

V Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa
5th International Scientific Research and Training Conference

Optymalizacja leczenia w psychiatrii

Optimization of Treatment in Psychiatry

8-10 grudnia / December 2011
Wisła, Poland

www.Psychiatria2011.medforum.pl

V Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa

Optymalizacja leczenia w psychiatrii

Wisła, 8 – 10 grudnia 2011

5th International Scientific Research and Training Conference

Optimization of Treatment in Psychiatry

8 – 10 December 2011, Wisła, Poland

Komitet naukowy - Scientific Committee

Prof. Irena Krupka-Matuszczyk – Przewodnicząca (Chair)

Dr n.med. Krzysztof Krysta – Sekretarz (Secretary)

Dr Mark Agius

Prof. Köksal Alptekin

Prof. Agnieszka Gmitrowicz

Dr Marcin Jabłoński

Prof. Małgorzata Janas-Kozik

Dr n.med. Marek Krzystanek

Dr n.med. Sławomir Murawiec

Prof. Tadeusz Parnowski

Dr hab. Robert Pudło

Dr hab. Filip Rybakowski

Prof. Jacek Wciórka

Prof. Maria Załuska

Komitet Organizacyjny - Organising Committee

Dr n.med. Maciej Matuszczyk – Przewodniczący (Chair)

Katarzyna Irzeńska

Dariusz Korsak

Damian Kowalczyk

Dr n.med. Krzysztof Krysta

Magdalena Matuszczyk

Michał Matuszczyk

Website: <http://psychiatria2011.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

Projekt okładki i skład: Wojciech Osuchowski

© Copyright by Medforum Sp. z o.o.

Spis treści

Słowo wstępne	7
International speakers – information for Polish doctors.....	9
Sesje wykładowe - Lectures.....	13
Adventures in the Treatment of Depression in a Community Mental.....	13
An Epidemiological Genes-Environment Interactions Study in Psychosis.....	13
The Incidence of Hospital-Treated Attempted Suicide in Spain.....	13
Narodowy Program Zapobiegania Samobójstwom 2011-2015. Operacjonalizacja, możliwości i ograniczenia.....	14
Czy my możemy coś zrobić, aby oni bardziej chcieli się leczyć?.....	14
Nowoczesne kształcenie psychiatrów w dziedzinie niepełