. Zwracamy uwagę na to, jak istotne jest uwzględnienie indywidualnej autonomii osoby niepełnosprawnej w podejmowaniu decyzji i dokonywaniu własnych wyborów, a także indywidualnego podejścia w planowaniu wsparcia nawet w przypadku osób, które wymagają go więcej, bardziej intensywnie.

Równość i różnorodność w świetle Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych

Zasadniczym celem Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 13 grudnia 2006 r., a ratyfikowanej przez Polskę 6 września 2012. jest popieranie i zapewnienie pełnego i równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności oraz poszanowanie godności osoby z niepełnosprawnością (art. 1 Konwencji). Hasłem przewodnim Konwencji jest godność i wolność człowieka, który z powodu uszkodzenia organizmu i spowodowanych tym ograniczeń aktywności, a także z powodu nieprzystosowanego środowiska społecznego i fizycznego nie może być wykluczony i pozbawiony możliwości wyborów, a przez to wpływu na swoje życie.

Konwencja w artykule 3 przyjmuje podstawowe zasady i są one następujące:

- poszanowanie przyrodzonej godności, autonomii osoby, w tym swobody dokonywania wyborów, a także poszanowanie niezależności osoby,
- niedyskryminacja,
- pełny i skuteczny udział i włączenie w społeczeństwo,

- poszanowanie odmienności i akceptacja osób niepełnosprawnych, będących częścią ludzkiej różnorodności i całej ludzkości,
- równość szans,
- dostępność.

Tak więc, Konwencja opiera się na zasadach poszanowania godności osobistej, indywidualnej autonomii, w tym swobodnego dokonywania własnych wyborów oraz poszanowania niezależności jednostki. Podkreśla poszanowanie odmienności („respektowanie różnic”) oraz akceptacji osób niepełnosprawnych jako mających wkład w różnorodność społeczeństwa, w którym żyją i pracują oraz prawo równych szans we wszystkich dziedzinach życia.

Prawa te mają zagwarantować, aby osoby z niepełnosprawnością miały wszystko, co jest potrzebne do ich rozwoju, w tym aktywności i uczestnictwa bez żadnego wyjątku, w warunkach zapewniających bezpieczeństwo i dobre zdrowie, aby w pełni mogły rozwinąć swoje możliwości jako członkowie społeczeństwa, na równych prawach z innymi ludźmi.

Konwencja promuje aktywny udział osób z niepełnosprawnością we wszystkich sferach życia: obywatelskiej, społecznej, gospodarczej, politycznej i kulturalnej. Praca jest jedną z najważniejszych form w życiu społecznym.

Podejmując działania w tym zakresie musimy więc pamiętać, że są one pełnoprawnymi członkami społeczeństwa i posiadają pełne prawa, w tym prawo podjęcia i utrzymania płatnej pracy, zgodnej z ich możliwościami, wykształceniem, kwalifikacjami i wyborami, a gdy ich niepełnosprawność i stan zdrowia tego wymagają - także w warunkach dostosowanych do ich potrzeb (art. 27 Konwencji).

Karta Różnorodności jako wyraz uznania równości i różnorodności w obszarze rynku pracy

Różnorodność, czyli różnienie się ludzi między sobą, jest fundamentalną wartością współczesnego społeczeństwa a polityka równego traktowania i zarządzania różnorodnością przynosi wymierne korzyści. Wpływa ona na rozwój oraz innowacyjność Przedsiębiorstwa. Niezwykle pomocnym narzędziem wdrożenia polityki równego traktowania i zarządzania różnorodnością w przedsiębiorstwie jest podpisana w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów w dniu 14 lutego 2012 roku przez prezesów i prezeski wielu polskich i międzynarodowych firm Karta Różnorodności.

Karta jest pisemną deklaracją, podpisywaną przez pracodawców, którzy zobowiązują się do wprowadzenia zakazu dyskryminacji w miejscu pracy i podejmowania działań na rzecz wspierania/praktykowania i promocji różnorodności. Wyrażają oni gotowość przedsiębiorstwa do zaangażowania wszystkich pracowników oraz partnerów biznesowych w te działania. Sygnatariusze Karty Różnorodności, poprzez dołączenie do grona świadomych pracodawców, jasno deklarują, że chętnie zatrudnią osobę, bez względu na stopień lub rodzaj jej niepełnosprawności. Różnorodność więc związana jest z poszanowaniem i docenianiem ludzi takimi, jakimi są jako jednostki, a nie wpisywaniem ich w ramy „funkcjonujących powszechnie” stereotypów. Kapitałem firmy jest wszystko to, co sprawia, że każda osoba jest unikalna, oraz że każdy ma równe szanse na osiągnięcie sukcesu. Dlaczego więc człowiek z niepełnosprawnością intelektualną nie mógłby być częścią zespołu pracowniczego w różnorodnym środowisku pracy?. Przecież jednym z głównych założeń, które wynikają z polityki równego traktowania, jest stworzenie miejsca pracy, w którym każdy pracownik/pracownica ma równe szanse na zatrudnienie i nie jest dyskryminowany/dyskryminowana. W zarządzaniu różnorodnością nie chodzi o dawanie preferencji, czy wyrównywanie szans tylko indywidualnym członkom jakiejś grupy (i tak przecież to się dzieje) lecz o zrozumienie, że szeroko rozumiana różnorodność służy zarówno pojedynczej osobie a jednocześnie podnosi jakość całego przedsiębiorstwa, w tym zespołu pracowniczego.

PSOUU we wszystkich swoich działaniach od początku akceptowało różnorodność jako bogactwo wspólnoty, a prawo równego traktowania jako zobowiązanie do tworzenia jednakowych warunków z innymi (równość szans) do rozwoju, uczestnictwa, wnoszenia swojego wkładu w dobro ogółu, do szczęścia.

Od teorii do praktyki, czyli o doświadczeniach Centrum DZWONI...

Centrum DZWONI jest pierwszą ogólnopolską agencją pośrednictwa pracy dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, wprowadzającą światowe standardy zatrudnienia wspomaganego. Powstała ona z inicjatywy Zarządu Głównego PSOUU w układzie sieciowym, w całej Polsce. Od 2008 roku ponad 2 300 osób skorzystało z różnych form wsparcia oferowanych przez Centrum, a ok. 800 osób podjęło zatrudnienie na otwartym rynku pracy przy wsparciu trenera pracy, z czego blisko 400 osób utrzymuje je do dziś. Liczne pozytywne przykłady zatrudnienia osób z niepełnosprawnością intelektualną na otwartym rynku pracy pokazują, że osoby te pod wpływem pracy zmieniają się, dojrzewają społecznie, wchodzą w nowe role. Doświadczenia Centrum pokazują jak w praktyce

skoncentrowanie się na indywidualnym potencjale osoby, przynosi wymierne korzyści w tworzeniu równych możliwości w podejmowaniu indywidualnych wyborów w zakresie zatrudnienia.

Zastanówmy się, w jaki sposób wspierać osobę, aby mogła podjąć i utrzymać pracę zgodnie ze swoimi indywidualnymi preferencjami, w przyjaznym dla siebie środowisku ?

Ważna jest metoda...

Nasze wieloletnie doświadczenia pokazują, że najskuteczniejszą metodą pracy z osobami niepełnosprawnymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną jest zatrudnienie wspomagane. Istnieje wiele definicji zatrudnienia wspomaganego, natomiast niezależnie od drobnych różnic definicyjnych, trzy elementy są w niej fundamentalne i niezmiennie:

- praca za wynagrodzeniem,
- praca na otwartym rynku pracy, gdzie osoby niepełnosprawne powinny być zwykłymi pracownikami, z takim samym uposażeniem i zatrudnionymi na takich samym warunkach, jak każdy inny pracownik na tym samym stanowisku dopasowana do możliwości osoby,
- ciągłe wsparcie - indywidualne, zapewniane na podstawie potrzeb osoby pracującej, jak i jej pracodawcy.

Ważne są wartości i zasady...

Jedną z kluczowych wartości leżących u podstaw zatrudnienia wspomaganego jest zasada normalizacji. W normalizacji nie chodzi o sprawienie, by wszyscy byli "normalni" (czyli tacy sami). Ta idea uznaje fakt, że ludzie są różni i to, że bycie odmiennym nie może być powodem wyłączenia, dyskryminacji. Zatrudnienie wspomagane jest całkowicie spójne z koncepcjami przekazywania kompetencji (empowerment), włączenia społecznego, godności i poszanowania człowieka. Oparte jest ono na podstawowym założeniu, że każda osoba z niepełnosprawnością, bez względu na jej stopień, może uzyskać pracę w zwyczajnym środowisku pracy - pod warunkiem dostosowania dla niej stanowiska, rodzaju i warunków pracy a także zapewnienia odpowiedniego wsparcia. Innymi kluczowymi założeniami filozofii zatrudnienia wspomaganego są: zindywidualizowane podejście do znajdowania zatrudnienia, szkolenie w konkretnych umiejętnościach zawodowych oraz społecznych w miejscu pracy oraz zapewnienie ciągłości wsparcia i usług, zgodnie z umową ze strony pracodawcy i pracownika z niepełnosprawnością. Samostanowienie, dokonywanie świadomych wyborów to ważne zasady, które pomagają osobom z niepełnosprawnością w pełni zrozumieć własne możliwości, by mogły świadomie dokonywać wyborów zgodnych z własnymi preferencjami, z przewidywaniem konsekwencji własnych decyzji.

Dodatkowo model zatrudnienia wspomaganego opiera się na zasadzie „zero odrzucenia”, co znaczy, że nikomu kto chce i ma motywację, nie można odmówić udziału w usłudze, a szczególnie tym osobom, które będą wymagały więcej wsparcia, niż pozostałe.

...ale najważniejsi są ludzie.

W celu zapewnienia odpowiedniego wsparcia osobie z niepełnosprawnością w Centrum DZWONI, uwzględniając wyżej opisane kluczowe wartości i zasady, realizujemy proces zatrudnienia wspomaganego zgodnie z pięcioma etapami:

1. Zaangażowanie (zawarcie kontraktu pomiędzy osobą z niepełnosprawnością intelektualną a Centrum DZWONI):

Już etap zaangażowania stwarza osobie z niepełnosprawnością intelektualną możliwość dokonywania wyboru czy chce korzystać z usługi zatrudnienia wspomaganego, czy też nie, w oparciu o jej własną wiedzę i motywację. Ważne jest, aby na tym etapie, zarówno osoba z niepełnosprawnością, jak i zaangażowane najbliższe otoczenie (jeśli takie jest włączone do procesu) mieli dostęp do wszelkich informacji, niezbędnych do podjęcia świadomych decyzji.

2. Profil zawodowy:

Profilowanie zawodowe podobnie jak cały proces zatrudnienia jest skoncentrowane na danej jednostce, która ma kontrolę nad całym procesem i mamy możliwość dokonywania samodzielnego wyboru stanowiska pracy oraz strategii wsparcia w zatrudnieniu. W naszej praktyce, przy profilowaniu zawodowym pracują zespoły interdyscyplinarne (psycholog, doradca zawodowy, trenerzy pracy). W Centrum DZWONI koncentrują się one na indywidualnych zasobach, mocnych stronach osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Jest to swoisty kapitał tej osoby. Takie cechy jak wysoka motywacja, zaangażowanie, wytrwałość w działaniu stanowią podstawę, na której w dalszej fazie procesu aktywizacji buduje się zestaw pożądanych na danym stanowisku pracy kompetencji. W naszej pracy ważne jest to, co osoba potrafi i czego jeszcze może się nauczyć. Oczywiście pracując z osobą z niepełnosprawnością intelektualną nie sposób ignorować jej deficytów, ale mając ich świadomość można tak dobrać stanowisko pracy i czynności oraz sposób i zakres szkolenia, że istniejące deficyty nie będą przeszkodą w zdobyciu i utrzymaniu zatrudnienia. Bazowanie wyłącznie na negatywnych cechach i „wynaturzeniach”, mogłoby prowadzić do podejmowania decyzji o zatrudnieniu w warunkach segregacji i izolacji jako tym preferowanym (najlepszym). Brak odpowiedzialnego planowania i pełnego zaangażowania klienta - osoby z niepełnosprawnością intelektualną w proces profilowania może prowadzić do nieodpowiedniego dopasowania stanowiska pracy i wynikających z tego niesatysfakcjonujących rezultatów.

3. Poszukiwanie pracy:

Podkreślamy w naszej pracy, że atutem prowadzonych działań jest niestosowanie jednego standardowego podejścia. Tutaj kluczową sprawą jest odpowiednie dopasowanie stanowiska pracy do poziomu umiejętności/możliwości każdej osoby, zgodnie z jej indywidualnymi preferencjami. Następnie szkolenie na stanowisku pracy, które zapewni trwałość tego dopasowania.

Celem naszych działań, nie jest przyuczenie grupy osób charakteryzujących się daną niepełnosprawnością do wykonywania określonych czynności, w konkretnym sektorze, bo mogłoby to być przejawem dyskryminacji w dostępie do różnorodnej oferty jaką stwarza rynek pracy. Dla nas ważne jest, aby znaleźć indywidualne stanowisko pracy, dopasowane do możliwości i potencjału konkretnej osoby. Musimy również pamiętać, aby proponowane stanowisko było autentycznym stanowiskiem pracy, wynikającym z faktycznych potrzeb pracodawcy (a nie miejscem do „miłego towarzyszenia”), z jasno określonymi zadaniami, a wydajność i jakość pracy powinna podlegać takiemu przeglądowi i ocenie, jakie mają miejsce w przypadku innych pracowników na tym samym stanowisku pracy.

Na koniec, nie możemy na tym etapie zapominać o pracodawcach, bo bez nich nie ma miejsc pracy. Musimy więc zbierać równocześnie informację na temat ich potrzeb i preferencji, nawiązywać kontakty i zachęcać pracodawców do podjęcia współpracy.

4. Współpraca z pracodawcą:

Doświadczenia pokazują, że pracodawcy chętniej podejmują współpracę w zakresie zatrudniania, gdy po prostu wpasujemy się w ich potrzeby rekrutacyjne. Dlatego musimy gromadzić i posiadać taką wiedzę. Współpracując od wielu lat z pracodawcami widzimy, że pracodawcy wysoko cenią sobie profesjonalizm w oferowanej usłudze. Wskazują, że ważne dla nich jest wsparcie trenera pracy, zarówno w początkowym etapie zatrudnienia m.in. w szkoleniu na stanowisku pracy, w przekazywaniu informacji o potencjalnym pracowniku (istotnych tylko i wyłącznie z punktu widzenia podejmowanych działań zawodowych), jak również i po zatrudnieniu, z uwzględnieniem bytności w sytuacjach problematycznych czy kryzysowych. Z naszych doświadczeń wynika, że jednym z kluczowych elementów powodzenia w zatrudnieniu w przedsiębiorstwie jest pełne włączenie pracownika z niepełnosprawnością intelektualną do zespołu pracowniczego bez zbędnego jej stygmatyzowania. Tylko wówczas, gdy stanie się on jego częścią, akceptowanym, szanowanym za swoje zaangażowanie pracownikiem możemy mówić o sukcesie całego procesu. I tak się dzieje. Jeszcze przed wprowadzeniem naszego klienta do zakładu pracy, trener pracy przeprowadza rozmowę z jego przyszłymi współpracownikami na temat specyfiki funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną i konkretnie na temat danej osoby, by przygotować zespół pracowniczy na „spotkanie z nieznanym”. To daje znakomite efekty. Przypadki dyskryminacji, czy naruszania czyjejś godności, można policzyć na palcach jednej ręki i zazwyczaj wynikają one z trudnego charakteru danej osoby, a nie z niechęci do osób z niepełnosprawnością intelektualną. Regułą jest, że „sprawni” pracownicy widząc zaangażowanie, wysoką motywację i sprawność, z jaką nasi Klienci odnajdują się na stanowiskach pracy, zapominają o trudnościach wynikających z ich niepełnosprawności, czy wizualnej odmienności np. w przypadku osób z Zespołem Downa czy porażeniem mózgowym, traktując ich, tak jak każdą inną osobę z którą przyszło im pracować w zespole.

5. Wsparcie w miejscu pracy i poza nim:

Skuteczne, zindywidualizowane wsparcie jest filarem zatrudnienia wspomaganego. Wsparcie to powinno mieć charakter ciągły – czyli być dostępne zawsze wtedy, gdy potrzebuje go

pracownik i/lub pracodawca. Pamiętajmy, że skuteczne wsparcie, nie ogranicza się tylko do wizyt w miejscu pracy. Obejmuje ono bieżące informowanie, wsparcie emocjonalne i zbieranie informacji zwrotnych. Zarówno rodzaj jak i zakres wsparcia koniecznego w danym miejscu pracy i w danej sytuacji zależy od potrzeb indywidulanych osoby pracującej oraz specyfiki konkretnej firmy.

Dzięki takiemu postępowaniu firma ma wymierne korzyści, ponieważ ma szansę zadbać o różnorodność w miejscu pracy i skutecznie włączyć w dane środowisko osobę z różnym poziomem sprawności i odmiennymi potrzebami. Należy jednak przy tym pamiętać, aby zachęcać także współpracowników osoby z niepełnosprawnością, do zapewnienia jej naturalnego wsparcia w dalszym etapie zatrudnienia.

Umacnia to rolę osoby jako pracownika zespołu i promuje pełne włączenie społeczne.

KONKLUZJE/PODSUMOWANIE

Czytelnik może pomyśleć, że to o czym piszemy jest w realiach polskich utopią i nierealnymi oczekiwaniami. Otóż z całą pewnością musimy stwierdzić, że to się dzieje na prawdę, ma miejsce i przynosi wymierne korzyści zarówno osobie z niepełnosprawnością, jej pracodawcy a także rodzinie. Pracodawcy zapewniamy bezpłatną i poufną usługę rekrutacyjną. Dzięki tej usłudze mają oni dostęp do starannie dopasowanej, wyselekcjonowanej kadry. Zarówno pracodawca, jak i osoba z niepełnosprawnością, mają stały dostęp do ciągłego wsparcia ze strony trenera pracy. Sam fakt zatrudnienia osoby z niepełnosprawnością intelektualną stwarza pracodawcy możliwość świadomego działania w budowaniu różnorodnych zespołów pracowniczych. Pracodawcy zaczynają dostrzegać różnice między poszczególnymi pracownikami, traktując je jako potencjał, a nie barierę. Sama osoba z niepełnosprawnością osiąga wymierne korzyści, ponieważ dzięki wsparciu (m.in. trenera pracy) ma wyrównane szanse na stanie się wartościowym pracownikiem, choć zapewne różniącym się w swoich możliwościach i kompetencjach. Rodzina natomiast ma możliwość doświadczenia jak ich dorosłe dziecko rozwija się, zmienia, dojrzewa, zaczyna świadomie

dostrzegać swoje potrzeby, realizować własne cele życiowe i osobiste oraz doznawać szacunku i poczucia wartości.

Jak już wspomnieliśmy musimy też pamiętać, że polityka równości nie wyklucza polityki różnorodności, czego przykładem są działania opisane w tym artykule. Natomiast chcielibyśmy dobitnie podkreślić, że mówiąc o równości mamy na myśli to, że wszyscy ludzie są równi w swojej godności, wolności i równości wobec prawa. Nikt nie zakłada, że wszyscy mają być równi w swoich osobniczych cechach i osobistych kompetencjach, i możliwościach. Chodzi o to, że wszyscy mamy przyrodzone prawo do różnienia się. Każdy jest osobowością, każdy jest inny i ma swój indywidualny potencjał. Jednocześnie każdy człowiek rozwija się na swój sposób, w swoim tempie, w zależności od możliwości i indywidualnego potencjału oraz środowiska, w którym żyje i wsparcia jakie otrzymuje oraz możliwości, jakie zostają mu stworzone. Różnorodność wymaga od nas, profesjonalistów, aby w swojej ofercie wspierania osoby z niepełnosprawnością intelektualną w podjęciu i utrzymaniu zatrudnienia na otwartym rynku pracy pamiętać o tych wszystkich aspektach. Nie zapominamy jednak, że jeśli mamy skutecznie wspierać osoby w zwykłej, płatnej pracy, musimy w pełni zdawać sobie sprawę z ich potencjału - umiejętności i kwalifikacji. Osoby niepełnosprawne muszą być przez profesjonalistów udzielających im wsparcia postrzegane jako osoby ubiegające się o pracę dysponujące określonymi umiejętnościami, które są dla pracodawcy potrzebne i za które pracodawca będzie wynagradzać pracownika. Osoby udzielające wsparcia - psychologowie/doradcy zawodowi/ trenerzy pracy - muszą w to naprawdę uwierzyć - tylko pod takim warunkiem będą mogły skutecznie wspierać osoby niepełnosprawne i znajdować im pracę.

Tak jak przy każdym działaniu, pojawiają się trudności oraz nieprzewidziane okoliczności. Jednak dzięki jasnym zasadom, mierzalnym i realnym celom oraz pracy „na relacjach” nie rezygnujemy, a idziemy dalej i stawiamy na rozwój osób z niepełnosprawnością, tych wszystkich, którzy tego chcą.

Kończąc chciałabym przywołać myśl noblistki – Wisławy Szymborskiej: „Tyle wiemy o sobie, ile nas sprawdzono”. Stwórzmy więc osobom z niepełnosprawnością intelektualną równe szanse i możliwości sprawdzenia się na różnorodnym rynku pracy.

Bibliografia

1. Ben van Hamond & Ronald Haccou, Zdobywanie oraz Ewaluacja Kompetencji Społecznych, Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym Zarząd Główny, Warszawa 2007 r.
2. Europejska Unia Zatrudnienia Wspomaganego. Broszura informacyjna i standardy jakości, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2013
3. Europejska Unia Zatrudnienia Wspomaganego. Zbiór praktycznych wskazówek, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2013.
4. Gajda Magdalena, Zakrzewska Monika Pracownik z niepełnosprawnością intelektualną, Warszawskie Koło Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Warszawa 2011 r.
5. Karta Różnorodności w Polsce, <http://www.kartaroznorodnosc.pl> (dostęp na dzień 25.11.2014r.)
6. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ dnia 13 grudnia 2006 r, Dz.U. 2012 poz. 1169
7. Majewski Tadeusz, Zatrudnienie wspomagane osób niepełnosprawnych, Krajowa Izba Gospodarczo-Rehabilitacyjna, Warszawa 2006
8. Niepubliczna agencja doradztwa zawodowego i pośrednictwa pracy dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Raport z realizacji projektu Centrum Doradztwa Zawodowego i Wspierania Osób Niepełnosprawnych Intelaktnie w okresie od 01.10.2010-31.10.2012, Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Warszawa 2012

Materiał powstał również w oparciu o zasoby własne oraz Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym przygotowany jako element dwuczęściowego szkolenia przygotowanego w ramach europejskiego projektu Leonardo „Conversion”.

Biologiczne metody leczenia depresji- teoria i praktyka. Wyniki badań i doświadczenia II Kliniki Psychiatrycznej IPiN

Anna Antosik-Wójcińska¹, Łukasz Świącicki²

¹Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

²Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa

Pomimo postępu farmakologii i intensywnych prac dotyczących stosowania leków przeciwdepresyjnych, zarówno w monoterapii, jak i w skojarzeniach lekowych, wciąż u znacznego odsetka pacjentów lekoopornych musimy poszukiwać innych niż farmakoterapia metod leczenia. Najskuteczniejszą metodą leczenia u chorych z depresją lekooporną wciąż pozostaje leczenie elektrowstrząsowe (EW) ze wskaźnikami remisji wynoszącymi około 50%. Negatywny odbiór społeczny EW oraz obawa przed działaniami niepożądanymi, w szczególności zaburzeniami funkcji poznawczych, prowadziły w ostatnich latach do ograniczania stosowania EW oraz skierowania się w poszukiwaniach w kierunku fizykalnych metod leczenia depresji takich jak fototerapia oraz rozwój technik neurostymulacji, takich jak przeczaszkowa stymulacja magnetyczna serią impulsów (rTMS), głęboka stymulacja mózgu (DBS), przeczaszkowa stymulacja stałoprądowa (tDCS) i stymulacja nerwu błędnego (VNS). Podczas warsztatu przedstawimy wyniki najnowszych badań dotyczących EW oraz metod neurostymulacji oraz odniesiemy się do doświadczeń II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie związanych ze stosowaniem EW, fototerapii, rTMS oraz DBS.

Znaczenie układu neuroendokrynologicznego w kształtowaniu ryzyka i przebiegu PTSD

Dominika Berent

Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej w Warszawie, Warszawa

Funkcjonowanie układu neuroendokrynologicznego w zaburzeniu stresowym pourazowym (PTSD) zasadniczo różni się od tego rejestrowanego w zaburzeniach depresyjnych i stanowi niewyczerpany temat współczesnych badań. Prezentacja ma na celu przedstawienie odrębności działania układu współczulnego, osi podwzgórze – przysadka – nadnercza i osi podwzgórze – przysadka – tarczyca w PTSD. Część z tych zaburzeń uważa się za obecne jeszcze przed zadziałaniem czynnika stresogennego i predysponujące do rozwoju PTSD.

Fizjologiczna reakcja stresowa jest niezbędna do przygotowania organizmu na przetrwanie w warunkach działania czynnika stresogennego. Ma charakter adaptacyjny i ulega wygaszeniu gdy przestaje być potrzebna. Subtelna równowaga działania epinefryny, norepinefryny i kortyzolu pozwala na mobilizację rezerw metabolicznych organizmu oraz zwiększenie wydajności układu oddechowego i układu krążenia celem podjęcia ucieczki lub walki, a po ustaniu szeroko pojętego zagrożenia – zakończenie opisanych procesów i odpoczynek organizmu. Co najistotniejsze dla prezentowanego tematu, epinefryna, norepinefryna i kortyzol warunkują proces zapamiętania i przechowywania danych o czynniku stresogennym. O ile w warunkach fizjologicznych jest to proces niezbędny dla prawidłowego osobniczego uczenia się i przetrwania gatunku, to w razie nadmiernego rozszerzenia zakresu pamięci na okres po zadziałaniu bodźca, może dać efekt dezadaptacyjny, związany z nadmiernym zapamiętaniem lub nawet zniekształceniem obrazu bodźca. Większość badań nad pacjentami z PTSD wskazuje na wzmożenie napięcia układu współczulnego przy jednocześnie normalnym lub obniżonym stężeniu kortyzolu. Jedną z biologicznych aktywności kortyzolu jest hamowanie działania dejodynazy I i II, a więc zmniejszanie konwersji tetrajodotyroniny (fT4) do trijodotyroniny (fT3). Wiele badań potwierdza w PTSD zwiększone stężenie fT3, co próbuje się tłumaczyć współistniejącym niskim osoczkowym stężeniem kortyzolu.

Badanie zaburzeń działania układu neuroendokrynologicznego dostarcza nowych sugestii co do potencjalnie skutecznych strategii farmakologicznego leczenia PTSD.

Kardiochirurgia i neuropsychiatria – dysfunkcje neuropsychiatryczne po operacjach kardiochirurgicznych

Alina Borkowska¹, Wojciech Pawliszak², Krzysztof Szwed³, Lech Anisimowicz²

¹*Katedra i Zakład Neuropsychologii Klinicznej UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Bydgoszcz*

²*Klinika Kardiochirurgii Szpital Uniwersytecki im Jurasza Collegium Medicum w Bydgoszczy, Bydgoszcz*

³*Katedra i Zakład Neuropsychologii Klinicznej UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Bydgoszcz*

W ostatnich latach dokonał się znaczny postęp w technikach operacji kardiochirurgicznych oraz metodach leczenia i rehabilitacji chorych po operacjach serca. Pomimo to dysfunkcje neuropsychiatryczne stanowią poważny problem medyczny zarówno we wczesnym, jak i późnym okresie pooperacyjnym. Każda operacja serca wiąże się z potencjalną możliwością ryzyka powikłań neuropsychiatrycznych, w etiologii których największe znaczenie ma mikrozatorowość, czynniki związane z reakcją zapalną i stresem oksydacyjnym oraz związane z przebiegiem operacji 0- głównie spadki ciśnienia, saturacji, co może skutkować niedotlenieniem OUN. Pooperacyjne dysfunkcje mózgu najczęściej dotyczą kory czołowej i skroniowej oraz struktur podkorowych. Operacje kardiochirurgiczne pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG z użyciem krążenia pozaustrojowego i OP CABG wykonywane na bijącym sercu) są najczęściej wykonywanymi operacjami chirurgicznymi na świecie. Stwierdzono, że u około 70% pacjentów po takich zabiegach prezentuje dysfunkcje poznawcze (POCD), związane z różnymi obszarami kognitywnymi. W przypadku operacji OP CABG, bardziej dla mózgu bezpiecznych, wykazano istotne znaczenie metody operacji. Większa częstość i nasilenie POCD obserwowana jest u chorych po operacjach tradycyjnych, w porównaniu z operacjami bez manipulacji na aorcie, tzw. "no touch" OPCABG.

Jak dotychczas nie ma jasnych zaleceń co do stosowania procedur postępowania śródoperacyjnego i pooperacyjnego mających na celu zwiększenie bezpieczeństwa operacji dla OUN. W większości ośrodków brakuje też specjalistów przygotowanych do jak najszybszego rozpoznawania zaburzeń neuropsychiatrycznych i odpowiedniego reagowania. W trakcie warsztatu zostaną zaprezentowane poglądy na temat przyczyn zaburzeń neuropsychiatrycznych (w tym POCD), możliwości ich leczenia i prewencji przez specjalistów: kardiochirurga, neurologa i neuropsychologa. Zaprezentowane zostaną doświadczenia Kliniki Kardiochirurgii CM w zakresie bezpiecznego operowania chorych oraz Katedry Neuropsychologii CM na temat możliwości ich leczenia i prewencji. Uczestnicy będą mieli okazję podjęcia merytorycznej dyskusji na temat istoty współpracy psychiatry z kardiochirurgami i neuropsychologami w tym zakresie.

Od przedszkola do doktora - masturbacja dziecięca okiem psychoterapeuty

Anna Brandt

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych; Centrum Terapii Systemowej i Pomocy Psychologicznej "DIADA", Zabrze

Podczas warsztatu proponuje się poruszenie problematyki masturbacji dziecięcej, jej opis i ocenę kliniczną na podstawie wiedzy teoretycznej popartej wynikami badań empirycznych oraz praktyki psychoterapeutycznej.

Masturbację dziecięcą definiuje się jako stymulowanie przez dziecko własnego ciała – głównie obszarów erogennych – i wywoływanie w ten sposób uczucia przyjemności, a zatem naturalnie obserwuje się również tendencję do powtarzania takich zachowań. Masturbacja dziecięca znacznie różni się od masturbacji młodzieńczej czy też masturbacji dokonywanej przez ludzi dorosłych; warto o tym pamiętać i nie przenosić kryteriów diagnostycznych odpowiednich dla oceny zachowań dorosłych czy dorastających osób na zachowania dzieci. Ponadto, onanizm dzieci należy do podstawowych form ekspresji seksualnej i jednocześnie jest jedną z najwcześniej występujących i typowych dla osób, których rozwój nie osiągnął stadium dojrzałości seksualnej. O masturbacja jest aktywnością, którą dzieci podejmują na tle różnorodnej

problematyki i mimo przynależności zachowania takiego do normy, nie można potraktować go jednolicie, ani pod względem diagnostycznym, ani terapeutycznym. Mimo rozwojowego charakteru zachowań seksualnych wieku rozwojowego, nie powinno się lekceważyć, czy odrzucać próśb rodziców o pomoc i interwencję. Praca terapeutyczna z dzieckiem często nie jest konieczna, kluczowe wydają się jednak interwencje systemowe, obejmujące rodzinę małego pacjenta. Psychoedukacja rodziców, poszerzenie ich sposobu widzenia zjawiska, może stanowić podstawę terapii.

W czasie warsztatu przedstawione zostaną współczesne teorie i poglądy na temat powyższego zjawiska, rodzaje onanizmu dziecięcego oraz symbolika objawu. Omówione zostaną również wybrane interwencje terapeutyczne oraz przedstawione zostanie studium przypadku. Ważny wydaje się również rodzinny kontekst społeczno-kulturowy i wiedza potoczna pacjentów na temat seksualności dziecięcej. Powyższe zagadnienie również będzie przedmiotem dyskusji w trakcie warsztatu.

Swój własny psychiatryczny gabinet lub przychodnia? Mocne i słabe strony, szanse oraz wyzwania dla psychiatrów.

*Michał Feldman
Warszawa*

Metodą warsztatową analiza SWOT projektu pt. "Prowadzę własny gabinet" dla lekarzy psychiatrów. Omówienie najczęstszych wyzwań i problemów oraz metod ich rozwiązywania w życiu zawodowym psychiatry - menedżera. Zalety i wady różnych praktycznych rozwiązań oraz różnych form praktyki. Trendy w Polsce i na świecie.

Zaburzenia funkcji poznawczych u alpinistów

Maria Flakus¹, Mariusz Sołtysik²

¹Uniwersytet Śląski, Katowice

²Oddział Kliniczny Psychiatrii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Tarnowskie Góry

Istotnym źródłem informacji o problemach, jakim stawiają czoła alpiniści i himalaiści, jest literatura, zawierająca liczne treści dokumentacyjne i poznawcze, przybliżające czytelnika do zrozumienia nie raz karykaturalnych i skrajnych przeżyć psychicznych alpinistów. Również w literaturze naukowej wiele uwagi poświęca się wpływowi licznych czynników stresowych i deprywacyjnych, związanych z pobytem na dużych wysokościach. Pośród licznych zespołów psychopatologicznych, związanych z wpływem urazowych czynników środowiska wysokogórskiego, stosunkowo najlepiej opisana jest ostra choroba górską (ang. acute mountain sickness, AMS), stanowiąca ostrą reakcję organizmu na brak adaptacji do warunków panujących na dużych wysokościach. Nie mniej jednak, istotne wydaje się także wspomnienie o istnieniu licznych przesłanek przemawiających za istnieniem szczególnych form uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego będących skutkiem długotrwałego oddziaływania urazowych czynników środowiska wysokogórskiego, określanych jako mózgowa astenia wysokogórska (ang. high-altitude cerebral asthenia). Ta swoista forma organicznych uszkodzeń mózgu wiąże się z wieloaspektowym osłabieniem funkcjonowania poznawczego, a nierzadko także z zaburzeniami w sferze temperamentalnej i charakterologicznej. Autorzy przedstawiają obraz psychopatologiczny poszczególnych form astenii wysokogórskiej oraz przegląd badań dotyczących funkcjonowania poznawczego i osobowościowego wspinaczy wysokogórskich. Dodatkowo, przeglądowo prezentują metody diagnozy pomocne przy ocenie funkcji poznawczych oraz osobowościowych.

Problematyka obserwacji sądowo-psychiatrycznej

Paweł Gosek¹, Janusz Heitzman², Gabriela Bodzak - Opolska², Inga Markiewicz²

¹*Klinika Psychiatrii Sądowej Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa*

²*Klinika Psychiatrii Sądowej Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa*

W ramach warsztatu zostaną omówione podstawy prawne przeprowadzania obserwacji sądowo-psychiatrycznej: w tym m. in. kto może wnosić o przeprowadzenie obserwacji, miejsce i czas prowadzenia obserwacji, finansowanie kosztów obserwacji, zadania biegłych lekarzy i psychologów, prawa osoby poddanej obserwacji. Na wybranych przykładach omówione zostaną trudności diagnostyczne: rozbieżności w dokumentacji medycznej, danych z akt sprawy w tym zeznań świadków, kwestie zaświadczeń o przebiegu leczenia oraz ich wykorzystania w postępowaniu sądowym, znaczenie badania psychologicznego w trakcie obserwacji sądowo-psychiatrycznej. Szczegółowo przedstawione zostaną dwie opinie wydane po obserwacji prowadzonej w Klinice Psychiatrii Sądowej IPIN, dotyczące podejrzenia symulacji choroby psychicznej u osoby wielokrotnie opiniowanej, oskarżonej w procesach karnych oraz osoby do chwili czynu nie leczonej psychiatrycznie, która po zdarzeniu rozpoczęła diagnostykę psychiatryczną oraz neurologiczną. Przedstawione zostaną w tych przypadkach dane z akt sprawy oraz przebieg obserwacji i wnioski z opinii.

Leczenie elektrowstrząsami (EW) - stan obecny i nowe wyzwania

Robert Hese¹, Tomasz Zyss², Piotr Gorczyca¹

¹*Oddział Kliniczny Psychiatrii ŚUM, Zabrze*

²*Klinika Psychiatrii Dorosłych, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Kraków*

Przedstawiono częstość stosowania EW w niektórych krajach świata i Europy, z uwzględnieniem Polski. Zwrócono uwagę na różnice dotyczące zaleceń towarzystw naukowych do terapii EW w zaburzeniach psychicznych. Wspomniano o najnowszych hipotezach dotyczących mechanizmów działania leczniczego EW w depresji. Wskazano na rozbieżności w ocenie skuteczności leczenia depresji przy użyciu różnych technik wyzwalania napadów. Poświęcono również uwagę elektrowstrząsom

podtrzymującym stosowanym w nieskutecznej farmakoterapii ciężkiej, nawrotowej depresji. Podniesiono potrzebę dalszych badań nad technikami EW najbardziej efektywnymi w leczeniu zaburzeń psychicznych a równocześnie pozbawionych negatywnych wpływów na sferę poznawczo-pamięciową. Zwrócono uwagę na rozbieżność i niedostatek badań nad odległymi skutkami EW na pamięć i funkcje poznawcze i u leczonych chorych. Podkreślono ważne zadania wiążące się z terapią EW w Polsce: potrzebę opracowania nowych standardów i procedur stosowania EW, ponadto programów szkolenia lekarzy i pielęgniarek zaangażowanych w to leczenie.

Specyfika superwizji w psychoonkologii

Marcin Jabłoński

Katedra Psychologii Akademii Ignatianum w Krakowie, Kraków

Staraniem Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego (PTPO) psychoonkolog został wpisany przez Ministra Pracy i Polityki Socjalnej na listę zawodów w grupie "inne zawody w ochronie zdrowia". Zgodnie z tym rozporządzeniem już dziś psycholodzy i osoby z wykształceniem medycznym posiadający dyplom ukończenia podyplomowych studiów z psychoonkologii spełniają wymogi tego rozporządzenia i bezpośrednio po studiach mogą podjąć pracę w tym nowym zawodzie. PTPO przejmując odpowiedzialność za jakość opieki psychoonkologicznej wprowadziło proces certyfikacji czynnych zawodowo psychoonkologów a także patronuje procesowi kształcenia nowej kadry. Przedstawiciele innych zawodów, wolontariusze i wszyscy aktywnie zaangażowani w opiekę nad pacjentami z chorobą nowotworową po skończeniu studiów z psychoonkologii mogą już dziś podjąć dalsze szkolenie zakończone uzyskaniem prestiżowego Certyfikatu Psychoonkologa Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego. Jednym z najistotniejszych elementów kształcenia zawodowego psychoonkologów jest superwizja własnej pracy

terapeutycznej. Jednak praca terapeutyczna z pacjentem chorym na raka tylko w niewielkim stopniu przypomina proces psychoterapii stosowanego z zaburzeniami lękowymi, osobowości bądź afektywnymi. Zarówno podstawowe - nowotworowe tło schorzenia, niepewne rokowanie co do przebiegu choroby, trudności w settingu terapeutycznym, działania uboczne stosowanych leków i procedur onkologicznych, typowa sytuacja głębokiego kryzysu w systemie rodzinnym jak również zróżnicowane wstępne przygotowanie zawodowe samych psychoonkologów - stawiają zarówno przed nimi, jak również przed ich superwizorami szczególnie trudne zadanie. W trakcie warsztatu uczestnicy będą mieli możliwość skorzystać z superwizji własnej praktyki psychoonkologicznej, co będzie kanwą do dyskusji w grupie nad specyfiką relacji superwizyjnej w psychoonkologii i tworzeniu standardów superwizyjnych w dla tej grupy zawodowej.

Jak rozumieć zaburzenia zachowania?

Małgorzata Janas-Kozik

Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Sosnowiec, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Sosnowiec

W psychiatrii rozwojowej dzieci i adolescencji skierowani do oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży w celu postawienia diagnozy medycznej i leczenia mają w rozpoznaniu wstępnym najczęściej zaburzenia zachowania lub mieszane zaburzenia zachowania i emocji. W wielu różnych diagnozach medycznych zaburzenia zachowania występują jako objaw. Kryteria diagnostyczne zebrane w ICD-10 mówią o opozycyjno-buntowniczych zaburzeniach zachowania i ciężkich, poważnych zaburzeniach zachowania. W oświacie zaburzenia zachowania funkcjonują jako kategoria orzecznicza, jako diagnoza i skierowanie do nauczania indywidualnego. W potocznym rozumieniu mówimy o niegrzecznym, trudnym dziecku, którego zachowania nie podobają się osobie dorosłej. Początek zaburzeń zachowania przed 10 r.ż. nie jest częsty, a u około 5% dzieci zachowania związane z agresją są bardzo stabilne, występują w różnych środowiskach i są odporne na terapię. Wiele dzieci i nastolatków agresywnych przeżywa silny i przewlekły lęk, są nadwrażliwe na sygnały związane z zagrożeniem, gdyż były ofiarami przemocy. Konsekwencją tego jest nadmierna reakcja na zagrożenie, drażliwość, wrogie nastawienie do innych, niski próg hamowania własnych zachowań agresywnych oraz impulsywna reakcja w sytuacjach, gdy inne osoby z otoczenia nie czują zagrożenia. Wg A.E. Kazdin (1999) brak zaburzeń zachowania jest konsekwencją dobrego funkcjonowania dziecka w jednej z trzech sfer:

1. Radzenie sobie dziecka z kontaktami społecznymi i obowiązkami, jak również wysoka samoocena.
2. Sposób funkcjonowania rodziny (sposób sprawowania opieki nad dzieckiem, wychowywania dziecka, wykształcenie rodziców, ich umiejętności społeczne i wiedza na temat wychowania dziecka).
3. Wsparcie środowiskowe (oparcie w rodzinie, posiadanie przyjaciół, oparcie w innych ważnych dorosłych).

Osobnym obszarem jest współwystępowanie zaburzeń zachowania z innymi diagnozami psychiatrycznymi, np. z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, chorobą afektywną dwubiegunową lub zaburzeniami psychotycznymi. Postępowanie terapeutyczne nakierowane jest na redukcję zachowań agresywnych i zagrażających, wsparcie w środowisku (szkoła, dom). W przypadku współwystępowania różnych zaburzeń psychicznych leczenie rozpoczynamy od tego zaburzenia, którego objawy są dominujące i poważnie zaburzają funkcjonowanie w otoczeniu. Prezentacja przypadku klinicznego pokazuje trudności diagnostyczne i terapeutyczne adolescenta, kiedy w obrazie klinicznym pojawiają się zaburzenia zachowania.

Spektrum Poalkoholowych Wrodzonych Zaburzeń Rozwojowych (FASD) – diagnostyka różnicowa

Małgorzata Janas-Kozik¹, Małgorzata Klecka²

*¹Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Sosnowiec, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii
SUM, Sosnowiec*

²Pracownia Diagnostyki i Terapii Zaburzeń Rozwojowych w Łędzinach, Łędziny

FASD - Spektrum Poalkoholowych Wrodzonych Zaburzeń Rozwojowych (Fetal Alcohol Spectrum Disorders) - występuje u dzieci matek spożywających alkohol w okresie ciąży.

Określa ono spektrum zaburzeń różniących się stopniem nasilenia zmian fizycznych (głównie specyficznych cech dysmorfii twarzy) i funkcjonalnych (procesów poznawczych, objawów zachowania i emocjonalnych).

FASD nie jest rozpoznaniem klinicznym, czyli u pacjenta nie diagnozuje się FASD, jest on zbyt szeroko zdefiniowany, aby mógł mieć wartość kliniczną. W skład FASD wchodzi:

1. Płodowy Zespół Alkoholowy (Fetal Alcohol Syndrome – FAS)
2. Częściowy FAS (Partial Fetal Alcohol Syndrome - pFAS)
3. Zaburzenia neurorozwojowe związane z alkoholem (Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder - ARND)
4. Wady wrodzone związane z alkoholem (Alcohol Related Birth Defects - ARBD)
5. Efekt działania alkoholu na płód, alkoholowy efekt płodowy (Fetal Alcohol Effects) - FAE)
6. Prenatalna Ekspozycja na Alcohol (Prenatal Alcohol Exposure – PAE)

Uwaga: Nomenklatura różni się w zależności od stosowanego podejścia diagnostycznego. Autorki stosują nazewnictwo 4-cyfrowego kwestionariusza diagnostycznego autorstwa prof. S. Asteley, University of Washington. W związku z powyższym terminy: ARND, ARBD - nie są stosowane w kwestionariuszu jako sugerujące bezpośredni związek objawu z działaniem alkoholu w okresie ciąży. Termin FAE został wycofany ze względu na zbyt szerokie kryteria (jakikolwiek zaburzenia funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego (OUN), bez cech fizycznych i z domniemaną ekspozycją na alkohol).

Zgodnie z nomenklaturą 4-cyfrowego kwestionariusza diagnostycznego korzysta się z następujących terminów w FASD: FAS, pFAS, znacznikowe zmiany fizyczne i zaburzenia neurobehawioralne oraz encefalopatia niepostępująca. Osobno rozpatrywane są kryteria fizyczne oraz dotyczące OUN, a osobno historia prenatalnej ekspozycji na alkohol. W sposób szczególny podkreśla się wagę diagnostyki różnicowej.

4-cyfrowy kwestionariusz diagnostyczny jest kompleksowym przewodnikiem dla diagnozy w obrębie FASD (opracowany przez zespół lekarzy FAS Diagnostic and Prevention Network, Waszyngton, Larren, Astley 1997, Clarren 2000). Cztery cyfry w kodzie odzwierciedlają stopień nasilenia czterech kluczowych cech diagnostycznych FAS 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. Nie ma dwojga identycznych dzieci z FASD. Objawy występują w różnym natężeniu: od łagodnych do poważnych. Zależy to od ilości spożywanego alkoholu w okresie ciąży oraz od okresu ciąży, w jakim był spożywany. Występują czynniki mające wpływ na to, jakie dziecko urodzi się, należą do nich: wiek matki, dieta matki, jej historia picia. W FAS wyróżnia się objawy pierwotne i wtórne. Objawy pierwotne to fizyczne i umysłowe objawy, z którymi dziecko przychodzi na świat. Objawy wtórne powstają w ciągu życia dziecka. W FASD mogą współwystępować objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, zaburzeń ze spektrum autyzmu, zaburzeń zachowania, czy objawów lękowych i depresyjnych. Objawy te

mogą nie układać się w pełnoobjawową kategorię diagnostyczną, ale ich występowanie może powodować dodatkowe trudności w funkcjonowaniu dziecka.

Spółeczny masochizm w gabinecie specjalisty – perspektywa psychoterapeutyczna

Adam Jaskólski

Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej, Ruda Śląska

Celem warsztatu jest próba przyjrzenia się z perspektywy psychoterapeutycznej, pacjentom angażującym się w szeroki zakres samoniszcących zachowań w życiu społecznym, zawodowym i emocjonalnym, pogłębienie rozumienia przyczyn powstawania masochistycznych mechanizmów funkcjonowania osobowości oraz próba omówienia celów i możliwości zmiany poprzez psychoterapię. Znaczenie kontroli i dominacji w formowaniu struktur samoniszcących. Perspektywa kulturowa. Charakterystyka kliniczna pacjenta masochistycznego – czy tylko ofiary przemocy i toksycznych związków? Masochizm a zaburzenia psychiczne – czyli z czym pacjent może zgłosić się do psychiatry? Przyczyny niepowodzeń leczenia a świadomość masochistycznej gry pacjenta. Sabotowanie leczenia i psychoterapii a niebezpieczeństwo zachowań odwetowych u specjalistów. Uzdrawienie czyli nad czym pracować w relacji terapeutycznej.

Pacjent z zaburzeniami osobowości w warunkach oddziału psychiatrycznego jako wyzwanie dla zespołu leczącego- możliwości i ograniczenia terapii.

Katarzyna Karbowska¹, Adam Jaskólski²

¹Poradnia Zdrowia Psychicznego, Jaworzno

²Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o., Ruda Śląska

Streszczenie :

- rola i znaczenie kontaktu z zespołem leczniczym w oddziale a szansa podjęcia w późniejszym czasie psychoterapii przez pacjenta
 - pierwszy kontakt pacjenta z personelem oddziału jako zapoczątkowanie procesów przeniesieniowych i przeciwprzeniesieniowych
 - psychiatria psychodynamiczna w kontekście relacji pomiędzy pacjentem a leczącym;
- zaburzenia osobowości w rozumieniu kategorii nieświadomych konfliktów, zniekształconych struktur wewnątrypsychicznych i relacji z obiektami
- metody terapeutyczne zintegrowane z leczeniem dziennym i stacjonarnym
 - analiza przeniesienia jako integralna część procesu diagnostycznego
 - wpływ pacjentów z zaburzeniami osobowości (i ich mechanizmów obronnych) na zespoły lecznicze i możliwości w radzeniu sobie z negatywnym przeniesieniem: superwizja, grupa balinta
 - możliwości i ograniczenia w postępowaniu z pacjentem z zaburzeniami osobowości w warunkach leczenia ogólnopsychiatrycznego
 - leczenie zaburzeń osobowości w warunkach hospitalizacji poza granicami Polski: przegląd badań.

Ketamina jako anestetyk w zabiegach elektrowstrząsowych

Krzysztof Kucia¹, Wojciech Merk²

¹Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Katowice

²Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Wydział Lekarski SUM w Katowicach, Katowice

Coraz częściej ukazują się prace informujące o możliwości uzyskania szybkiego efektu leczniczego po podaniu ketaminy, antagonisty receptorów NMDA, u pacjentów z rozpoznaniem depresji, w tym lekoopornej. Doniesienia te wzbudziły jednocześnie nadzieje na możliwość wykorzystania ketaminy jako anestetyku w zabiegach elektrowstrząsowych (EW) celem poprawy ich skuteczności i szybszego uzyskiwania odpowiedzi klinicznej, szczególnie u pacjentów z ciężką postacią choroby. Pomimo wcześniejszych obaw, dotyczących możliwości wywoływania stanów dysocjacji czy nasilenia objawów psychotycznych, ketamina odznacza się dobrym profilem bezpieczeństwa oraz minimalnym wpływem na próg drgawkowy. Fakt ten wykorzystuje się w przypadkach braku odpowiedzi na EW z użyciem innych anestetyków.

Oczekiwania synergistycznego z EW, przeciwdepresyjnego działania ketaminy kontrastują z rezultatami części badań. Inne publikacje akcentują krótkotrwałość obserwowanego efektu. W sytuacji łącznego stosowania ketaminy i innych anestetyków w trakcie EW wskazywano nie tyle na jej działanie przeciwdepresyjne, co na poprawę parametrów hemodynamicznych wykonywanych zabiegów. Mimo obiecujących wyników niektórych badań, ze względu na ich często retrospektywny charakter i niedużą liczebność badanych grup pacjentów, kwestia zasadności stosowania ketaminy w zabiegach EW wymaga dalszej eksploracji.

Zaburzenia seksualne u pacjentów z zaburzeniami osobowości

Agata Leśnicka

WSP Gdańsk, Zakład Fizjologii Klinicznej GUMed, Gdańsk

Zaburzenia osobowości mogą występować u nawet połowy pacjentów oddziału psychiatrycznego. Ich rozpowszechnienie w populacji ogólnej sięga kilkunastu procent, a kryteria rozpoznania dość szczegółowo są omawiane w programie studiów medycznych czy psychologicznych. Inaczej ma się sytuacja z zaburzeniami seksualnymi, których to rozpowszechnienie często nie jest dostatecznie dobrze zbadane, a i program nauczania nie przygotowuje do zbierania wywiadu seksuologicznego, czy tym bardziej leczenia zaburzeń z tego zakresu.

Niniejszy warsztat ma na celu odpowiedź na pytanie czy dane zaburzenie osobowości może predysponować do występowania zaburzeń seksualnych i jak w ogóle wpływa na funkcjonowanie seksualne. Omówiona zostanie rola niniejszych aspektów w tworzeniu konceptualizacji oraz ich waga w planowaniu interwencji terapeutycznych i podtrzymywaniu współpracy z pacjentem. Wymienione zostaną najczęstsze współchorobowości oraz propozycje ich ujmowania w kontekście koncepcji koluzji Willego oraz paradygmatu poznawczo-behawioralnego.

Czynnik ludzki w wypadkach lotniczych

Marian Macender, Krzysztof Zboralski

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 przekonali 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. Ludzie w swojej istocie w sposób naturalny popełniają błędy, dlatego też byłoby nierozsądne oczekiwanie bezbłędного wykonywania zadań lotniczych. Nie jest już dla nikogo zaskoczeniem, że błędy człowieka implikują 60-80% wypadków i katastrof w lotnictwie oraz w innych złożonych systemach. W Polsce ten współczynnik jest wyższy. W swoim wystąpieniu przedstawię animację kilku wypadków lotniczych z nagraniem rzeczywistym głosem poszczególnych osób zaangażowanych w danej misji lotniczej. Będą to wypadki lotnicze z ostatnich 15 lat. Ogólna prezentacja teoretyczna danych z wypadków lotniczych będzie dotyczyła lat 1945 – 2012.

Borderline czy schizofrenia?

Anna Mosiołek¹, Iwona Patejuk-Mazurek²

¹Klinika Psychiatrii WUM MSCZ Pruszków, Pruszków

²Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia w Pruszkowie, Pruszków

Borderline personality disorder aktualnie jest najczęściej diagnozowanym zaburzeniem osobowości (Widiger TA, 1993). Ocenia się, że wskaźnik rozpowszechnienia BPD w populacji ogólnej wynosi 2% (Castenda R 1985; Zimmerman i Coryell, 1989), zaś wśród pacjentów hospitalizowanych około 25- 40% (Gunderson, 2009; Marinangeli i in.2000). Termin borderline pomimo, że wprowadzony po raz pierwszy w 1938r. przez psychoanalityka Adolfa Sterna, nadal budzi dużo kontrowersji. Cechą łączącą wszystkie zaburzenia „wrzucane do pojęcia pogranicza", był brak wyraźnych objawów psychotycznych, bardzo złe funkcjonowanie społeczne oraz zaburzone relacje interpersonalne. Pojęcie to stosowano jako synonim takich rozpoznań jak schizofrenia skąpoobjawowa, schizofrenia subkliniczna, schizofrenia prodromalna, schizofrenia rzekomonerwicowa, schizofrenia utajona, prepsychotyczna, atypowa, niepsychotyczna, pograniczna. W klasyfikacji ICD - 10 rozdzielono pojęcia borderline oraz schizofrenii, dokładnie precyzując kryteria rozpoznawania osobowości chwiejnej emocjonalnie typ borderline oraz zaburzeń schizotypowych, będących odpowiednikiem schizofrenii pogranicznej. Cechą najbardziej różnicującą klinicznie oba zaburzenia stał się afekt: w schizotypii niedostosowany i ograniczony (osoba wydaje się chłodna i oddalona) natomiast w BPD (chwiejny, kapryśny i niestabilny (Spitzer i in., 1979). Wprowadzone w 2013 r. DSM – V, definiuje spektrum borderline - podobnie jak w europejskim ICD-10 nazywając je typem borderline. Pacjenci borderline pozornie sprawiają wrażenie osób dobrze funkcjonujących, a obraz i głębokość ich patologii ujawniają się dopiero w dalszych etapach trwania terapii (Millon, T., & Davis, R. D.,1996). Również fakt, że niektórzy pacjenci z ciężkim BPD mają epizody psychotyczne, powodował, że początkowo myślano o borderline w kontekście „podkategorii borderline” osi I (Andrulonis PA i wsp.1982). Badania pokazują, że aż u około 25-50% osób z BPD wystąpią ostre objawy psychotyczne o obrazie klinicznym schizofrenii bądź depresji endogennej (Gunderson i Singer, 1975; Hoch i Cattell, 1962; Kernberg, 1968; Pfeiffer, 1974). Pomimo, że aktualnie borderline personality disorder umieszczane jest w spektrum zaburzeń osobowości zarówno w ICD-10 jak i DSM – V, to istnieje wiele punktów stycznych pomiędzy BPD a schizofrenią. Zarówno w patogenezie borderline, jak i schizofrenii istotną rolę odgrywają czynniki genetyczne, rozwojowe oraz środowiskowe. Ponadto obie grupy pacjentów łączy stosunkowo złe funkcjonowanie społeczne, niski odsetek osób będących w stałych związkach oraz niski odsetek osób

będących w stanie samodzielnie się utrzymywać. Zdarza się, że osoby z BPD relacjonują objawy wytwórcze, najczęściej zgłaszając poczucie zagrożenia, ksenofobię i prześladowczość. Objawy te mogą mieć charakter niezwykle burzliwy oraz przebiegający z dużą dezorganizacją. Zazwyczaj w przebiegu zaburzeń mamy do czynienia z krótkotrwałymi dekompensacjami psychotycznymi, jednakże u niektórych pacjentów występują długotrwałe depresje psychotyczne lub objawy spełniające kryteria schizofrenii. Dlatego w przypadku występowania objawów wytwórczych podobnych do schizofrenii w przebiegu BPD, warto byłoby mieć dodatkowe narzędzia mogące nam pomóc rozstrzygnąć czy jest to dekompensacja psychotyczna zaburzeń osobowości borderline czy też mamy do czynienia ze współchorobowością BPD i schizofrenii. Podczas leczenia osób z BPD, u których wystąpiły zaburzenia psychotyczne, niejednokrotnie pojawia się u diagnostów pytanie na temat trwałości vs. sytuacyjności procesu psychotycznego. Wydaje się, że po uzyskaniu poprawy objawowej badanie funkcji poznawczych może wspierać hipotezy diagnostyczne na temat dalszego planowania diagnozy i leczenia. Występowanie nasilonych zaburzeń poznawczych u pacjentów z BPD mogłoby się zatem stać swoistym markerem ryzyka zachorowania na psychozę schizofreniczną. W piśmiennictwie opisywane są badania potwierdzające występowanie zaburzeń funkcji poznawczych zarówno w grupie osób z BPD jak i u pacjentów z rozpoznaną schizofrenią. Klinicyści (Fertuck EA i sp. 2006, Ruocco AC 2005) zajmujący się tematyką borderline, zaproponowali model, w którym istnieje związek pomiędzy zakłóceniami w podstawowych procesach neurokognitywnych, a objawami i zachowaniami charakterystycznymi dla BPD. Dysfunkcje te miałyby odpowiadać za występowanie cech osobowości borderline (Meares i WSP., 1999). Badania neurobiologiczne (Dell'Osso B i in., 2010) wskazują, że występowanie cech borderline jest przynajmniej częściowo związane ze zmianami w systemach szlaków neuronalnych glutaminergicznych, dopaminergicznych i serotonergicznych. Jednocześnie istnieją dowody, że farmakoterapia oddziałująca na te neuroprzekaźniki może być skuteczna w terapii BPD i razem z oddziaływaniami psychoterapeutycznymi stanowi fundament zintegrowanego podejścia do leczenia. Dlatego też coraz powszechniej w ciężkim BPD (borderline personality disorder) stosuje się neuroleptyki (Stoffers J i in., 2010; Markovitz P, 1995; Binks CA, 2006; Lieb K i in., 2010), którymi leczonych jest większość dorosłych pacjentów z tym rozpoznaniem. Wyniki badań pokazują, że po włączeniu farmakoterapii większość pacjentów uzyskuje poprawę w zakresie zmniejszenia impulsywności, napięcia, podejrzliwości i wrogości, wahań nastroju, podejmowanych działań agresywnych oraz prób suicydalnych. Należy jednak podkreślić, że obecnie brak jest leków które zostałyby zatwierdzone przez US Food and Drug Administration do leczenia zaburzeń osobowości borderline. Wprawdzie osoby z pogranicznymi zaburzeniami osobowości bywają bardzo niestabilne emocjonalnie, niestałe, pełne złości czy impulsywne to jednak są w stanie dobrze funkcjonować przez długie okresy czasu, szczególnie przy wyraźnej strukturze zewnętrznej. Kontinuum zaburzeń może przebiegać bliżej normy bądź przesunąć się w stronę choroby psychicznej.

Zespół wypalenia zawodowego: metody zapobiegania i strategie radzenia sobie.

Paweł Rasmus¹, Anna Bogaczewicz²

¹Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Psychologii Lekarskiej, Łódź

²Zakład Psychologii Lekarskiej, Łódź

Zespół wypalenia zawodowego (burn-out syndrome) stanowi jedno z poważniejszych psychologicznych następstw stresu zawodowego. Definiowany jest obecnie jako psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić m. in. u lekarzy pracujących w opiece psychiatrycznej. Wypaleniem zawodowym często są dotknięci lekarze bardzo ambitni, zajmujący odpowiedzialne i samodzielne stanowiska, utożsamiające się z wykonywaną pracą, perfekcyoniści długotrwałe żyjący w stresie i stawiający sobie ambitne zadania.

Warsztat ma formę intensywnego treningu, w trakcie którego uczestnicy weryfikują swój poziom podatności na wypalenie, analizują źródła stresu i frustracji we własnym życiu zawodowym oraz wypracowują nowe skuteczne techniki przeciwdziałania lub zapobiegania wypaleniu w przyszłości.

Prenatalne korzenie depresji, homoseksualizmu, otyłości i innych zaburzeń, czyli jak przeżycia prenatalne wpływają na psychikę i życie człowieka

Agnieszka Rubinowska

Prywatna Praktyka Lekarska Agnieszka Rubinowska, Kraków

Rozważając źródła zaburzeń psychicznych zwykle pomijamy okres prenatalny i bagatelizujemy jego znaczenie dla psychiki, „bo przecież płód nie ma świadomości i nic nie pamięta.” A przecież to właśnie w łonie matki zachodzi najintensywniejszy rozwój każdej istoty ludzkiej - od pojedynczej komórki do dziecka zdolnego do życia pozałożowego. Wszystko, co dzieje się w tym okresie wywiera głęboki wpływ na zarodek, embriion i płód.

Życie prenatalne jest często idealizowane, przedstawiane jako błogostan, idylla. Rzeczywistość jest często inna. Jakie traumy mogą spotkać człowieka w prenatalnym okresie rozwoju? Jakie powoduje to skutki dla psychiki (imprinty psychobiologiczne, strategie przeżycia)? Jak przejawia się to w późniejszym życiu (symptomy pamięci, wnioski z traumy, unthought known)?

Psychoterapie oparte na rozmowie tradycyjnie odwołują się do doświadczeń pacjenta z okresu werbalnego i do pamięci explicite (z hipokampa). Zwykle brak jest dostępu do przeżyć z okresu prenatalnego, okołoporodowego i wczesnodziecięcego (pamięć sensomotoryczna, pamięć implicate - z ciała migdałowatego).

Techniki regresywne, oddechowe, techniki pracy z ciałem oraz arteterapia umożliwiają pacjentom uzyskanie dostępu do pamięci najwcześniejszych doświadczeń (wiedza utajona). W swoim wystąpieniu chciałabym powiedzieć parę słów o wypieranej na poziomie społecznym traumie prenatalnej na przykładzie wczesnego odrzucenia oraz śmierci bliźniaka w łonie (vanishing twin syndrom).

Wystąpienie przygotowałam w oparciu nie tylko o prace naukowe ale też o materiał kliniczny (prace pacjentów). Będzie obrazowane filmami ukazujące życie w łonie.

Postępowanie terapeutyczne w majaczeniu alkoholowym

Andrzej Silczuk¹, Dariusz Wasilewski²

¹Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień, IPIN, Warszawa

²Psychomedica, Warszawa

Warsztat poświęcony postępowaniu terapeutycznemu w majaczeniu alkoholowym odbędzie się w postaci dyskusji panelowej moderowanej przez Prowadzących. Spotkanie będzie dotyczyć wymiany doświadczeń w leczeniu zespołów majaczeniowych pacjentów z uzależnieniem od alkoholu, w tym dyskusji na temat aktualizacji standardów oraz omówienia trudności związanych z bezpieczną profilaktyką i leczeniem majaczenia drżennego w warunkach oddziałów ogólnopsychiatrycznych oraz detoksykacyjnych w Polsce.

Prowadzenie pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych – czego nauczył nas europejski program DRUID

Rafał Skowronek, Czesław Chowaniec

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katowice

Używanie środków psychoaktywnych (alkoholu, narkotyków i leków oddziałujących na układ nerwowy) przez kierowców jest istotnym czynnikiem wpływającym na poziom bezpieczeństwa w ruchu drogowym. Główny problem stanowi prowadzenie pojazdów w stanie nietrzeźwości. Według oficjalnych statystyk policyjnych, w Polsce w 2013 roku nietrzeźwi uczestnicy ruchu spowodowali 3001 wypadków, w których zginęło 426 osób a 3523 - zostało rannych. Dla porównania kierujący pojazdami będący pod wpływem

„innego środka” brali udział w 36 wypadkach i 52 kolizjach drogowych, z czego byli sprawcami 29 wypadków i 49 kolizji, w których zginęło łącznie 5 osób a 51 - zostało rannych.

Celem warsztatu jest zapoznanie neurologów z wynikami i zaleceniami europejskiego programu DRiving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines (DRUID), który przeprowadzono w 19 krajach europejskich (w tym w Polsce) w latach 2006-2011.

Wyniki opracowane przez 37 instytucji w 7 obszarach badawczych i 24 grupach roboczych dotyczą:

- badań epidemiologicznych z uwzględnieniem rozpowszechnienia środków podobnie działających do alkoholu wśród kierowców;
- charakterystyki kierowców uczestniczących w wypadkach drogowych i oceny zagrożenia uwikłania w wypadek drogowy ze skutkiem śmiertelnym;
- analizy rodzaju prawa regulującego obecność środków podobnie działających do alkoholu w organizmie kierowcy oraz granic prawnych dla tych środków w odniesieniu do stanu po użyciu i pod wpływem w porównaniu ze stanem nietrzeźwości;
- klasyfikacji leków ze względu na ich wpływ na zdolność prowadzenia samochodu;
- praktycznej i naukowej oceny urządzeń do wykrywania środków podobnie działających do alkoholu w organizmie kierowcy.

Terapia psychoonkologiczna oparta na zasobach pacjenta

Joanna Zapala

Centrum Psychoterapii Integralnej, Poznań

Podczas warsztatu skoncentruję się na odkrywaniu zasobów pacjenta z doświadczeniem choroby nowotworowej w przestrzeni jego przekonań, rodziny, wspomnień, osiągnięć i ciała. Przedstawię kilka technik spożytkowania potencjału kryjącego się w człowieku w odkrywaniu świata zdrowia. Ważnym aspektem warsztatu będzie również odpowiedź na pytanie jak terapeuta może korzystać z własnych zasobów w pracy z tymi pacjentami.

Warsztat będzie wzbogacony przykładami z praktyki klinicznej.

Współwystępowanie otyłości i depresji

Magdalena Bonk¹, Weronika Bulska², Łukasz Pilarz³

¹Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Katowice

²Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

³Szpital Specjalistyczny, Zabrze

W ostatnich kilkudziesięciu latach zjawisko otyłości i nadwagi stało się jednym z największych problemów zdrowotnych. Znaczne zwiększenie się masy ciała powoduje poważne konsekwencje zdrowotne i psychiczne. We współczesnym społeczeństwie sprawne, zdrowe i estetyczne ciało staje się wartością najwyższą, decydującą o jakości i atrakcyjności życia, co powoduje, że osoby otyłe czują się kulturowo napiętnowane, a to nierzadko prowadzi do złej samooceny i rozwoju depresji. Z kolei obniżenie nastroju przyczynia się do ograniczenia aktywności fizycznej, izolacji społecznej i nadmiernego objadania się, co może prowadzić do rozwoju otyłości. Zarówno otyłość, jak i depresja są bardzo poważnymi problemami. Obie te dolegliwości mogą na siebie wzajemnie oddziaływać. Autorzy przeprowadzili badanie dotyczące współwystępowania otyłości i depresji. Posłużono się skalą depresji Becka, współczynnikiem BMI oraz autorskim kwestionariuszem dotyczącym aktywności fizycznej i nawyków żywieniowych badanych oraz wywiadem w kierunku epizodów depresji w przeszłości.

Występowanie uzależnienia od korzystania ze smartfonów

Magdalena Bonk¹, Weronika Bulska², Łukasz Pilarz³

¹Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Katowice

²Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

³Szpital Specjalistyczny, Zabrze

Wstęp: Uzależnienia behawioralne, czyli niezwiązane z zażywaniem substancji psychoaktywnych to coraz częstszy problem. Do tego rodzaju zaburzeń należy nadużywanie smartfonów, które pojawiło się stosunkowo niedawno i jest związane z postępowaniem technologicznym i rozwojem Internetu. Jest to szczególnie niebezpieczne, gdyż może doprowadzić uzależnionego do szkodliwych następstw dotyczących relacji społecznych, stanu zdrowia, edukacji lub spraw zawodowych, a nawet rozwoju negatywnych stanów i zaburzeń psychicznych.

Cel: Głównym celem badania było poznanie skali i dynamiki rozwoju zjawiska uzależnienia od korzystania ze smartfonów.

Materiał i metody: Badaniem ankietowym objęto 1160 respondentów w okresie od 1 września 2014 do 28 października 2014 roku. W grupie badanej było 79,14 % kobiet (n=922) i 20,43 % mężczyzn (n= 238). Użyto autorskiego kwestionariusza ankiety. Badanie było dobrowolne i anonimowe. Zebrane informacje poddano statystycznej analizie.

Wyniki: Zdecydowana większość, bo aż 95,62% osób stwierdziło, że korzysta ze swojego smartfona co najmniej kilka razy dziennie. 8% badanych nieustannie sprawdza stan powiadomień na telefonie. Natomiast 17% ankietowanych używa smartfona co 5-10 minut, a co czwarty użytkownik korzysta z urządzenia raz na pół godziny. 33 % posiadaczy smartfona przyznaje się do używania telefonu w toalecie i łazience. Co czwarty ankietowany czuje zniecierpliwienie i drażliwość w odpowiedzi na brak możliwości skorzystania z telefonu. Co dziesiąty badany wykazuje brak zdolności ograniczenia używania smartfona, nawet gdy zaczyna odbijać się to negatywnie na jakości życia. 35,6% ankietowanych zauważa, korzystanie ze smartfona zabiera coraz więcej czasu.

Wnioski: Uzależnienie od smartfonów to zjawisko nowe, ale cechy tego uzależnienia wykazuje już duża część społeczeństwa.

An association between affective temperament dimensions and job stress in nurses and government administration workers

Alina Borkowska, Izabela Rosiak

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

Aim: The purpose of this study was to assess the affective temperament, burnout syndrome and the intensity of job stress and evaluation of associations between these variables in two groups persons making important decision for other people (government administration workers and nurses).

Subjects: 200 healthy persons participated in this study, 100 government administration workers and 100 nurses working in different hospital divisions. Age of participants was 22-67 (mean 40+9) years.

Methods: For the evaluation of five affective temperaments dimensions TEMPS-A autoquestionnaire, for the assessment of eight areas of job stress - the questionnaire checked the intensity of stress on analogue Lickert's scale, and for evaluation of burnout syndrome the Maslach's MBI questionnaire were used.

The distribution of variables were checked by Shapiro Wilk test and in statistical analysis the nonparametric test were used. The internal consistency of the subscales of tests were done using the alpha Cronblach parameter. Factor analysis using PCA method was done.

The high internal consistency of the scales were observed, which indicate their usefulness in investigation of these two workers groups. Hyperthymic temperament appears as a separate dimension probably connected with different etiopathogenetical mechanism compared to remaining temperament dimensions.

The results: The results obtained show the higher prevalence of hyperthymic temperament in investigated group of subjects. The affective temperament profile of government administration workers and nurses were different, which indicate differ temperamental job predisposition. Male and female presented different profile of affective temperament in TEMPS-A. Males scores higher on hyperthymic temperament, while females on depressive and anxious. The cyclothymic and anxious temperament show more robust association with higher vulnerability to stress and for development of emotional disturbances caused with burnout syndrome. The nurses group presents higher intensity of job stress associated with specific profile of affective temperament compared to government administration workers.

Conclusions: The data obtained indicate that some affective temperaments (especially cyclothymic and anxious) may be related to higher vulnerability of burnout syndrome and perception stress response in workers, while hyperthymic temperament may decrease risk of developing of these conditions.

Katatonía - przyczyny, objawy, leczenie

Karolina Boroń, Milena Strzygowska
Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii, Kielce

Katatonía charakteryzuje się występowaniem zwiększonej lub zmniejszonej aktywności ruchowej. Objawy katatoniczne występują w schizofrenii katatonicznej w innych zaburzeniach psychicznych spowodowanych chorobami mózgu, zaburzeniami metabolicznymi lub substancjami psychoaktywnymi (organiczne zaburzenia katatoniczne).

Podstawowe objawy to: sztywność katatoniczna, potawa katatoniczna, negatywizm katatoniczny, giętkość woskowa, objawy echow, pobudzenie bądź osłupienie katatoniczne.

Do zaburzeń katatonicznych zalicza się ostrą śmiertelną katatonię (zaburzenie psychiczne mające silną manifestację somatyczną). Leczeniem z wyboru są elektrowstrząsy.

Samobójstwo w zaburzeniach psychicznych

*Katarzyna Kielczyk, Karolina Boroń
Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy, Kielce*

Samobójstwo jest zamierzonym zachowaniem autodestrukcyjnym prowadzącym do śmierci biologicznej, zainicjowanym i dokonany przez osobę zdającą sobie sprawę ze skutków swojego postępowania, oczekującej na powyższy skutek. Rocznie na świecie z powodu samobójstw ginie ponad 1 milion osób, każdego dnia 1400, co oznacza średnio jedną śmierć samobójczą co 40 sekund. W Polsce w 2013 roku życia pozbawiło się 6097 osób, aż o 1920 więcej w stosunku do roku poprzedniego - dlaczego? Wśród czynników ryzyka zachowań samobójczych, obejmujących myśli samobójcze, samouszkodzenia, groźby i próby samobójcze oraz samobójstwo dokonane wymienić można czynniki społeczno-demograficzne, biologiczne czy psychologiczne, nie mniej jednak liczne badania bez wątpienia potwierdzają, że występowanie zaburzeń psychicznych jest najsilniejszym predyktorem zachowań samobójczych. Celem niniejszego posteru jest przedstawienie problematyki samobójstw z jednoczesną ilustracją danych epidemiologicznych, a przede wszystkim zobrazowanie ryzyka zachowań samobójczych wśród pacjentów leczonych psychiatrycznie.

Lęk społeczny = otyłość?

Weronika Bulska¹, Magdalena Bonk¹, Łukasz Pilarz², Mariusz Seweryn¹

¹Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

²Szpital Specjalistyczny w Zabrze, Zabrze

Lęk społeczny dotyczy kontaktów z innymi ludźmi, przyczyniając się do znacznego ograniczenia życiowego u osób z tym zaburzeniem. Jako przyczyny lęku społecznego należy wymienić czynniki genetyczne, psychologiczne, społeczno-kulturowe i neurobiologiczne. Jednym z nich może być także nadmierna masa ciała, która nie tylko niszczy poczucie własnej wartości, ale przyczynia się do wyrzutu hormonów, co potencjalnie wpływa na powstanie zachowań lękowych. Jednak sam lęk także może mieć wpływ na rozwój nadwagi i otyłości. Zaburzenia nastroju i stany lękowe mogą prowadzić do przyrostu masy ciała poprzez zakłócenie zdrowego odżywiania i regularnych ćwiczeń. Jedzenie może mieć działanie przeciwlękowe, chociaż przejadanie się w odpowiedzi na stres zależy od jednostek.

Trudno jest odróżnić, czy otyłość powstała w wyniku lęku, czy też otyłość i lęk są niezależnymi od siebie czynnikami. W rzeczywistości zarówno niepokój jak i otyłość mają więcej niż jedną przyczynę.

Autorzy przeprowadzili badanie dotyczące zależności pomiędzy poziomem lęku społecznego a masą ciała. Posłużono się współczynnikiem BMI, standaryzowaną skalą lęku społecznego według Liebowitza oraz własnym kwestionariuszem dotyczącym zachowań w żywieniu.

Wpływ nadwagi i otyłości na skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych

Weronika Bulska¹, Magdalena Bonk¹, Łukasz Pilarz²

¹Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

²Szpital Specjalistyczny w Zabrze, Zabrze

Populacja z nadwagą lub otyłością ma większe prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń psychiatrycznych w porównaniu do ludzi z prawidłową masą ciała. W badaniach naukowych udowodniono, że otyłość może być czynnikiem ryzyka na powstanie ciężkiej depresji, dystymii, epizodów manii i hipomanii, paranoidalnych, schizoidalnych, obsesyjno-kompulsywnych zaburzeń osobowości. Przypuszcza się, że uzależnienie od jedzenia może prowadzić do uzależnień alkoholowych, nikotynowych, narkotycznych. Nie ma jednak dokładnych badań w tym zakresie. Autorzy przeprowadzili badanie dotyczące zależności pomiędzy nadużywaniem substancji psychoaktywnych a nadmierną masą ciała. Posłużono się autorską ankietą, obejmującą pytania o nadużywanie alkoholu, narkotyków, leków, nikotyny, kofeiny wśród populacji z nadwagą lub otyłością.

Ruchy gałek ocznych u osób uzależnionych od opiodów HIV (+) leczonych substytucyjnie lekiem metadon

Julia Feit¹, Piotr Walecki², Wojciech Lason², Marek Kunc³, Edward Jacek Gorzelańczyk⁴

¹Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej CM UMK/NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., Bydgoszcz

²Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

³Airedale NHS Trust, Steeton, University of Leeds, Leeds

⁴Katedra 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

Przewlekłe stosowanie substancji psychoaktywnych może prowadzić do strukturalnych i funkcjonalnych zmian w centralnym układzie nerwowym (CUN), które mogą powodować zaburzenia funkcji poznawczych. U osób zakażonych wirusem HIV obserwuje się osłabione funkcje motoryczne będące konsekwencją działania wirusa na ośrodkowy układ nerwowy (OUN). HIV może prowadzić do występowania zaburzeń neuropoznawczych przenikając do OUN w początkowej fazie infekcji powodując uszkodzenia w hipokampie, jądrze ogoniastym i w jądrach podstawy [1,2,3,4].

Metody

Zbadano 86 osób uzależnionych od opioidów uczestników programów substytucyjnych (32 kobiety, 54 mężczyzn; 46 osób HIV(-), 40 osób HIV(+), średnia wieku $39 \pm 7,7$ lat; średnia dobową dawkę metadonu: $71,9 \pm (33,4)$ mg). Średni czas leczenia lekami antyretrowirusowymi (Lamivudinum, Tenofovir, Ritonavir, Lopinavir/Ritonavir) osób badanych to $\pm 52,18$ miesięcy. Wszystkie osoby badane to nosiciele wirusowego zapalenia wątroby typu C (WZW C). Badania wykonano systemem diagnostycznym Saccadometer przeznaczonym do badania szybkich ruchów gałek ocznych (sakad). System mierzy ruch gałki ocznej w osi poziomej z wysoką rozdzielczością czasową 1 milisekundy (1000Hz). Nieinwazyjnym systemem diagnostycznym Saccadometer wykonano test antysakad (AT) polegający na fiksacji wzroku w przeciwną stronę pola widzenia do pojawiającego się bodźca świetlnego. Zadanie to związane jest z diagnozowaniem poprawności hamowania niewłaściwej reakcji. Badanie wykonano dwukrotnie: przed podaniem oraz około 1,5 godz. po podaniu leczniczej dawki leku metadonu. Każdorazowo zmierzono średnią prędkość sakad, średni czas latencji, średni czas trwania sakad oraz średnią amplitudę sakad.

Wyniki

Stwierdzono istotny statystycznie wzrost średniego czasu trwania sakad po podaniu metadonu mierzone testem AT u osób leczonych substytucyjnie HIV (+) $p=0,04$ i HIV (-) $p=0,03$. Średnia latencja sakad zmniejszyła się u osób HIV (-) ($p=0,04$) po podaniu leczniczej dawki leku metadon, natomiast u osób HIV (+) nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie ($p=0,35$). Nie wykazano różnic istotnie statystycznych w pozostałych parametrach testu refiksacji sakadycznej. Istotność statystyczną różnic oceniono testem t studenta dla prób zależnych.

Wnioski

- ☐ Wartości parametrów ruchów gałek ocznych różnią się istotnie statystycznie po podaniu leku metadon w porównaniu do wartości tych parametrów przed podaniem leku substytucyjnego.
- ☐ Metadon wpływa na ruchy mięśni zewnętrznych gałek ocznych.
- ☐ Metadon mniej wpływa na parametry dynamiczne sakad u osób uzależnionych HIV dodatnich w porównaniu do osób uzależnionych HIV ujemnych.

Literatura

1. Khalsa J., Genser S., Vocci F., Francis H., Bean P.: The challenging interactions between antiretroviral agents and addiction drugs. *Am Clin Lab.*, 2002; 21:10–3.
2. McCance-Katz E.F., Gourevitch M.N., Arnsten J., Sarlo J., Rainey P., Jatlow P.: Modified directly observed therapy (MDOT) for injection drug users with HIV disease. *Am J Addict.*, 2002; 11:271–8.
3. Perez Pons J.C., Jornet Montana S., Bonet Esteve A.: Pharmacokinetic interactions between methadone and antiretroviral medication in HIV positive patients. *Med Clin (Barc.)*, 2002; 119:224–9.
4. Pirastu R., Fais R., Messina M., Bini V., Spiga S., Falconieri D., Diana M.: Impaired decision-making in opiate-dependent subjects: Effect of pharmacological therapies. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006; 83: 163-168.

Zaburzenie rozumienia mowy u osób uzależnionych od opioidów

Edward Gorzelańczyk¹, Piotr Walecki², Julia Feit³, Aleksander Sęk⁴, Andrzej Wicher⁴, Marek Kunc⁵, Marcin Ziółkowski⁶

¹*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*

²*Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków*

³*Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej CM UMK/NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., Bydgoszcz*

⁴*Instytut Akustyki, Uniwersytet Adama Mickiewicza, Poznań*

⁵*Airedale NHS Trust, Steeton, University of Leeds, Leeds*

⁶*Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz*

Cel: Celem pracy jest ocena związku między używaniem opioidów a rozumieniem mowy oraz dyskryminacją częstotliwości dźwięków. Nie wykonano jak do tej pory tego rodzaju badań u osób uzależnionych od opioidów.

Materiał i metody W badaniu zrozumienia mowy zastosowano Polski Test Zdaniowy (PTZ). Test polega na prezentacji słuchaczowi 26 zdań zakłóconych przez szum typu babble-noise. Test wyznacza takie natężenie mowy, dla którego osoba badana daje 50% poprawnych odpowiedzi. Parametr ten nazywany jest progiem rozumienia mowy Speech Reception Threshold (SRT). W badaniu dyskryminacji częstotliwości zastosowano metodę eksperymentalną (FM). Zaprezentowano osobom badanym dwa sygnały o różnych częstotliwościach. Zadaniem osoby badanej jest wskazanie bodźca zmodyfikowanego częstotliwościowo (docelowego). Badanie PTZ przeprowadzono u 38 osób, a test FM przeprowadzono u 28 osób. Zbadano 48 osób z grupy kontrolnej (16 mężczyzn i 32 kobiety), nieuzależnionych, dobranych losowo. Przedział wieku: U wszystkich osób z grupy kontrolnej, tj. 48 osób przeprowadzono badanie PTZ, natomiast badanie FM przeprowadzono u 26 osób. Z badań wykluczono osoby z zaburzeniami słuchu, średnia wieku to przebadanych osób to 27±11 lat.

Wyniki W teście PTZ średnia wartość natężenia mowy w szumie u osób uzależnionych wynosi -3,7 dB. Natomiast u osób zdrowych -5,6 dB. Różnica jest istotna statystycznie $p=0,018$. W teście FM średnia wartość u osób uzależnionych 7,2. Natomiast w grupie kontrolnej 3,4. Różnica jest istotna statystycznie $p=0,008$. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy wiekiem osób uzależnionych a rozumieniem mowy (PTZ) oraz dyskryminacją częstotliwościową (FM).

Podsumowanie: Analiza wyników stwierdzonych u osób z grupy eksperymentalnej oraz z grupy kontrolnej wskazały na istnienie istotnych statystycznie różnic zarówno dla testu PTZ, jak i FM. Oznacza to, że istnieje zależność pomiędzy uzależnieniem od opioidów a percepcją mowy w szumie i dyskryminacją częstotliwościową. Wyniki badań rozszerzają dotychczasową wiedzę dotyczącą związku uzależnień z sprawnością funkcji psychoakustycznych.

Badanie wartości odcinka QT/QTc u osób uzależnionych od opioidów leczonych substytucyjnie lekiem metadon

Julia Feit¹, Ewelina Nowińska², Piotr Walecki³, Wojciech Lasoń³, Marek Kunc⁴, Edward Jacek Gorzelańczyk⁵

¹*Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej CM UMK/NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., Bydgoszcz*

²*Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej CM UMK, Bydgoszcz*

³*Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków*

⁴*Airedale NHS Trust, Steeton, University of Leeds, Leeds*

⁵*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: Leczenie metadonem może prowadzić do wydłużenia odcinka QT/QTc (1), poprzez zmianę repolaryzacji i obniżenie aktywności kanałów potasowych (2). Celem badania jest porównanie wartości odcinka QT/QTc u osób uzależnionych od opioidów i u osób zawodowo zajmujących się sportem. Spoczynkowy 12-odprowadzeniowy elektrokardiogram (EKG) jest powszechnie używanym narzędziem do oceny stanu zdrowia sportowców. Zmiany występujące w zapisie EKG u sportowców często odzwierciedlają przebudowę anatomiczną i elektryczną serca(3). U sportowców obserwuje się zarówno skrócenie jak i wydłużenie odstępu QT. U sportowców wartości QTc mieszczą się w granicach normy, chociaż oscylują w górnej granicy (5).

Metody: Zbadano 26 osób uzależnionych od opioidów biorących udział w programie substytucyjnym w Warszawie, 28 osób zawodowo zajmujących się sportem (zawodnicy trenujący piłkę ręczną, siatkówkę i koszykówkę, średni okres zawodowego trenowania 9,4±5 lat) oraz 54 osoby z grupy kontrolnej. Do badania użyto elektrokardiografu BTL. Klasycznie umieszczono 4 elektrody na kończynach i 6 na powierzchni klatki piersiowej w celu uzyskania 12 tzw. odprowadzeń: trzy odprowadzenia kończynowe dwubiegunowe (oznaczone na krzywej symbolami I, II i III), trzy odprowadzenia kończynowe jednobiegunowe (oznaczone na krzywej symbolami aVR, aVL i aVF) oraz sześć odprowadzeń przedsercowych (od V1 do V6).

Wyniki: Porównano średnie wartości QT i QTc u osób zawodowo zajmujących się sportem i u osób uzależnionych od opioidów, oraz porównano wyniki obu grup z wartościami QT i QTc u osób z grup kontrolnych, dobranych pod względem cech demograficznych. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy: wartościami QT, QTc i pulsu u osób z grupy uzależnionych i u osób z grupy sportowców ($t=1,9225$, $p=0,06$; dla QTc $t=1,3252$, $p=0,19$; dla pulsu $t=1,7817$, $p=0,08$.) oraz u osób z grupy uzależnionych i u osób z grupy kontrolnej ($t=1,7291$, $p=0,09$; dla QTc $t=1,0699$, $p=0,29$; dla pulsu $t=1,5578$, $p=0,12$.). Stwierdzono istotnie statystyczną różnicę pomiędzy wartościami QT i pulsu u osób z grupy sportowców w porównaniu do osób z grupy kontrolnej ($t=2,9382$, $p=0,043$; dla QTc $t=1,6798$, $p=0,096$; dla pulsu $t=3,4936$ $t=1,5578$, $p=0,0008$).

Wnioski: Porównano wartości QT i QTc u osób uzależnionych od opioidów i osób zawodowo zajmujących się sportem i stwierdzono, że wartości te nie różnią się istotnie statystycznie. Stwierdzono istotnie statystyczną różnicę pomiędzy wartościami QT i pulsu pomiędzy osobami z grupy sportowców a osobami z grupy kontrolnej (osobami, które nie uprawiają sportu regularnie). U sportowców stwierdzono większe wartości QT i obniżenie wartości pulsu w porównaniu do osób z grupy kontrolnej, co może być związane z adaptacją układu krążenia do obciążenia wysiłkiem fizycznym i pośrednio może świadczyć o wyższym poziomie wytrenowania.

Literatura

1. Pearson E.C., Woosley R.L. QT prolongation and Torsade des pointes among methadone users: reports to the FDA spontaneous reporting system. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2005,14, 747-753.
2. Katchman A.N., McGroary K.A., Kilborn M.J., Kornick C.A., Manfredi P.L., Woosley R.L., Ebert S.N. Influence of opioid agonists on cardiac human ether-a-go-go-related gene K⁺ currents. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapy*. 2002,303, 688-694.
3. Dąbrowska B. Zasady interpretacji 12-odprowadzeniowego elektrokardiogramu u sportowców. *Medycyna praktyczna*. 2011,6.

4. Drew, B.J. i wsp. Practice standards for electrocardiographic monitoring in hospital settings. *Circulation*. 2004;110:2721-2746.
5. Rautaharju P.M., Surawicz B., Gettes L.S. i wsp.: Recommendations for the standardization of the electrocardiogram. Part IV. The ST segment, T and U waves, and the QT interval. A scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 2009; 53: 982–991

Body Dismorphic Disorder - czego powinniśmy nauczyć się od naszych pacjentów?

Michał Feldman

NZOZ Centrum Terapii DIALOG, Warszawa

Body Dismorphic Disorder (BDD), w zależności od przeprowadzonych badań, dotyczy 0,7–2,3% populacji ogólnej, natomiast w selektywnych grupach psychiatrycznych (zaburzenia lękowe, afektywne, psychotyczne) rozpowszechnienie zaburzenia jest wyższe i dotyczy, w zależności od rodzaju grupy, 3,2–22,6% pacjentów. Praca przedstawia wnioski dla lekarzy psychiatrów wynikające z aktualnej wiedzy na temat tego schorzenia i doświadczeń autora z pacjentami chorującymi na BDD.

Current trends in mortality in persons with schizophrenia

Tomasz Maciej Gondek, Anna Królicka, Patryk Piotrowski, Andrzej Kiejna

Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

Background: Schizophrenia is a chronic mental disorder, in which mortality is significantly higher in comparison with general population, with regard to both natural and unnatural causes of death. Mortality studies have been conducted since the 19th century and showed that over the decades the levels of mortality, life expectancy and mortality gap between the patients and the general population have changed. Also, the leading causes of death in those persons have been the subject of change. Last decades brought many alterations in psychiatry, i.a. the transition from institutional to community-based care or introduction of new medications, however only population-based studies on mortality can in fact depict the actual results of those changes and potentially answer the question if the current directions of development in care for persons with schizophrenia are effective.

Aim: Review of literature of international scope from 2009-2013, concerning mortality in schizophrenia in European countries, with regard to current data on the trends in mortality in persons with schizophrenia.

Methods: PubMed database was searched using the Medical Subject Headings (MeSH) tool with the following terms: heading Schizophrenia with subheading Mortality in conjunction with the heading Europe ("Schizophrenia / mortality" [Mesh]) AND "Europe" [Mesh]. The following filters were selected: full-text article available, published in time interval from 1 January 2009 to 31 December 2013, species: humans, written in English. 44 papers were found, 25 of which were found useful. Their content was analyzed in order to determine the latest trends in mortality in schizophrenia.

Review of literature: Current studies indicate that the average length of life in persons with schizophrenia decreases. The increase of the overall standardized mortality ratio (SMR), which is mainly a result of the increase in mortality from natural causes of death, is observed. It involves the broadening of mortality gap, both for all causes of death as a whole and also for natural causes of death, selectively. Similarly, life expectancy in these patients is significantly lower than in general population while the natural causes of death have biggest impact on this issue as well. On the other hand, mortality gap for unnatural causes of death has been constant, while there are also data showing an important decrease in SMR for these causes. Simulations performed in one of the studies suggest that prevention and better health care for patients can significantly reduce the number of cases of premature death, but will not eliminate mortality gap completely.

Conclusions: In the literature from recent years, no favourable trends in schizophrenia mortality in Europe were found, except for the decrease in SMR for unnatural causes of death. In case of natural causes of death, which were the most significant cause of the increase of the overall mortality in schizophrenia, the SMR levels were either constant or slightly rose, what contributed to the decrease of life expectancy and the widening of mortality gap. Those concerning trends require particular attention from researchers and from persons responsible for the organization of mental health care systems in Europe.

Ocena wybranych parametrów ruchu gałek ocznych przed i po podaniu leczniczej dawki leku metadon u osób uzależnionych od opioidów leczonych substytucyjnie

Julia Feit¹, Piotr Walecki², Wojciech Lasoń², Marek Kunc³, Edward Jacek Gorzelańczyk⁴

¹Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej CM UMK/NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., Bydgoszcz

²Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

³Airedale NHS Trust, Steeton, University of Leeds, Leeds

⁴Katedra 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 U osób uzależnionych od opioidów może dochodzić do uszkodzenia jąder podkorowych i zaburzenia funkcjonowanie pętli limbicznej. 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.

Metody: Zbadano 40 osób uzależnionych od opioidów uczestników programów substytucyjnych (średnia wieku $35,3 \pm 7$ lat z czego 20% stanowiły kobiety, 80% stanowili mężczyźni; średnia dobową dawką metadonu: $90 \pm 26,5$ mg). Średni czas trwania uzależnienia od opioidów to $15,3 \pm 6,3$ lata. Badania wykonano systemem diagnostyczny Saccadometer przeznaczonym do badań dynamiki oraz latencji szybkich ruchów gałek ocznych (sakad). System mierzy ruch gałki ocznej w osi poziomej z wysoką rozdzielczością czasową 1 milisekundy (1000Hz). Nieinwazyjnym systemem diagnostycznym Saccadometer wykonano test latencji (LT), który polega na fiksacji wzroku na punkcie świetlnym zmieniającym losowo położenie wzdłuż osi horyzontalnej, co 10 stopni. Analizowano ruch gałek ocznych w poziomie w zakresie 20 stopni ($\pm 10^\circ$ od centralnej pozycji fiksacji wzroku). Każde badanie zawierało 20 prób kalibracyjnych i 50 prób właściwego eksperymentu. Badanie wykonano dwukrotnie: przed podaniem oraz około 1,5 godz. po podaniu leczniczej dawki metadonu. Każdorazowo zmierzono średnią prędkość sakad, średni czas latencji, średni czas trwania sakad oraz średnią amplitudę sakad.

Wyniki: Stwierdzono istotny statycznie wzrost średniej latencji poprawnych odpowiedzi skadycznych po podaniu leku metadon u osób badanych $p=0.003$ w porównaniu do wartości przed podaniem leczniczej dawki leku metadon. Analiza statystyczna wykazała, że poprawne odpowiedzi sakadyczne średniego czasu trwania sakad były istotnie statycznie dłuższe po podaniu leku metadon ($p=0.01$) w porównaniu do poprawnych odpowiedzi sakadycznych przed podaniem leku. Średnia prędkość maksymalna poprawnych odpowiedzi sakad była istotnie statycznie mniejsza ($p<0.05$) po podaniu leczniczej dawki leku metadon. Nie wykazano różnic istotnych statycznie w odpowiedziach poprawnych skad średniej amplitudy przed i po podaniu leku metadon. W wyróżnionych parametrach testu odpowiedzi sakadycznych nieprawidłowych nie stwierdzono różnic istotnych statycznie przed i po podaniu leczniczej dawki leku metadon.

Wnioski: Analiza wyników badań pozwala na stwierdzenie, że podanie leczniczej dawki leku metadon wpływa na wartość parametrów dynamiki sakad takich jak latencja reakcji i na asymetrię wartości tych parametrów w zależności od kierunku ruchu gałek ocznych. Stwierdzono, że wartości parametrów ruchów gałek ocznych różnią się istotnie statycznie po podaniu leku metadon w porównaniu do wartości tych parametrów przed podaniem leku substytucyjnego.

Zespół serotoninowy jako powikłanie polifarmakologii

*Milena Strzygowska, Anna Karcz
Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii, Kielce*

Zespół serotoninowy (ZS) jest potencjalnie niebezpiecznym dla życia objawem niepożądanym, najczęściej w wyniku interakcji leków, jakie występują w przypadku polifarmakoterapii. Charakteryzuje się występowaniem triady objawów:

1. zmiany stanu psychicznego (pobudzenie, niepokój, lęk, zaburzenia świadomości, dysforia, euforia)
2. zaburzeń wegetatywnych (zlewne poty, wzrost temperatury, nudności i wymioty, biegunka, wahania ciśnienia krwi, tachykardia, ślinotok, rozszerzenie źrenic, przyspieszony oddech)
3. objawów nerwowo-mięśniowych (dreszcze, ataksja, drżenia, mioklonie, wzmożenie odruchów ścięgnistych, klonus stopy, sztywność mięśniowa)

ZS może wystąpić jako konsekwencja zwiększenia dawek leków nasilających przekąźnictwo serotoninergiczne. Jedną z przyczyn występowania ZS jest zwiększenie przekąźnictwa serotoninergicznego w strukturach ośrodkowego układu nerwowego z następową hiperstymulacją receptorów 5-HT_{2A} oraz 5-HT_{1A}. W przebiegu ZS obserwujemy również zwiększenie aktywności noradrenergicznej.

Do leków zwiększających przekąźnictwo serotoninergiczne należą: 1) selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotonininy (fluoksetyna, fluoksamina, sertralina, paroksetyna, citalopram i escitalopram); 2) inhibitory wychwyty zwrotnego serotonininy i noradrenaliny i trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (wenlafaksyna, duloksetyna, klomipramina, amitryptylina); 3) leki stosowane w objawowym leczeniu przeziębienia i grypy (chlorfeniramina, bromfeniramina, triprolidyna); 4) leki przeciwbólowe (tramadol, nefopam, fentanyl, pentazocyna, petydyna); 5) leki przeciwmigrenowe (pochodne ergotaminy, tryptany); 6) leki przeciwkaszlowe (dekstrometorfan); 7) leki przeciwwymiotne (metoklopramid, prometazyna, ondansetron, granisetron, tropisetron, palonosetron)

Konsekwencją nieleczonego lub źle leczonego ZS jest rabdomioliza, mioglobinuria, niewydolność nerek i zgon pacjenta. Z literatury wynika, że ZS występuje częściej, niż na to wskazuje częstość jego rozpoznawania. Związane jest to także z faktem, że wiele leków, w tym także dostępnych bez recepty, wykazuje właściwości serotoninergiczne.

ZS o łagodnie nasilonych objawach zwykle mija samoistnie w 24–48 godzin od odstawienia leków odpowiedzialnych za wystąpienie objawów. W przypadkach bardziej nasilonych objawów, oprócz odstawienia leków wywołujących ZS, wskazane jest wdrożenie odpowiedniej terapii farmakologicznej:

- 1) węgiel leczniczy, w sytuacji gdy od zastosowania leków serotoninergicznych upłynął krótki czas
- 2) cyproheptadynę (Peritol), która jest antagonistą receptorów 5HT_{2A}
- 3) olanzapinę, która ma działanie antagonistyczne w stosunku do receptorów 5HT_{2A} oraz wykazuje działanie sedatywne.
- 4) esmolol, nifedypinę- wskazane w przypadku tachykardii i podwyższonego ciśnienia krwi
- 5) nitroprusydek sodu, w przypadku znacznego wzrostu ciśnienia krwi. W ZS nie należy stosować leków przeciwgorączkowych, propranololu, bromokryptyny oraz dantrolenu. W hipertermii, która wynika ze wzmożonego napięcia mięśni, stosuje się BDZ oraz fizyczne ochładzanie ciała.

Zespoły amnestyczne - etiologia, objawy, diagnostyka

*Anna Karcz, Katarzyna Kielczyk
SCP w Morawicy, Kielce*

Zespół amnestyczny - zaburzenia pamięci (niepamięć) powstające w następstwie odwracalnego lub nieodwracalnego uszkodzenia lub dysfunkcji okolic mózgu odpowiedzialnych za sprawność pamięci.

Podstawowe objawy zespołu amnestycznego:

- zaburzenie zapamiętywania nowych informacji i uczenia się (niepamięć następcza), przy zwykle zachowanej pamięci bezpośredniej (powtarzanie)
- różnego stopnia utrata pamięci faktów i wydarzeń dawniejszych, poprzedzających uszkodzenie (niepamięć wsteczna)
- dezorientacja w czasie i miejscu (rzadziej dotycząca własnej osoby)
- możliwe konfabulacje
- zwykle zachowane uwaga, przytomność, ogólny poziom sprawności poznawczej

Podział zespołów amnestycznych ze względu na lokalizację zmian w mózgu:

1) zespół amnestyczny Korsakowa :

- uszkodzenie okolic międzymózgowia
- najczęściej rozpoznawany zespół amnestyczny
- związany z chorobą alkoholową (wówczas zwykle większy deficyt ogólnej sprawności poznawczej) lub awitaminozą
- luki pamięciowe dotyczące zdarzeń bieżących
- amnezja wsteczna
- dezorientacja w czasie i miejscu
- konfabulacje (często)
- apatia

2) zespół amnestyczny Milner = zespół dwuskroniowy:

- obustronne uszkodzenie przyśrodkowych okolic płatów skroniowych (hipokampa)
- wyraźny deficyt zapamiętywania i uczenia się nowych informacji
- deficyt pamięci dawnej

3) zespół amnestyczny związany z uszkodzeniem przedniej części przodomózgowia:

- etiologia np. naczyniowa
- deficyt pamięci dawnej
- konfabulacje w okresie ostrym

Różnicowanie przyczyn zaburzeń pamięci:

- choroba somatyczna np. dysfunkcja tarczycy, nerek, wątroby
- incydenty naczyniowe, np. udary mózgu, TIA, pęknięcie tętniaka tętnicy łączącej przedniej lub tylnej
- niedotlenienie mózgu, np. zatrucie tlenkiem węgla, podczas zatrzymania krążenia
- urazy czaszkowo - mózgowe
- zapalenie mózgu opryszczkowe (obok zaburzeń pamięci charakterystyczne objawy to: splatanie, ból głowy, gorączka, napady padaczkowe, zmiana osobowości)
- zapalenie mózgu limbicznego (zaliczane jest do zespołów paranowotworowych, charakterystyczne jest otępienie z objawami amnestycznymi, zmianą osobowości, pobudzeniem)
- przyczyny psychogenne (zazwyczaj nie ma zaburzeń zapamiętywania, aktualne funkcjonowanie jest sprawne, niemożność odtwarzania dawnych informacji): amnezja dysocjacyjna i fuga psychogenna

Diagnostyka zespołów amnestycznych:

- badania neuroobrazowe (TK, MR)- określenie czy etiologia jest związana z uszkodzeniem OUN
- diagnostyka laboratoryjna - wykluczenie schorzeń ogólnoustrojowych
- wywiad subiektywny i obiektywny, obserwacja pacjenta, badanie kliniczne (psychiatryczne, psychologiczne, neuropsychologiczne) - wykluczenie podłoża psychogennego, symulowania, pozorowania czy agravowania objawów.

Co mógłby pies wnieść na oddział? Who let the dogs in?

Michał Kłapciński¹, Aleksandra Matuszek²

¹Wrocławski Uniwersytet Medyczny, Wrocław

²Transdyscyplinarne Studia Doktoranckie, SWPS, Wrocław

Wykorzystanie zwierząt we wspomaganiu rehabilitacji hospitalizowanych pacjentów psychiatrycznych wzbudza wiele kontrowersji. Głównym argumentem przeciwników obecności zwierząt w warunkach szpitalnych jest szereg potencjalnie ryzykownych sytuacji takich jak wystąpienie reakcji alergicznej u pacjentów uczulonych na ich sierść, ślinę czy odchody, możliwość bycia pogryzionym lub zadrapanym podczas kontaktu z psem, wystąpienia zoonozy (choroby przenoszonej ze zwierzęcia na człowieka) czy nasilenia objawów lękowych u pacjentów z fobią. Przestrzegając jasnych reguł higieny oraz zasad kontaktu ze zwierzęciem ww ryzyko można znacząco zminimalizować. Stwarzałoby to możliwość posłużenia się zwierzętami do celów terapeutycznych. Poza udowodnionym wpływ na fizjologię człowieka (niższe wartości ciśnienia tętniczego krwi) osób stykających się z żywym stworzeniem, najwięcej korzyści możnaby odnieść dzięki przypuszczalnej poprawie komunikacji na linii profesjonalści-pacjent, pacjent-pacjenci. Wewnętrzne przymioty zwierząt takie jak ich spontaniczne zachowanie, zdolność do interakcji, natychmiastowa reakcja na doświadczane bodźce sprzyjają wystąpieniu korektywnych zmian u osób niepodatnych na inne formy terapii. Celem niniejszego posteru jest dyskusja nt obszarów potencjalnego wykorzystania zwierząt we wspomaganiu procesu zdrowienia pacjentów psychiatrycznych.

Utilization of animals in order to enhance psychosocial rehabilitation of psychiatric patients recovering from serious mental illness is still a much controversial issue. Main argument raised by opponents of Animal-Assisted Interventions [AAI] are numerous risks involving potentially dangerous allergic reactions to fur, saliva or excrements; exposure to possible bites or scratches; incidence of transmissible diseases (zoonoses) either exacerbation of specific phobia. However, reaching high hygienic standards as well as AAI principles would minimize above mentioned threats. New therapeutic possibilities may occur. Animal presence, beyond well proven effect on lowering blood pressure, have a likely and positive impact on interpersonal communication (among professionals and patients or among patients themselves). Animal intrinsic attributes such as spontaneous behavior, capacity to interact with humans, immediate response to pleasant or aversive stimuli promote corrective behavioral adjustment amongst those who remain resistant to other forms of undergone treatment. The aim of this poster is to present potential areas for eventual use of AAI in enhancing recovery from serious mental illness.

Allostatic load - the new concept describing course and outcome of schizophrenia

Maja Krefft, Dorota Frydecka, Błażej Misiak

Katedra i klinika psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

Allostasis is the process that allows the achievement and maintenance of stability through physiological changes. The main mediators of allostasis are hypothalamic-pituitary-adrenal axis hormones, catecholamines, neurotrophins, cytokines and oxidative stress mediators. Allostatic load (AL) refers to variety of mechanisms that are activated in response to stress exposure. Permanent overactivation by chronic stress may lead to maladaptive outcomes and this process is called allostatic overload. Several physical health impairments such as obesity, hypertension, type 2 diabetes or cardiovascular diseases might be caused

by overload of mechanisms that are responsible for maintaining homeostasis and by overproduction of stress mediators. The AL paradigm provides possible explanation for the causes, course and outcome of several mental disorders including affective disorders, post-traumatic stress disorder, substance use disorders and Alzheimer's disease. Our group has also provided evidence that schizophrenia might be another psychiatric disorder perceived in terms of the AL concept. Schizophrenia is a chronic mental disorder with multiple psychopathological domains including positive, negative and affective symptoms, as well as cognitive impairment. Importantly, schizophrenia has been linked to poor physical health status that contributes to excessive mortality. Above mentioned mediators of allostasis are increasingly recognized as core factors in the pathophysiology of schizophrenia. Overwhelming evidence indicates that chronic exposure to stress represents an important etiological and prognostic factors in schizophrenia. This sheds a new light on the biological and clinical sequelae that occur throughout the course of schizophrenia. Therefore, this severe mental illness can be described in frame of AL concept providing the consensus between neurodevelopmental and neuroprogressive models of schizophrenia conceptualization.

Disturbances of attention in dual diagnosis patients

Krzysztof Krysta

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Katowice

The studies show that among the patients suffering from schizophrenia, about 50% of them abused psychoactive substances during their lives. The dependence on such substances like cannabis, amphetamine, or cocaine is more common among them, than among other psychiatric patients. The data concerning the impact of substance abuse on attention in schizophrenia are inconsistent. According to some of them this neuropsychological parameter remains intact in spite of current drug abuse or addiction. Others studies show more increased attention deficits in comparison with patients suffering schizophrenia without any history of substance abuse.

The objective of this study was to examine continuous attention differences between subjects with and without a dual diagnosis. A group of 80 patients with a diagnosis of schizophrenia were examined. 40 of them never used illicit drugs, the other 40 also received a diagnosis of addiction to psychoactive substances. The group of patients with a comorbid addiction was examined after 6 weeks of detoxification and treatment in a protective environment of a therapeutic community. Continuous Performance Test was applied to for the neuropsychological assessment. The CPT-IP version of this test was used. In this version of the test the additional parameter that is measured is also working memory. The patient is presented 450 stimuli in three groups. The results of the examination were analyzed. No statistically significant differences were found between two groups when they had to omit

the identical pair stimuli (finger-up). The same situation happened in case of the false alarms stimuli. However statistical significance appeared when the patients had to react to random stimuli. This part of the test was performed better by the group of schizophrenic patients without additional addiction to psychoactive substances.

The above inconsistency of the results may be due to the complexity of attention deficits. It is possible that the impacts of psychoactive substances may be different on the mechanism responsible for reaction to the sequence of experimentally important stimuli than to for ignoring those stimuli, which originally were defined as unimportant. As most of the patients from the dual diagnosis group who participated in the study had a comorbid diagnosis of a mixed addiction, and the results were not discussed according to the class of abused substance, it may be important to do such analysis in further studies. Other factors which should be taken into consideration are e.g. duration of the addiction and intensity of withdrawal symptoms.

Zaburzenie rozumienia mowy u osób uzależnionych od alkoholu

*Edward Gorzelańczyk¹, Piotr Walecki², Julia Feit³, Aleksander Sęk⁴, Andrzej Wicher⁴, Marek Kunc⁵,
Marcin Ziółkowski⁶*

*¹Katedra 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*

²Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

*³Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej CM UMK/NZOZ Dom Sue Ryder
prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., Bydgoszcz*

⁴Instytut Akustyki, Uniwersytet Adama Mickiewicza, Poznań

⁵Airedale NHS Trust, Steeton, University of Leeds, Leeds

⁶Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz

Cel: Celem badań jest ocena percepcji dźwięków mowy u osób uzależnionych od alkoholu podczas szpitalnego leczenia odwykowego. Porównano liczbę popełnianych błędów w badaniu wyrazistości logatomowej u osób z grupy eksperymentalnej i kontrolnej. Przedstawiono liczbę prawidłowo podanych logatomów, liczbę błędów popełnionych podczas powtarzania, liczbę nadanych znaczeń oraz liczbę nadanych znaczeń w porównaniu do popełnionych błędów.

Materiał i metody: Zbadano 65 mężczyzn w wieku od 22 do 66 lat, średnia 38±9 lat. Średni czas uzależnienia: 8,8 lat. U 10 osób uzależnionych od alkoholu zbadano zarówno zrozumienie mowy, jak i wyrazistość logatomową. Pierwsze badanie zrozumienia mowy za pomocą Polskiego Testu Zdaniowego (PTZ) przeprowadzono u 48 osób, drugie w końcowej fazie leczenia odwykowego u 14 osób. W pierwszym badaniu wyrazistości logatomowej zbadano 27 osób, w drugim 5. Skład grupy kontrolnej to 72 osoby nieuzależnione, dobrane losowo (48 kobiet i 24 mężczyzn). Średnia wieku: 30 lat (18-72). Badanie zrozumienia mowy przeprowadzono u 54 osób. Badanie wyrazistości logatomowej przeprowadzono u 23 osób.

Wyniki: Różnica 1,9dB między otrzymanymi średnimi wartościami poziomów natężenia sygnału do szumu (SNR) w teście PTZ między osobami z grupy eksperymentalnej i osobami z grupy kontrolnej wskazuje na lepsze rozumienie mowy przez osoby zdrowe ($p=0,02$). Stwierdzono istotnie statystyczne różnice ($p=0,04$) w nadawaniu znaczeń logatomom między osobami z grupy eksperymentalnej i kontrolnej oraz w liczbie nadanych znaczeń logatomom w stosunku do liczby popełnionych błędów.

Podsumowanie: Stwierdzono, że uzależnienie od alkoholu ma związek z gorszą w porównaniu do osób zdrowych percepcją mowy. Osoby uzależnione od alkoholu rozumieją mowę gorzej w porównaniu do osób zdrowych. W badaniach przeprowadzonych w końcowej fazie leczenia odwykowego stwierdzono, że poziom rozumienia mowy u badanych poprawił się (istotnie statystycznie).

Stosunek do osób z zaburzeniami psychicznymi i podstawowa wiedza o psychiatrii wśród populacji uczniów szkół średnich i studentów.

Anna Zdanowicz¹, Ewa Kusideł², Piotr Wierzbński³

¹Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych I Katedra Psychiatrii UM w Łodzi, Łódź

²Katedra Ekonometrii Przestrzennej UŁ, Łódź

³Klinika Psychiatrii Dorosłych Szpitala im. Babińskiego, Łódź

Wstęp: Choroby psychiczne manifestują się różnorodną symptomatologią, konsekwencją tego bywa różny obraz kliniczny przejawiający się w wielu wymiarach i rzutujący na funkcjonowanie społeczne danej jednostki. Społeczny wizerunek osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi jest zmienny, w dużej mierze zależy od narzuconych norm kulturowych i społecznych. Można przyjąć, że im częściej jakieś zachowania czy przeżycia uznawane są za typowe, tzn. występujące u prawie wszystkich chorych, tym bardziej pogląd taki odzwierciedla funkcjonujący społecznie stereotyp niż realny obraz zaburzeń spotykanych w praktyce.

Cel: Poznanie opinii o osobach z zaburzeniami psychicznymi i uzyskanie informacji o wiedzy dotyczącej chorych psychicznie.

Materiał i Metody: W badaniu zbadano populację 1000 uczniów szkół ponadgimnazjalnych i uczelni wyższych. Wykorzystano ankietę skonstruowaną przez badaczy.

Wnioski: Przegląd przeprowadzonych badań wskazuje na istnienie stereotypowej percepcji i postaw przejawianych wobec zaburzonych psychicznie osób. We wszystkich analizowanych grupach bardziej powszechne są negatywne określenia osób chorych psychicznie. Choroby psychiczne zostały sklasyfikowane przez badanych na drugim miejscu najgorszych chorób. W kwestii pełnienia ról przez chorych psychicznie badani zdecydowanie negatywnie odnoszą się do pełnienia przez chorych psychicznie zawodów opiekunki, lekarza, policjanta, prawnika. 45% badanych uznało, że takie osoby powinny się zabezpieczać przed ciążą. 7% uznało, że choroby psychiczne są nieuleczalne. Tylko 44% badanych nie boi się o swoje zdrowie psychiczne.

Czy schizofrenia może być zaraźliwa? O roli czynników infekcyjnych w etiologii schizofrenii

Agata Leśnicka

WSP Gdańsk, Zakład Fizjologii Klinicznej GUMed, Gdańsk

Etiologia schizofrenii nadal jest niejasna, można jednak potraktować to schorzenie jako zaburzenie neurorozwojowe. W dyskusji na ten temat wymienia się głównie czynniki genetyczne. Wyrazem dalszego poszukiwania przyczyn tego schorzenia jest poszukiwanie związków między infekcjami, a rozwojem tego zaburzenia psychiatrycznego.

Celem niniejszego badania było dokonanie przeglądu literatury na temat powiązań infekcji i schizofrenii oraz ustalenie charakteru tego związku.

Dostępne metaanalizy jednoznacznie wskazują na związek pomiędzy infekcją HSV 2, *Chlamydia pneumoniae*, *Ch. psittaci* i *Toxoplasma gondii* a chorowaniem na schizofrenię. Szczególnie infekcje wirusowe OUN związane są z dwukrotnym wzrostem ryzyka rozwinięcia objawów psychozy. Metaanalizy wskazują, że zakażenie *T. gondii* podnosi ryzyko rozwoju schizofrenii trzykrotnie. Dane na temat infekcji bakteryjnych są inkonkluzywne. Część badań wskazuje na brak związku infekcji tego rodzaju z rozwojem psychozy, inni badacze byli w stanie różnicować ryzyko w zależności od trymestru, w którym doszło do zakażenia.

Wnioski:

1. Spośród czynników infekcyjnych to wirusy są najczęstszymi patogenami związanymi ze schizofrenią.
2. Obecne badania wskazują głównie na korelacje między infekcją a wystąpieniem objawów schizofrenii, jednak neurotropizm czynników infekcyjnych i część opracowań na temat *T. gondii* może wskazywać na związek przyczynowo-skutkowy.
3. Jest możliwe, że czynniki infekcyjne przyczyniają się do rozwoju schizofrenii tylko w przypadku współwystępowania z innymi czynnikami towarzyszącymi.

Seksting – czego jeszcze o nim nie wiemy?

Agata Leśnicka

WSP Gdańsk, Zakład Fizjologii Klinicznej GUMed, Gdańsk

Wstęp. Seksting jest zjawiskiem bardzo medialnym, ale jego definicja nie jest jasna. Można go określić jako przysyłanie treści o charakterze erotycznym, głównie swoich nagich lub półnagich zdjęć, za pomocą Internetu i telefonu komórkowego. Definicję taką stosowano w polskich badaniach.

Cel. Celem niniejszej pracy jest dokonanie przeglądu literatury naukowej dotyczącej zjawiska sekstingu.

Wyniki. Rozpowszechnienie sekstingu wśród młodzieży na świecie ocenia się na kilka do kilkudziesięciu procent, zależnie od przyjętej definicji. Angażowanie się w seksting stwarza ryzyko poniesienia kary za posiadanie lub rozpowszechnianie pornografii dziecięcej. Reakcje rówieśników w przypadku ujawnienia sekstingu różnią się w zależności od płci osoby, której zrobiono zdjęcie (podwójny standard moralny). Istnieją różne motywy przysyłania treści erotycznych. Wstępne dane pokazują, że w seksting angażują się osoby pozabezpieczanymi stylami więzi i one także były bardziej skłonne kłamać w jego trakcie. Seksting może też korelować z ryzykownymi realnymi zachowaniami seksualnymi oraz histrionicznymi cechami osobowości.

Wnioski. 1. Badacze zdają się przyjmować założenie, że seksting dotyczy tylko osób nieletnich lub skupiają się na nich ze względu na szczególnie zagrożenia związane z sekstingiem w tej grupie wiekowej. Motywy sekstingu u dorosłych mogą być znacząco odmienne co wymaga zbadania; 2. Istnieją znaczne różnice dotyczące rozpowszechnienia tych praktyk zależnie od przyjętej definicji; 3. Współczesne badania koncentrują się na epidemiologii sekstingu, zaś czynniki predysponujące do takich zachowań wymagają zbadania.

Involuntary psychiatric admissions in the Institute of Psychiatry and Neurology - brief raport

Inga Markiewicz, Janusz Heitzman

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Objectives. The aim of the study was to analyze the structure of involuntary psychiatric holds of patients suffering from mental disorders in the Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw, throughout the year. Our research interests included socio-demographic profiles of the patients, circumstances and frequency of admissions, depending on the time of day/ night /year, as well the type of diagnoses at admission and suicide attempts preceding the admission. We analyzed also the normative aspect of involuntary admissions, i.e which articles of the polish Mental Health Act constituted the basis for these patients' admission, and were they dependent from the diagnosis of the mental disorder.

Method. The primary research tool consisted of an original questionnaire allowing the collection of relevant data contained in the research topic. The collected material was then submitted to statistical analysis, using primarily simple interest measures, in order to answer the questions brought forth by the researchers.

Results. Given the number of all admissions to the 24-hour wards of the IPiN psychiatric institution in 2012 (3498 total), unconsenting admissions constituted 15.8% of the total. In 2012, 552 persons (292 women and 260 men) with mental disorders were admitted to IPiN under involuntary hold. The majority of patients had completed 40 years old. The number of patients admitted monthly varied from 62 to 38 persons per month. Season of year did not differentiate significantly the number of persons admitted, most involuntary holds were made during the day (82%). Among the diagnosed patients, paranoid schizophrenia was the most frequent illness (43%), delirium tremens (7%), bipolar disorders (6%), dementia (5%), other psychotic disorders (5%), paranoid syndrome (5%), schizoaffective disorder (5%), other diagnoses - less than (<1%) of all diagnoses posed. 4% of admissions to IPiN were for attempted suicide. 37% of persons were admitted to the institution based on article 23.1 uozp, 34% based on art. 22.2, in accordance with art. 24.1 - only 7% of people. Reference to the doctors on art. 28 u.o.z.p. affected 14% of people admitted without consent.

Conclusion. Involuntary mental hospital admissions are common practice not only in Poland but also worldwide. The general structure of involuntary psychiatric admissions of patients suffering from mental disorders in IPiN in 2012 did not differ from data collected in other European countries. However, while quantitative measures describing the phenomenon of involuntary admissions is comparable with other countries, knowledge of each country's legal rules in relation to medical conditions is crucial for truly adequate comparisons. From the Polish legal point of view it is essential that doctors make decisions regarding involuntary admissions based on adequate assessment of the patient's condition, in regard to the conditions laid down by law. Involuntary hospitalization and treatment first and foremost serve the welfare and protection of chief values of life and human health.

Zdrowienie = zatrudnienie = zdrowienie, nie zatrudnienie to wykluczenie

Andrzej May-Majewski

Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień, Gliwice

Miejszem docelowym prowadzonego leczenia psychiatrycznego powinna być poradnia zdrowia psychicznego (indywidualne porady psychiatryczne i psychologiczne plus ewentualnie grupy ambulatoryjne).

Pacjent, będąc leczonym psychiatrycznie, powinien być jednocześnie wspierany w ramach dostępnych form aktywizacji społecznej i zawodowej np. w klubach aktywizacji społeczno-zawodowej.

Zaburzenia sekrecji śliny po leczeniu neuroleptykami – problem interdyscyplinarny

Ewa Ogłodek¹, Danuta Moś², Aleksander Araszkiewicz³

¹Katedra Psychiatrii Collegium Medicum Bydgoszcz, Bydgoszcz

²NZOZ EURO-MED, Bytom

³Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy, Bydgoszcz

Wstęp: Wydzielanie śliny odgrywa istotną rolę w utrzymaniu właściwego środowiska jamy ustnej. Ponadto ślina ma działanie ochronne przed urazami mechanicznymi i chemicznymi, wykazuje działanie przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze, trawienne i przeciwpróchnicowe. Zaburzenie wydzielania śliny może powodować nadmierną suchość w jamie ustnej spowodowaną zmniejszeniem jej wydzielania lub ślinotok będący skutkiem nadmiernego wydzielania śliny. Suchość w jamie ustnej - kserostomia może być spowodowana rzeczywistym zmniejszeniem sekrecji śliny (kserostomia prawdziwa) lub subiektywnym uczuciem suchości (kserostomia rzekoma) u osób z prawidłowym wydzielaniem śliny. Jednym z powodów zaburzeń wydzielania śliny może być stosowanie neuroleptyków. Materiał i metody: Przedstawiamy przypadek kliniczny 30-letniej pacjentki chorującej na schizofrenię, która zgłosiła się do stomatologa z powodu zaburzenia wydzielania śliny i nasilających się zmian próchnicznych zębów. Wyniki: Pacjentkę poddano leczeniu periodontologicznemu, wyleczono próchnicę zębów. Równocześnie pacjentka poddała się leczeniu psychiatrycznemu oraz uczestniczyła w psychoedukacji dotyczącej leczenia schizofrenii. Pacjentkę pouczono w kwestii prawidłowego wykonywania zabiegów higienicznych jamy ustnej. Zalecono dokładne usuwanie zalegających resztek pokarmowych i płytki nazębnej z użyciem nieabrazyjnej pasty do zębów zawierającej związek fluoru po każdym posiłku oraz zlecono płukanie jamy ustnej płukankami nie zawierającymi alkoholu, a mającymi 0,12% chlorheksydynę. Do leczenia kserotomii zastosowano preparat zawierający pilokarpinę w dawce 10 mg/d w dwóch dawkach podzielonych. Następnie zalecono przyjmowanie preparatu sztucznej śliny, który zawierał w swym składzie mucynę, karboksymetylocelulozę i glicerynę. Pacjentka podjęła regularną współpracę ze stomatologiem, psychiatrą i psychologiem. Wnioski: W schizofrenii zaburzenia myślenia oraz zaburzenie funkcjonowania społecznego wpływają na brak dbałości chorych o własne zdrowie somatyczne. Zmniejszenie wydzielania śliny oraz następstwa zdrowotne np. pod postacią zapaleń przyzębia i próchnicy są przyczynami dla których chorzy zgłaszają się do stomatologa.

MCP-1, CCL-5 i SDF-1 jako biomarkery stanu zapalnego w lęku napadowym i zaburzeniach osobowości

*Ewa Ogłodek, Aleksander Araszkiewicz
Katedra Psychiatrii Collegium Medicum Bydgoszcz, Bydgoszcz*

Wstęp: Lęk napadowy może współistnieć z różnymi rodzajami zaburzeń osobowości tj. osobowością unikającą (ang. avoidant personality), obsesyjno-kompulsyjną (ang. obsessive-compulsive personality) oraz borderline (ang. borderline personality). W aktywację reakcji zapalnej u osób z lękiem napadowym zaangażowane są chemokiny prozapalne takie jak: MCP-1, CCL-5 i SDF-1. **Materiał i metody:** Do badania zakwalifikowano 160 osób. 105 z nich stanowiło grupę badaną (53 kobiet oraz 52 mężczyzn). Średni wiek badanych wynosił $43,2 \pm 4,5$ lata (23 lata-48 lat). W grupie badanej byli pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń osobowości oraz z lękiem napadowym, a grupę kontrolną stanowiło 55 zdrowych osób (28 kobiet, 27 mężczyzn). Średnia wieku w grupie kontrolnej wynosiła $42,4 \pm 4,1$ lat (23-48). Pacjentom włączonym do badania pobrano na czczo krew z żyły łokciowej w ilości 15 ml. Stężenie chemokin MCP-1, CCL-5 - Rantes i SDF-1 oznaczano w osoczu metodą immunoenzymatyczną ELISA. **Wyniki:** We wszystkich typach osobowości stwierdzono wzrost stężenia chemokin MCP-1 i SDF-1 zarówno u kobiet jak i mężczyzn w odniesieniu do grupy kontrolnej. Jedynie stężenie chemokiny CCL-5 u kobiet z osobowością borderline i obsesyjno-kompulsyjną wzrosło nieznacznie. U mężczyzn stężenie chemokiny CCL-5 wzrosło istotnie w porównaniu z grupą kontrolną. W przypadku kobiet i mężczyzn z osobowością unikową lub obsesyjno-kompulsyjną nie stwierdzono istotnych różnic w stężeniach MCP-1 i SDF-1. Jedynie stężenie CCL-5 było znacząco wyższe u kobiet niż u mężczyzn. U kobiet z osobowością borderline stężenia badanych chemokin były wyższe niż u mężczyzn. **Wnioski:** Rezultaty powyższych badań wskazują na zaangażowanie chemokin MCP-1, SDF-1 i CCL-5 w rozwój lęku napadowego i zaburzeń osobowości.

Zaburzenia depresyjne u pacjentki z niedokrwistością oraz niedoczynnością tarczycy w wywiadzie

*Ewa Ogłodek¹, Aleksander Araszkiewicz²
¹Katedra Psychiatrii Collegium Medicum Bydgoszcz, Bydgoszcz
²Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy, Bydgoszcz*

Wstęp: Niedokrwistość jest chorobą, która może współistnieć z depresją, innymi zaburzeniami psychicznymi lub z chorobami somatycznymi. Zarówno niedokrwistość może imitować objawy depresji, jak i również objawy depresji mogą maskować współistniejące objawy niedokrwistości.

Materiał i metody: Przedstawiamy przypadek 38-letniej pacjentki chorującej na niedokrwistość złośliwą Addisona-Biermera (ang. Addison-Biermer anemia) z współistniejącymi zaburzeniami nastroju oraz niedoczynnością tarczycy w wywiadzie.

Wyniki: Włączono leczenie farmakologiczne: wenlafaksynę w dawce 225 mg/d i kwas walproinowy w dawce 1000 mg/d. Po 4 tygodniach leczenia dołączono mirtazapinę w dawce 30 mg/d. Po 10 tygodniach leczenia uzyskano częściową poprawę w zakresie wyrównania nastroju i napędu psychoruchowego.

Równocześnie do leczenia włączono witaminę B12 w dawce 1000 µg/d podawaną codziennie domięśniowo przez 10 dni, następnie 3 razy w tygodniu przez 3 tygodnie, a potem 2 razy w tygodniu przez kolejne 3 tygodnie. W następnym etapie leczenia włączono kwas foliowy w dawce 15 µg/d. Po 10 tygodniach terapii niedokrwistość ustąpiła.

Analiza kliniczna przedstawionej historii choroby pacjentki wskazuje współistnienie depresji oraz niedokrwistości. Początkowe trudności diagnostyczne wskazują na konieczność wnikliwego zbierania wywiadu u pacjentów leczonych na oddziałach somatycznych.

Wnioski: Prezentowany opis przypadku zawiera wartościowe wskazówki pomocne w diagnostyce i leczeniu pacjentów leczonych psychiatrycznie, u których stwierdzono również choroby somatyczne.

Aleksytymia u osób chorujących na zaburzenia lękowo-depresyjne i łuszczycę

Ewa Ogłodek¹, Aleksander Araszkiewicz²

¹Katedra Psychiatrii Collegium Medicum Bydgoszcz, Bydgoszcz

²Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy, Bydgoszcz

Wstęp: Aleksytymia opisuje zaburzenia w sferze ekspresji i uczuć u pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi. Pacjenci z aleksytymią mają ograniczone zdolności do kognitywnego przeżywania emocji prowadzące zarówno do skupiania się na doznaniach somatycznych, towarzyszących pobudzeniu emocjonalnemu, jak i do kompulsywnej słabo kontrolowanej reakcji na negatywną stymulację. Aleksytymia u pacjentów leczonych z powodu łuszczycy jest często ściśle powiązana z zaburzeniami lękowo-depresyjnymi. Celem pracy była ocena pomiaru cech aleksytymii u pacjentów cierpiących na zaburzenia lękowo-depresyjne. Materiał i metody: Badaniem objęto 42 pacjentów (22 kobiety, 20 mężczyzn) z łuszczycą i zaburzeniami lękowo-depresyjnymi konsultowanych w Klinice Psychiatrii w Bydgoszczy. Średnia wieku pacjentów wynosiła - (-/+) 45 lat. Grupę kontrolną stanowiły 22 osoby zdrowe, w podobnym wieku i płci. Stanowiło ją 11 kobiet i 11 mężczyzn, średnia wieku (+/-) 46 lat. Do pomiaru cech aleksytymii użyto skróconej wersji skali Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) charakteryzującej się wysoką mocą dyskryminacyjną, wewnętrzną spójnością i rzetelnością. Skala TAS-20 zawierała 20 itemów do samoopisu i oceniana była 5 - punktowym systemem Likerta. Wyniki: W analizie wyników skali TAS-20 wykazano największy udział czynnika - "niezdolność do różnicowania między emocjami i odczuciami cielesnymi". Wnioski: Pacjenci leczeni z powodu łuszczycy i zaburzeń lękowo-depresyjnych wymagają podejścia terapeutycznego interdyscyplinarnego.

Stężenia chemokiny MCP-1, receptora CCR-2 i IL-6 u pacjentów z depresją

Ewa Ogłodek¹, Aleksander Araszkiewicz²

¹Katedra Psychiatrii Collegium Medicum Bydgoszcz, Bydgoszcz

²Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy, Bydgoszcz

Wstęp: Prozapalne cytokiny, do których należą MCP-1 i IL-6 mają wpływ na funkcję neuroprzekazników (serotoniny, noradrenaliny, dopaminy) w ośrodkowym układzie nerwowym. W zaburzeniach depresyjnych możliwe są zmiany w zakresie stężeń cytokin prozapalnych i ich receptorów. Materiał i Metody: W badaniu uczestniczyło 160 osób. W grupie badawczej uczestniczyło 120 osób, podzielonych na sześć podgrup: kobiety lub mężczyźni z depresją łagodną, kobiety lub mężczyźni z depresją umiarkowaną i kobiety lub mężczyźni z depresją ciężką. Średni wiek badanych wynosił 46,7±3,5 lata (20lat-48lat). Grupę kontrolną stanowiło 40 zdrowych osób. Średnia wieku w grupie kontrolnej wynosiła 45,8±3,1 lat (20lat-48lat). U wszystkich osób zakwalifikowanych do badania pobrano na czczo 15 ml krwi z żyły łokciowej. W osoczu krwi oznaczano stężenie chemokiny MCP-1, jej receptora CCR-2 i IL-6 metodą ELISA. Wyniki: Wykazano, że wraz z nasileniem depresji stężenia cytokin i receptora CCR-2 wzrastały u pacjentów obu płci. Wnioski: Zmiany stężenia chemokiny MCP-1 i jej receptora oraz IL-6 mogą być czułym markerem nasilenia depresji i lęku. Pomiar tych parametrów może być użyteczny do wcześniejszego zdiagnozowania depresji.

Sprawcy dotknięci zaburzeniami preferencji seksualnych – status prawny w polskim i austriackim prawie karnym.

Łukasz B. Pilarz¹, Weronika Bulska²

¹Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Szpital Specjalistyczny w Zabrze, Zabrze

²Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Praca określa status sytuację prawną sprawców przestępstw dotkniętych zaburzeniami preferencji seksualnych w rozumieniu kodeksu karnego w kontekście zastosowania wobec nich środków izolacyjno-terapeutycznych z punktu widzenia lekarza psychiatry i konieczności przymusowego leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Kodeks z 1997 roku jest kodeksem dwutorowym w wąskim rozumieniu, gdyż przewiduje

tylko środki lecznicze, ale bez możliwości zastosowania środków czysto izolacyjnych. W 2005 roku nastąpiła zmiana art. 95a kk, która dotyczy sprawców dotkniętych zaburzeniami preferencji seksualnych (głównie pedofilia). Przewiduje on możliwość zastosowania wobec tych sprawców środka o charakterze postpenalny, orzeczanego jeszcze przed odbyciem kary. Nieoznaczony czasowo charakter wskazuje na dożywotnią możliwość izolacji z okresową kontrolą. Przepisy są nie ulega najmniejszej wątpliwości że środek ma charakter leczniczo-terapeutyczny. Problem polega na tym, że psychiatrzy i psychologowie twierdzą, że nie wiadomo z czego i jak ich leczyć, a metody psychoterapeutyczne wymagają dobrowolności. Czy art. 95a ma swoją rację bytu w kodeksie. Dokonano zestawienia z rozwiązaniami prawnymi w Austrii.

Środki izolacyjno-lecznicze stosowane wobec sprawców niebezpiecznych w związku z tzw. ustawą o bestiach, polskie rozwiązania prawne na tle porównawczym innych krajów Unii Europejskiej – uwagi prawnika dla lekarza psychiatry

Lukasz B. Pilarz

Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Szpital Specjalistyczny w Zabrze, Zabrze

Celem posteru jest porównanie rozwiązań zastosowanych w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, zwanej dalej ustawą, z rozwiązaniami w innych krajach UE w kontekście wybranych kwestii dotyczących biegłych psychiatrów. Ustawa poddana zostanie analizie i ocenie po roku obowiązywania w polskim porządku prawnym z punktu widzenia lekarza psychiatry, głównie jako biegłego, ale nie tylko. Omówione zostaną polskie doświadczenia po roku obowiązywania ustawy i w przeddzień wyroku Trybunału Konstytucyjnego w związku z wniesieniem skargi do Trybunału przez Rzecznika Praw Obywatelskich. Podczas warsztatów oceniona zostanie również dalsza przyszłość losów ustawy w kontekście zbliżającego się wyroku Trybunału Plan warsztatu;

1. Ogólna charakterystyka ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób
 2. Stosunek ustawy do innych aktów prawnych (ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, Kodeks karny, kodeks karny wykonawczy). Istota środków zabezpieczających o charakterze leczniczo-terapeutycznym i prewencyjno-izolacyjnym.
 3. Środki izolacyjno-lecznicze w Polsce i wybranych krajach UE
 4. Środki o charakterze leczniczo-terapeutycznym a środki o charakterze czysto izolacyjno-eliminacyjnym, możliwości poddania terapii lub leczeniu sprawcy czynu w obu przypadkach, środki stosowane wobec osób niepoczytalnych. (Detencja, izolacja czy leczenie, czy wszystko na raz ?).
 5. kontrowersje wokół wybranych rozwiązań zastosowanych w ustawie w ustawie na tle porównawczym innych krajów UE ze szczególnym uwzględnieniem Austrii i Niemiec.
 6. Znaczenie wyroku Trybunału Praw człowieka dla dalszych losów ustawy.
 7. opiniowanie sadowo-psychiatryczne wobec sprawców szczególnie niebezpiecznych w ustawie polskiej na tle porównawczym innych krajów
- Stosunek rozwiązań ustawowych w ustawach o bestiach i o ochronie zdrowia psychicznego
8. Co lekarz psychiatra powinien wiedzieć w przeddzień wyroku Trybunału konstytucyjnego w sprawie ustawy?
 9. Ocena pierwszego roku obowiązywania ustawy?
 10. Jak inne państwa poradziły sobie z problemem długotrwałej izolacji sprawców niebezpiecznych na przykładzie rozwiązań niemieckich (Die Maßnahmenvollzug, Die Sicherungsverwahrung).
 11. Jakie znaczenie ustawa ma dla lekarza psychiatry i co się może psychiatrze w niej nie podobać?

Metodyka prowadzenia warsztatów: praca uczestników z tekstami wyciągów ustaw polskich i niemieckich, austriackich

Statut prawny substancji psychotropowych – porównanie systemu polskiego i austriackiego

Lukasz B. Pilarz¹, Weronika Bulska²

¹Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Szpital Specjalistyczny w Zabrze, Zabrze

²Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Praca dotyczy statusu prawnego jakim objęte są leki psychotropowe w Polsce i inne substancje psychoaktywne. Praca nawiązuje do obecnie wciąż jeszcze aktualnych reperkusji spowodowanych tzw. aferą z dopalaczami. Porównano polskie i austriackie rozwiązania prawne w tym zakresie i poddano je wstępnej ocenie. Na gruncie polskim rozważano przede wszystkim regulacje ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z kolei na gruncie austriackim takie ustawy jak Suchtmittelgesetz - SMG (BGBl I 2007/110), Suchtgiftverordnung (BGBl II 1997/374 idF), Psychotropenverordnung (BGBl II 1997/375 idF), Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (BGBl I 2011/146 idF).

View of future in the eyes of students from Medical University of Silesia

Mariusz Seweryn¹, Marta Waligóra², Weronika Bulska¹, Magdalena Bonk¹, Aleksandra Kolarczyk-Haczyk¹, Krzysztof Krysta³

¹STN Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

²PZZOZ Bedzin, sosnowiec

³Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Introduction: There is a lot of factors that may predispose to the development of mental disorders. In case of students, stress of studying and the great responsibility awaiting students immediately after graduation may predispose the occurrence of depression. This affects medical students in a particular way.

The aim of study was to analyze the fear of the future in correlation with the prevalence of depression

Methods: Medical students from Medical University of Silesia were asked to fill in an authorial questionnaire containing the Beck Depression Inventory and questions about fear of future. The control group were students of the Silesian University of Technology. Respondents were surveyed from may 2014 to june 2014. Statsoft Statisticav10 software was used for statistical analysis.

Results: In study group were 216 medical students in age 23-26years. In control group were 171 medical students in age 23-26years. Group were standardized in terms of age and gender. Answers in study group: satisfaction with studies 84,3%; readiness to work in a profession 47,8%; possibility to work in the profession 65,6%; fear of unemployment 28,6%; unsatisfactory financial status 28,2%; having material help from parents 95,7%; plans for creating a family 76,3%. Answers in control group: satisfaction with studies 60,8%; readiness to work in a profession 55,8%; possibility to work in the profession 45,4%; fear of unemployment 77,1%; unsatisfactory financial status 46,5%; having material help from parents 85,9%; plans for creating a family 77,5%;

Conclusion: Medical studies are connected with higher satisfaction, possibility to work in the profession and lower fear of unemployment. A high percentage of people using the material help of parents and the low readiness to work in a profession can affect depression.

Differences in level of depression between medical and technology students from Poland, Portugal and Germany

Mariusz Seweryn¹, Aleksandra Kolarczyk-Haczyk¹, Magdalena Bonk¹, Weronika Bulska¹, Krzysztof Krysta²

¹STN Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

²Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Introduction: Depression is a serious illness that affects health, family and professional life of many people of all sectors of society. It also affects students, regardless of their geographical location. The Beck Depression Inventory(BDI) is good tool to quick check the level of depression. The BDI has high correlation with depression.

The aim of the study was to compare the level of depression among medical and technology students from Portugal, Germany and Poland.

Methods: Students from different countries were asked to fill in an electronic form containing the (BDI). The form was created separately for each country, using official translation of the BDI, approved by the competent psychiatry association. Google Drive software was used for the electronic form, and Statsoft Statisticav10 software for statistical analysis.

Results: The form was filled in by 1979 students: 878 medical students (Poland-360, Germany-312, Portugal-206) and 1101 technology students: Poland-389, Germany-392, Portugal-320). There was statistically significant differences($p<0.05$) in terms of average score of the BDI. The average score of the BDI of medical students: Poland: 13,2+/-9,6 points; Germany: 8,1+/-7,2 points; Portugal: 7,5+/-7,8 points. The average score of the BDI of technology students: Poland: 12,2+/-9,5 points; Germany: 10,9+/-8,9 points; Portugal: 9,0+/-8,7 points. The proportion of the scores more than 20 points of medical students: Poland 23,5%(73) Germany 6,5%(17) Portugal 7,8%(16). The proportion of the scores more than 20 points of technology students: Poland 20.1%(77) Germany 18,8%(60) Portugal 13,3%(52).

Conclusion: The highest depression score among medical and technology students according the BDI in Poland were found. A proper monitoring of depression is required, as well as rapid and appropriate help for those who suffer from it.

Power of #hashtag: review of recent mental health campaigns for adolescents and young people

Anna Szczegielniak¹, Karol Palka²

¹Wydział Lekarski SUM w Katowicach, Katowice

²Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym SUM, Zabrze

Some studies show that 1 in 10 children between the ages of 1 and 15 has a mental health disorder. Rates of mental health problems among children increase as they reach adolescence. According to recent research disorders affect 10.4% of boys aged 5-10, rising to 12.8% of boys aged 11-15, and 5.9% of girls aged 5-10, rising to 9.65% of girls aged 11-15 worldwide. Still, mental conditions are neglected. It's believed that people with mental health illnesses are usually violent and unpredictable, even though the truth is that they are more likely to be a victim of violence. Young people think that psychiatric patients are inclined to break the law and behave aggressively. This attitude results in unwillingness to have any relations with mental patients.

The biggest drawbacks of the past mental health campaigns are that they've been based on printed materials such as leaflets, posters or brochures, only sometimes enhanced by TV or radio transmission. These tools result in high costs and uni-directional flow of information from the organizers of campaigns to the audience. Only recently a shift to the social networking sites could have been observed as they offer large coverage, low costs and multi-directional, interactive communication with the participants. Starting from the small,

community-based non-governmental events, today Twitter, Facebook, Instagram and Pinterest form the basis of many huge, international campaigns.

This study assess reach and impact of the international campaign #MentalHealthMatters and community activities designed to celebrate this year's UN International Youth Day (12 August 2014).

Nonsuicidal Self- Injury and Suicidal Behavior Disorder in adolescent girls diagnosed with Conduct Disorders.

Monika Szewczuk-Bogusławska¹, Małgorzata Kaczmarek², Maja Krefft¹, Natalia Zazulak²

¹Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Katedra Psychiatrii, Wrocław

²Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED, Wrocław

Introducion: Nonsuicidal Self- Injury (NSSI) is a common phenomenon in adolescent period with higher incidence in girls. It was suggested that 12-35% of adolescents engaged in NSSI, before diagnostic criteria have been introduced in DSM V. Previous studies revealed that around 3-6 % of adolescents admitted to attempting suicide. The aim of the study was to assess the incidence of NSSI and SBD according to DSM V criteria in adolescent girls diagnosed with Conduct Disorder (CD).

Methods: 82 girls aged 13-18 years (mean 15.7) diagnosed with CD were included into the study. All participants were residents of Youth Socioterapy Center (YSC), where they were educated and treated due to previous educational and behavioral problems and/or juvenile delinquency. Based on psychiatric and psychological examination, medical and psychiatric history, the incidence of NSSI and SBD were estimated.

Results: 60 girls (73.2%) confirmed engagement in self- injurious behaviors in their lifetime, however 29 participants (35.6%) engage in NSSI on at least 5 days in the last year. All girls who engaged in self-inflicted damage fulfilled remaining diagnostic criteria. Suicidal attempts which occurred during past 2 years and fulfilled criteria of SBD were reported by 28 (34.1%) participants.

Conclusion: According to DSM V criteria more than a third of adolescent girls diagnosed with CD fulfills criteria of both Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior Disorder.

Lęk i depresja u pacjentów z chorobą nowotworową leczonych radioterapią

Martyna Poznachowska¹, Marta Tomaszewska², Alina Borkowska²

¹ Centrum Onkologii im prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy, Zakład Teleradioterapii, Bydgoszcz

²Katedra i Zakład Neuropsychologii Klinicznej UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy, Bydgoszcz

Radioterapia obok leczenia chirurgicznego i chemioterapii jest jedną z głównych metod stosowanych w leczeniu chorób nowotworowych. Wykorzystuje ona energię promieniowania jonizującego i wiąże się z ryzykiem wystąpienia skutków ubocznych, głównie wczesnych i późnych odczynów popromiennych. Wiedza na temat radioterapii wśród pacjentów nadal jest niepełna, co wiąże się z postrzeganiem metody jako niosącej zagrożenia, co wpływa na postawy pacjentów wobec leczenia oraz stanowi źródło obaw.

Celem pracy była ocena rozpowszechnienia i nasilenia depresji i lęku oraz obaw związanych z radioterapią u osób z chorobą nowotworową i analiza zależności pomiędzy tymi czynnikami. W badaniu uczestniczyło 200 osób z chorobą nowotworową zakwalifikowanych do leczenia radioterapią, 127 kobiet i 73 mężczyzn, w wieku 22-83 (średnio 58,7 ±12 lat). Czas trwania choroby nowotworowej wynosił od 1,5-228,0 miesięcy (średnio 18,6±31,4 miesięcy). Badanie nasilenia objawów depresji wykonano za pomocą skali Samooceny Depresji Becka, nasilenie lęku jako stanu i cechy oceniano kwestionariuszem STAI, a ocenę rozpowszechnienia obaw przed radioterapią i jej potencjalnymi skutkami ubocznymi, a także percepcji potencjalnych korzyści z leczenia tą metodą za pomocą kwestionariusza własnej konstrukcji.

Uzyskane wyniki wskazują na znaczne rozpowszechnienie objawów lęku i depresji (około 50% pacjentów, w tym u 15% o nasileniu klinicznym). Rozpowszechnienie i nasilenie depresji i lęku było podobne u kobiet i mężczyzn. Wyższe wskaźniki depresji istotnie wiązały się z większym poziomem lęku jako cechy i stanu oraz większą częstością obaw związanych z radioterapią i jej potencjalnymi skutkami ubocznymi, a także gorszą percepcją korzyści z leczenia tą metodą.

Patients' expectations of psychotherapy.

Katarzyna Lucyna Wilkosz¹, Katarzyna Nizioł²

¹*ŚUM, Katowice*

²*SUM, Katowice*

Introduction: Psychotherapy is a form of experience's disorder treatment to eliminate the disease and the root cause of impairment. Insufficient way to deal with reality occurs to mental dysfunctions. Participation in psychotherapy aims to changes in patients' lives, surrounding and social function.

Aim: Analysis and comprehension patients' expectations of psychotherapy.

Materials and methods: Study evaluated 41 patients of Psychiatry and Psychotherapy Department of GCM in Katowice. Anonymous and voluntary questionnaire took place from X 2013 to III 2014. The survey was contained 15 questions, divided into 4 parts (self-development, future changes, self-confidence, life control). Statistical analysis was made in STATISTICA 10.0. $P \leq 0.05$ was accepted as statistical significance level.

Results: In the study participated 23 women and 18 men; under 20 YRS (n=3), 21-30 YRS (n=12), 31-50 YRS (n=9), 51-65 YRS (n=15), over 65 YRS (n=1). The majority of patients were treated psychiatrically less then 5 years. 80% of patients were interested in developing themselves. The percentage of positive answers in particular parts of questionnaire: part 1 - 74%, part 2 - 76%, part 3 - 89%, part 4 - 90%.

Conclusions: Patients place great hope in psychotherapy. The highest expectations are associate with 2 regions of interest: improvement of self-confidence and betterment of life control. The main objective was the enhancement of consistent actions and long-term approach. Men highlight two issues: self-interests and improvement of housing situation, while females: learning new skills.

Czy wyzdrowienie w schizofrenii jest możliwe?

Bogumiła Witkowska

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Kielce

Celem warsztatu jest dokonanie refleksji nad poszukiwaniem innych niż farmakologiczne zmiennych, mających związek z procesem zdrowienia osób z diagnozą schizofrenii. Schizofrenia przez wiele lat była opisywana jako przewlekła choroba o niekorzystnym przebiegu. Wśród klinicystów i pacjentów dominowało przekonanie, że osoby z diagnozą schizofrenii nie są w stanie wrócić do satysfakcjonującego funkcjonowania społecznego. Rozpoznanie schizofrenii traktowano więc jako swoisty wyrok, odbierający osobom chorym możliwość powrotu do normalnego życia. Obserwacje kliniczne i doniesienia z literatury wskazujące na korzystny przebieg zaburzeń zdiagnozowanych jako schizofreniczne, były częściej komentowane jako błąd diagnostyczny, niż możliwość pełnej remisji, czy wyzdrowienia. Od początku lat 80-tych XX wieku można zaobserwować powolne zmiany w podejściu do rokowania w schizofrenii. Były one związane z wynikami badań katamnesticznych, które publikowali Ciompi (1980), McGlashan (1984), Harding i in. (1987), Rzewuska (1988). Wyniki tych badań zapoczątkowały zmiany w myśleniu o schizofrenii, jako chorobie, w przebiegu której znaczna część pacjentów może osiągać „znaczącą poprawę” oraz „stabilizację stanu psychicznego”. Jednak za prawdziwy przełom w myśleniu na temat bardziej pozytywnego rokowania w schizofrenii należy uznać bezpośrednie relacje osób, które pokonały chorobę i opublikowały swoje doświadczenia, podzieliły się nimi również podczas wystąpień i dyskusji na kongresach

naukowych (Deegan, 2003; Lauveng, 2008, 2013). Najważniejsze okazały się pozytywne doświadczenia osób z diagnozą schizofrenii w radzeniu sobie z objawami choroby oraz z codziennym funkcjonowaniem. W relacjach o swoim życiu ze schizofrenią osoby te wykazały, że zachorowanie nie zdeterminowało ich dalszego funkcjonowania, nie wykluczyło ze społeczności i obecnie nie stanowi niemożliwej do pokonania przeszkody w radzeniu sobie z codziennymi obowiązkami. Osobiste świadectwa osób z diagnozą schizofrenii oraz aktualne wyniki badań naukowych powodują, że rokowanie w przebiegu tej choroby stało się bardziej optymistyczne. Nowe podejście do prognozowania przebiegu schizofrenii odwołuje się do rozumienia zdrowienia jako procesu. Wyzdrowienie w schizofrenii jest możliwym do zaistnienia procesem, dostępnym celem dla niektórych pacjentów, ale oczywiście nie dla wszystkich (Davidson, 2006). Od jakich zmiennych to zależy? Zapraszam do refleksji podczas warsztatu.

The role of psychological factors in cancer development and progression: a review

Irena Wojciechowska

Wojewódzki Szpital Dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Bolesławcu, Katedra Psychiatrii / Zakład Psychoterapii i Chorób Psychosomatycznych, Uniwersytet Medyczny, Wrocław

The International Agency for Research on Cancer (IARC) is part of the World Health Organization dedicated to the research into the causes of human cancer. According to the IARC's report from 2014 there is significant and alarming increase in the cancer prevalence. In 2012, the number of new cancer cases has risen to 14 million per year.

Since 1971, the carcinogenic effect of more than 900 factors has been estimated. More than 400 factors were found to be carcinogenic, probably carcinogenic and possibly carcinogenic to humans. Although the psychosocial factors are not present on the carcinogenic factors list, many researchers have tried to confirm the above relationship. So far, the effect of important life events, bereavement, social support, negative emotions and suppression of negative emotions, depression, a sense of hopelessness / pessimism, coping with stressful situations, as well as the influence of personality on development and / or progression of cancer has been investigated.

The possible mechanism of this interaction could be connected to the relegating influence of psychological factors on the immune system and thus increase the risk of cancer. However, psychological factors also indirectly affect cancer risk. Namely, they are related to the behavior and health awareness, lifestyle and habits.

The results of a number of prospective studies do not give consistent results on the role of specific psychological factors in the pathogenesis of cancer. It is likely that the impact of psychological factors have a modulating effect on the development of cancer. But this happens only when other risk factors, like the age, anti-health behaviors, a family history of cancer or exposure to biological factors are present.

The poster provides a research review on the issue of the role of psychological factors in cancer development and progression.

Rola układu endokannabinoidowego w patogenezie otyłości i depresji

Anna Zdanowicz¹, Mariusz Wylężoł², Mariusz Macander³, Piotr Wierzbński⁴

¹Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych I Katedra Psychiatrii UM w Łodzi, Łódź

²Klinika Chirurgii, Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej, Warszawa

³Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej, Warszawa

⁴Klinika Psychiatrii Dorosłych Szpitala im. Babińskiego, Łódź

Nadmierna konsumpcja i nadwaga nie zawsze muszą być ściśle patologiczne. Analizując rolę endokannabinoidów (ECS - endocannabinoids) w patogenezie otyłości kluczową rolę jest nadmierna produkcja endokannabinoidów przez adipocyty co powoduje zwiększenie uczucia głodu, chęci przyjęcia pokarmu. Prawdopodobnie ECS dodatkowo zmniejszają perystaltykę jelit i opóźniają opróżnianie żołądka.

Może się to wiązać ze zwiększoną dostępnością prekursorów do syntezy ECS z tkanki tłuszczowej oraz z lipidów zawartych w pożywieniu.

W regulacji poboru pokarmu uczestniczą liczne układy neuroprzekąźnikowe. Istotną rolę odgrywa również leptyna. Wydaje się, że wpływ antagonistów receptora CB1 układu endokannabinoidowego na homeostazę energetyczną ma znaczne podobieństwo do układu związanego z leptyną. Wnioski dotyczące prawdopodobieństwa krzyżowania się układu endokannabinoidowego i leptynowego zostały wyciągnięte na podstawie obserwacji myszy z niedoborem leptyny lub wadliwym działaniem jej receptorów. U myszy leptyno wrażliwych, ostre leczenie leptyną powodowało tłumienie sygnałów układu ECS w podwzgórzu i redukcję obwodowych receptorów CB1. Wyniki te sugerują, że zdolność regulacji ECS w zakresie przyjmowania pokarmów jest zależna od leptyny.

Sądzi się, że ekspresja receptorów CB1 w układzie mezolimbicznym związana jest z motywacją do spożycia pokarmu w odpowiedzi na czynnik nagradzający. Istnieją doniesienia, że wzrost łaknienia po kannabinolach spowodowany jest nagradzającym działaniem spożytego posiłku i wynika z nasilenia przekąźnictwa dopaminergicznego w układzie nagrody.

Kannabinoidy wpływają również na równowagę energetyczną organizmu w przewodzie pokarmowym. Poprzez zakłócanie systemu ECS okazało się, że reguluje on przepuszczalność jelit i adipogenezę. Wykazano również, że LPS (lipopolisacharyd – składnik ściany komórkowej bakterii Gram-ujemnych) działa jako główny przełącznik kontrolując metabolizm tkanki tłuszczowej, zarówno *in vivo* i *ex vivo* przez blokowanie adipogenezy napędzanej kannabinoidami. Dane te wskazują, że mikroflora jelitowa określa fizjologię tkanki tłuszczowej poprzez system pętli regulacyjnej układu LPS-EBC i może mieć krytyczne znaczenie w regulowaniu plastyczności tkanki tłuszczowej w otyłości. Z powodu utraty zdolności regulacyjnych w obrębie okrężnicy i tkanki tłuszczowej dochodzi do utrwalenia raz zapoczątkowanego braku równowagi, co staje się błędnym kołem. Cykl ten utrzymuje zwiększoną przepuszczalność jelit, wzmożoną aktywność układu ECS, rozwój adipogenezy i masy tkanki tłuszczowej.

Przez wiele lat prowadzono badania nad substancjami antagonistycznymi do receptora ECS które miały obniżać łaknienie i przyczyniać się do spadku masy ciała u osób otyłych. Tak powstał rimonabant, który powodował zwiększenie uczucia sytości, zmniejszał motywację do spożywania pokarmu oraz wpływał na bilans energetyczny organizmu zwalniając lipogenezę, zmniejszając gromadzenie tłuszczu w jamie brzusznej i wątrobie oraz poprawiając obwodowe użytkowanie glukozy. Głównymi działaniami niepożądanym leku były zaburzenia psychiczne. W 2007 zdecydowano o ograniczeniu stosowania leku u pacjentów chorujących na depresję oraz przyjmujących leki przeciwdepresyjne. Następnie stwierdzono, że korzyści wynikające ze stosowania rimonabantu nie przewyższają potencjalnych działań niepożądanych sfery psychicznej i w 2008r. zawieszono pozwolenie dla rimonabantu na terenie Unii Europejskiej.

Należy zwrócić uwagę, że stworzenie takiego preparatu pokazało jak skomplikowaną sieć zależności tworzy układ endokannabinoidowy i jak mało wiadomo o mechanizmach leżących u podłoża powstawania określonych zaburzeń psychicznych pod wpływem pobudzania lub hamowania receptorów CB1. Jakże mechanizmy stoją u podstaw tego zjawiska? Wiadomo, że spadek aktywności układu endokannabinoidowego może spowodować nasilenie lęku, anhedonię, zmniejszenie tolerancji na ból, nasilenie objawów zespołu depresyjnego. W badaniach post mortem stwierdzono spadek gęstości receptora CB1 i istocie szarej komórek gleju u pacjentów z dużą depresją. Wykazano, że wśród osób chorujących na depresję podejmujących próby samobójcze dochodzi do up-regulacji receptorów CB1 w obrębie kory przedczołowej. U osób uzależnionych od alkoholu, które podjęły próbę samobójczą stwierdzono większą gęstość receptorów CB1 w korze przedczołowej w porównaniu z osobami tylko uzależnionym od alkoholu. Nasilenie lęku może wynikać z obecności receptorów CB1 w strukturach układu limbicznego (np. ciało migdałowate, hipokamp). Wykazano, że receptor CB1 odgrywa istotną rolę w przeciwlękowym efekcie beznodiazepin w przypadku myszy pozbawionych receptora CB1. Spadek aktywacji receptora CB1 u gryzoni nasila reakcje lękowe.

Skomplikowany system zależności jaki tworzą układy neuroprzekąźnikowe w OUN wciąż wymaga badań zarówno klinicznych jak i przedklinicznych. Jak wiele nie wiemy o mechanizmach działania dowiodły badania leków które antagonizowały układ endokannabinoidowy. Układ endokannabinoidowy swoim plejotropowym, rozległym działaniem wpływa na szereg neuromediatorów poprzez to moduluje fenomeny życia psychicznego jednocześnie jest zaangażowany w kontrolę metabolizmu i gospodarki energetycznej

organizmu. Jest więc łącznikiem pomiędzy zaburzeniami metabolicznymi, a zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi. Z tego powodu u osób otyłych współchorobowość depresyjna jest wyższa i istotnie pogarsza rokowanie oraz obniża jakość życia.

Analiza wybranych cech funkcjonowania psychologicznego uczniów szkół średnich i studentów

Anna Zdanowicz¹, Ewa Kusideł², Krzysztof Zboralski³, Piotr Wierzbński⁴

¹Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych I Katedra Psychiatrii UM w Łodzi, Łódź

²Katedra Ekonometrii Przestrzennej UŁ, Łódź

³Klinika Psychiatrii Dorosłych Szpitala im. Babińskiego, Łódź

⁴Klinika Psychiatrii Dorosłych Szpitala im. Babińskiego, Łódź

Wstęp: Funkcjonowanie psychologiczne danej jednostki jest niezwykle istotne w prawidłowym procesie socjalizacji, szczególnie w kwestii wypełniania ról społecznych oraz nawiązywania prawidłowych interakcji z otoczeniem. Niezwykle istotna jest umiejętność radzenia sobie z impulsywnością i agresją, stałość systemu wartości i zdolność do jego utrzymywania.

Cel: Analiza cech funkcjonowania psychologicznego, ocena występowania i stopień nasilenia myśli samobójczych.

Materiał i Metody: W badaniu zbadano populację 1000 uczniów szkół ponadgimnazjalnych i uczelni wyższych. Wykorzystano ankietę skonstruowaną przez badaczy, Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji (IPSA-II) oraz Kwestionariusz Kryzysu w Wartościowaniu (KKW). Wyniki poddano analizie statystycznej.

Wnioski: Analiza statystyczna wykazała istotne korelacje między wynikami testów psychologicznych, a danymi epidemiologicznymi uzyskanymi od badanej populacji. Ostatecznie uzyskano 4 istotne czynniki, które zwiększają ryzyko wystąpienia myśli samobójczych: 1) płeć – kobiety mają o 52% wyższą skłonność do myśli samobójczych niż mężczyźni, 2) palenie papierosów (wzrost u palaczy o 40%), 3) wiek inicjacji picia alkoholu – im niższy - tym wyższe ryzyko, np. picie przed ukończeniem 10 roku życia zwiększa ryzyko o 189%, 4) problem alkoholowy w rodzinie (wzrost o 58%). Wyizolowano również 3 czynniki, które istotnie zmniejszają ryzyko wystąpienia myśli samobójczych są to: dobre relacje z rodzicami, posiadanie własnego pokoju oraz posiadanie braci - im większa liczba tego rodzaju rodzeństwa, tym ryzyko jest zmniejszone: posiadanie 1 brata zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia myśli samobójczych o 29%, dwóch o 39%, a 3 braci o 67%.

Analysis of selected characteristics of the psychological functioning of secondary school pupils and students.

Anna Zdanowicz¹, Ewa Kusideł², Krzysztof Zboralski³, Piotr Wierzbński³

¹Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych I Katedra Psychiatrii UM w Łodzi, Łódź

²Katedra Ekonometrii Przestrzennej UŁ, Łódź

³Klinika Psychiatrii Dorosłych Szpitala im. Babińskiego, Łódź

Introduction: Psychological functioning of the unit is essential to the proper socialization process, particularly with regard to the fulfillment of social roles and to establish proper interaction with the environment. Extremely important is the ability to cope with impulsivity and aggression, the stability of the system and its ability to maintain.

Material and Methods: A population 1000 secondary school and university students was examined. The methods included Inventory Psychological Aggression Syndrome (IPSA - II), Evaluation Crisis Questionnaire and survey designed by the researchers. The results were statistically analyzed using Statistica program.

The study group characteristics: The study involved 1000 people from Lodz region, including 37% (368) of the Comprehensive Secondary School students, 27% (272) students from post-junior High School Complex students and 36% (360) students from various universities. The age range was 16-25 years, mean age was 18.8 years. The study group was dominated by women - 65% (647). The respondents came mostly (70%) from two-parent families with an average number of members of 4, 2% come from foster families or children's homes. In these families there was no, or there was hardly any, problem with alcohol (78%) and the majority of respondents declared good or very good relationship with their parents (89%). The parents surveyed were generally well educated - mothers more often (36%) than fathers (29%) had higher education. The majority of the subjects (76%) had their own room, or at least their own desk (13%) in the common room with a sibling, and family economic status was assessed as at least good (87%). The majority of respondents were believers (practicing - 33%, non-practicing - 42%). 98% have never repeated a class, the majority (76%) skipped classes, their average rating was 3.4, the arithmetic mean for the entire sample is 3.9. 66 % of respondents declared that they do not smoke cigarettes and they play sports (51%). The average age of initiation of alcohol use was 13.9 years.

Conclusions:

- 1) The statistical analysis revealed significant correlations between the results of psychological tests and epidemiological data obtained from the study population. Finally achieved four important factors that increase the risk of suicidal thoughts: gender, smoking, the age of initiation of alcohol and an alcohol problem in the family.
- 2) Also isolated three factors that significantly reduce the risk of suicidal thoughts are: a good relationship with their parents, having your own room and having brothers.
- 3) The analysis of the study group has shown that people who are concerned about their mental health are characterized by a crisis of values in relation to people who do not experience such worries. The crisis concerns the difficulty in hierarchizing values, a sense of frustration and lack of fulfilment of and a sense of loss values.
- 4) People who worry about their mental health are characterized by increased levels of aggression, have self-destructive tendencies, manifest aggression control disorders and excessive instrumental aggression.
- 5) The majority of the people who are concerned about their sanity reported that they would only go to a psychiatrist in really exceptional circumstances.
- 6) The majority of the people who are concerned about their sanity reported that they would only go to a psychiatrist in really exceptional circumstances.

The attitude to people with mental disorders and basic knowledge of psychiatry in the population of university and high school students.

Anna Zdanowicz¹, Ewa Kusideł², Piotr Wierzbński³

¹Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych I Katedra Psychiatrii UM w Łodzi, Łódź

²Katedra Ekonometrii Przestrzennej UŁ, Łódź

³Klinika Psychiatrii Dorosłych Szpitala im. Babińskiego, Łódź

Introduction: Mental disorders can be manifested through varied symptomatology. Consequently, there are various clinical pictures which are observed in multiple dimensions and which affect the individual's social functioning. Social perception of people suffering from mental disorders keeps changing and, to a large extent, depends on cultural and social norms. Typically, the more often the behaviour or emotion is considered to be typical, i.e. manifested by almost all the sufferers, the more it reflects the social stereotype rather than the real reflection of disorders met in practice.

Material and Methods: 1000 people from high schools and universities/colleges in Lodz were interviewed in order to learn their opinion and knowledge of the mentally disordered. A survey designed by researchers served as a research tool. Social attitude to people with mental disorders as well as the knowledge of the

basics of psychiatry were the main focus of the analysis. The results were statistically analyzed using Statistica program.

The study group characteristics: The study involved 1000 people from Lodz region, including 37% (368) of the Comprehensive Secondary School students, 27% (272) students from post-junior High School Complex students and 36% (360) students from various universities. The age range was 16-25 years, mean age was 18.8 years. The study group was dominated by women - 65% (647). The respondents came mostly (70%) from two-parent families with an average number of members of 4, 2% come from foster families or children's homes. In these families there was no, or there was hardly any, problem with alcohol (78%) and the majority of respondents declared good or very good relationship with their parents (89%). The parents surveyed were generally well educated – mothers more often (36%) than fathers (29%) had higher education. The majority of the subjects (76%) had their own room, or at least their own desk (13%) in the common room with a sibling, and family economic status was assessed as at least good (87%). The majority of respondents were believers (practicing - 33%, non-practicing - 42%). 98% have never repeated a class, the majority (76%) skipped classes, their average rating was 3.4, the arithmetic mean for the entire sample is 3.9. 66 % of respondents declared that they do not smoke cigarettes and they play sports (51%). The average age of initiation of alcohol use was 13.9 years .

Conclusions:

1) The analysed data suggests that there is a stereotypical perception and attitude towards mentally disordered people. All the analysed groups reported that mentally disordered people were more commonly referred to with negative terms.

2) The interviewees classified mental disorders as the second worst disease. In terms of role function, the interviewees disapprove of people with mental disorders functioning as carers, doctors, policemen, lawyers. 45% of the interviewees claimed that people with mental disorders should use birth control not to get pregnant. 7% of the people interviewed considered mental disorders incurable. Only 44% of the interviewees do not worry about their mental health.

3) Good relationships with parents guarantee mental well-being of the surveyed.

4) People clearly declaring concerns about their mental health account for 20% of the study group, ¼ of whom seek the advice of a psychiatrist.

4a) People who are worried about their mental health are characterized by: poor relationships with their parents, a good financial situation, having their own room, having the mother of higher education, the problem of alcohol in the family.

4b) People receiving psychiatric treatment (the group who seek psychiatric advice see item 3) are characterized by opposite qualities than people who are worried about their mental health, even though they constitute their subgroup. The qualities include poor relationships with their parents, a bad economic situation and a lack of their own room. The respondents' as well as their parents' education level is lower. There is no alcohol problem in the family. Additional stimulants include: being an unbeliever, smoking, having a lower grade point average, having a large number of sisters and being raised in foster family.

5) The distinctive features of those ever declaring the presence of suicidal thoughts include: lack of social support, the origin of single parent families, having a drinking problem and a bad relationship with their parents. These people additionally declared lack of spiritual support. Moreover, they were characterized by poorer and social independence a younger age, more often they turned to drugs.

Schizofrenia czy neuroborelioza? - trudności diagnostyczno-terapeutyczne. Opis przypadku

Wojciech Zientala¹, Hanna Karakula-Juchnowicz², Monika Michalak³

¹IV Klinika Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Kliniczny Oddział Psychiatryczny Szpitala Bielańskiego, Warszawa

²I Klinika Psychiatrii Psychoterapii i Wczesnej Interwencji Uniwersytetu Medycznego, lublin

³I Klinika Psychiatrii Psychoterapii i Wczesnej Interwencji Uniwersytetu Medycznego, Lublin

WSTĘP: Borelioza jest wieloukładową chorobą infekcyjną, wywołaną krętkiem *Borrelia burgdorferi*, przenoszonym przez kleszcze *Ixodes*. Pod względem klinicznym charakteryzuje się fazowym i nawrotowym przebiegiem, manifestując się objawami dermatologicznymi, reumatologicznymi, neurologicznymi i – rzadziej – psychopatologicznymi. Do zajęcia układu nerwowego może dojść zarówno we wczesnej rozsianej, jak i późnej postaci choroby. Częstość występowania objawów ze strony tego układu szacuje się na około 40% wszystkich przypadków. We wczesnej postaci spotykamy najczęściej limfocytarne zapalenie OMR i porażenie n. VII, ponadto inne neuropatie czaszkowe oraz ostre bolesne neuropatie korzeniowe. Współistnienie objawów limfocytarne zapalenia OMR, zespołu korzeniowego i porażenia nerwów czaszkowych nazywane jest triadą Bannwartha. Objawami postaci późnej są encefalopatie, poliradikulopatie oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego, będące najcięższą postacią neuroboreliozy. Istotnym elementem obrazu klinicznego neuroboreliozy są zaburzenia psychiczne, występujące u większości pacjentów z zajęciem układu nerwowego. Spektrum zaburzeń jest szerokie i obejmuje: organiczne zaburzenia osobowości, zaburzenia afektu z obniżeniem nastroju, a także zespoły lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zespół przewlekłego zmęczenia.

OPIS PRZYPADKU: Pacjentka lat 19, panna, studentka, mieszkająca z rodzicami. Wywiad w kierunku występowania chorób psychicznych w rodzinie negatywny. Pacjentka z ciąży II, przebieg ciąży prawidłowy, poród siłami i drogami natury o czasie, masa urodzeniowa 3150g. Rozwój psychomotoryczny w okresie wczesnodziecięcym i szkolnym prawidłowy. W dzieciństwie obserwowano u pacjentki epizody drgawek gorączkowych. Dotychczas nie leczona psychiatrycznie. Początek zaburzeń psychicznych pod koniec nauki w liceum (maj 2012): pojawiła się ksenofobia, urojeniowo interpretowała wydarzenia wokół niej. Z trudem zdała maturę. Pierwsza wizyta u psychiatry nastąpiła pod koniec października 2012, pacjentka prezentowała zaburzenia zachowania, poczucie lęku, agresję i senzytywność. Przyjęta do O. Młodzieżowego Kliniki Psychiatrii w styczniu 2013 roku. Podczas badania na Izbie Przyjęć wypowiadała urojenia prześladowcze, katastroficzne oraz sensoryczne. Z relacji matki wynikało, iż pacjentka była agresywna. Negowała występowanie myśli samobójczych. Badanie somatyczne i neurologiczne nie wykazało odchyleń od normy. W wykonanych badaniach diagnostycznych: badania laboratoryjne w granicach normy, badanie na obecność SPA w moczu – ujemne, badanie EEG (12.01.13) wykazało zapis o cechach nieprawidłowych dotyczących czynności podstawowej (nieregularnej, z falami theta i pojedynczymi, płaskimi falami delta nad tylnym obszarem mózgu), badanie MRI nie wykazało odchyleń od stanu prawidłowego. W czasie hospitalizacji pacjentka była początkowo napięta, dysforyczna, wypowiadała liczne urojenia: posłannictwa, katastroficzne, winy i kary i owładnięcia. Potwierdzała występowanie halucynacji słuchowych. Po włączeniu do leczenia peramazyny u pacjentki pojawiły się ostre dyskinezy. Po zmianie farmakoterapii na olanzapinę i aripiprazol uzyskano poprawę stanu psychicznego. Pacjentka wypisana z Kliniki w dniu 17.02.2013 z rozp. schizofrenia paranoidalna. W dniu wypisu nie zgłaszała dolegliwości somatycznych. Po 2 tygodniach nastąpiła rehospitalizacja pacjentki z powodu pogorszenia stanu psychicznego, dodatkowo wystąpił ból głowy okolicy skroniowej i ucha lewego, bóle promieniujące do kończyny dolnej lewej. W badaniu somatycznym i neurologicznym bez odchyleń od normy. W trakcie hospitalizacji u pacjentki pojawiło się obwodowe porażenie n. VII prawego oraz gorączka. Po konsultacji neurologicznej wdrożono antybiotykoterapię (ampicylina) z niewielkim efektem, pojawiły się dodatkowe objawy pod postacią narastających nudności i chłustających wymiotów, nadal utrzymywała się gorączka (38 st C). Badanie CT głowy nie wykazało odchyleń od normy, wykonano nakłucie lędźwiowe (cytoza 529, białko 156, pozostałe parametry bz). W bad. neurologicznym: zaznaczone objawy oponowe, porażenie n. VII prawego, objaw Babińskiego obustronnie ujemny. Pacjentkę przeniesiono na O. Neurologii. W trakcie hospitalizacji stan chorej poprawił się, ustąpiły objawy oponowe, nieznacznie wycofało się porażenie n.VII, nastąpiło zmniejszenie pleocytozy w PMR. Badania obrazowe nie ujawniły patologii w zakresie mózgowia. W badaniu PMR w kierunku boreliozy: dodatni wynik met. Elisa IgM, w bad. kontrolnym wynik negatywny. W wywiadzie epidemiologicznym

pacjentka neguje ugryzienie przez kleszcze, natomiast przebywała na terenie uznanym za endemiczny dla boreliozy. Chorą wypisano w dniu 2.05.2013 z rozp. limfocytarne zapalenie OMR. Obserwacja w kier. neuroboreliozy.

OMÓWIENIE: Diagnoza i leczenie boreliozy pozostaje w obszarze chorób zakaźnych, jednak ze względu na polimorfizm towarzyszących tej chorobie objawów, szczególnie w początkowym okresie, może imitować inne zaburzenia, stając się przyczyną pomyłek diagnostycznych. Przedstawienie tego przypadku ma dwa cele: ukazanie trudności diagnostycznych pojawiających się w przypadku neuroboreliozy o początku schizofrenopodobnym oraz uwypuklenie faktu, że w przypadku występowania zaburzeń psychicznych u osób zgłaszających kontakt z kleszczami oraz zamieszkujących lub przebywających czasowo na terenach endemicznych, zawsze należy rozważyć istnienie boreliozy lub odkleszczowego zapalenia mózgu. Przedstawiony opis pacjentki z podejrzeniem neuroboreliozy, ze względu na przebieg schorzenia i trudności diagnostyczno-terapeutyczne może być wartościowym materiałem do analiz dla lekarzy różnych specjalności: psychiatry, neurologa, lekarza chorób zakaźnych.

Indeks alfabetyczny

A

Alptekin Köksal	7
Anisimowicz Lech	28
Antas Sara	7
Antosik-Wójcińska Anna	27
Araszkiewicz Aleksander	54, 55, 56
Araszkiewicz Aleksander	55

B

Berent Dominika	27
Bodzak - Opolska Gabriela	30
Bogaczewicz Anna	36
Bonk Magda	18
Bonk Magdalena	7, 39, 41, 58, 59
Borkowska Alina	28, 40
Borkowska Alina	60
Boroń Karolina	40, 41
Brandt Anna	28
Bulska Weronika	7, 18, 39, 41, 56, 59
Bulska Weronika	58

C

Chowaniec Czesław	37
Czernikiewicz Andrzej	13

D

Dołęgowska Barbara	16
Dyrda Wacław	17

F

Faba Anna	7
Feit Julia	42, 43, 44, 46, 51
Feldman Michał	29, 45
Flakus Maria	29
Frydecka Dorota	19, 49
Frydrychowicz Stefan	8

G

Goc Tomasz	14
Gondek Tomasz M.	10
Gondek Tomasz Maciej	8, 9, 10, 19, 45
Gorczyca Piotr	30
Gorzelańczyk Edward	43, 51
Gorzelańczyk Edward Jacek	42, 44, 46
Gosek Paweł	30

H

Heitzman Janusz	30, 53
Hese Robert	30

J

Jabłoński Marcin	9, 30
Janas-Kozik Małgorzata	17, 31, 32
Jaskólski Adam	33
Jaskólski Adam	33
Jastrun Toomasz	13

K

Kaczmarek Małgorzata	60
Karakuła-Juchnowicz Hanna	67
Karbowska Katarzyna	33
Karcz Anna	47
Kiejna Andrzej	45
Kielczyk Katarzyna	41, 47
Klecka Małgorzata	32
Kłapciński Michał	49
Kocłęga Angelika	7
Kolarczyk-Haczyk Aleksandra	58, 59
Kreffit Maja	8, 9, 10, 19, 49, 60
Królicka Anna	45
Krysta Krzysztof	7, 11, 50, 58, 59
Krzyżowska Kinga	17
Kucharska Mazur Jolanta	16
Kucia Krzysztof	11, 34
Kunc Marek	42, 43, 44, 46, 51
Kusideł Ewa	51, 64, 65

L

Lasoń Wojciech	42
Lasoń Wojciech	44, 46
Leśnicka Agata	34, 52, 53

M

Macander Mariusz	62
Macender Marian	34
Markiewicz Inga	30, 53
Matusiak Anna	17
Matuszek Aleksandra	49
May-Majewski Andrzej	54
Mazgaj Elżbieta	7
Merk Wojciech	11, 34
Michalak Monika	67

Misiak Błażej	49	Sołtysik Mariusz	29	
Mosiołek Anna	35	Strzygowska Milena	47	
Moś Danuta	54	Strzygowska Milena	40	
Mróz Sylwia	18	Szczegielniak Anna	14, 18, 59	
Mucic Davor	12	Szewczuk-Bogusławska Monika	60	
Murawiec Sławomir	13	Szwed Krzysztof	28	
N		Ś		
Nizioł Katarzyna	61	Święcicki Łukasz	27	
Nowińska Ewelina	44	T		
O		Tomaszewska Marta		60
Ogłodek Ewa	54, 55, 56	U		
Orszulak Kamila	19	Urbanowicz Anna		19
P		Urbański Marcin		18
Palka Karol	14, 59	W		
Paluch Kamila	7, 17	Wajda Weronika		7
Parnowski Tadeusz	15	Walecki Piotr		42, 43, 44, 46, 51
Patejuk-Mazurek Iwona	35	Waligóra Marta		58
Pawliszak Wojciech	28	Wasilewski Dariusz		37
Pilarz Łukasz	39, 41	Wicher Andrzej		51
Pilarz Łukasz B.	56, 57, 58	Wicher Andrzej		43
Pilecka Barbara	15	Wierzbicka Paulina		7
Pinto da Costa Mariana	19	Wierzbicki Piotr		51, 62, 64, 65
Piotrowski Patryk	45	Wilczyński Krzysztof		7, 19
Poznachowska Martyna	60	Wilkoż Katarzyna Lucyna		61
R		Witkowska Bogumiła		61
Rasmus Paweł	36	Wojciechowska Irena		8, 9, 10, 19, 62
Ratajczak Mariusz Z	16	Wojnar Marcin		20
Rosiak Izabela	40	Wroniszewski Michał		21
Rubinowska Agnieszka	37	Wylężoł Mariusz		62
S		Z		
Samochowiec Agnieszka	16	Zakrzewska Monika		21
Samochowiec Jerzy	16	Zapała Joanna		38
Seweryn Mariusz	7, 17, 18, 41, 58, 59	Zazulak Natalia		60
Sęk Aleksander	43, 51	Zboralski Krzysztof		34, 64
Silczuk Andrzej	37	Zdanowicz Anna		51, 62, 64, 65
Skowronek Rafał	37	Zientala Wojciech		67
Sobieraj Anna	17	Ziółkowski Marcin		43, 51
Sobów Tomasz	18	Zyss Tomasz		30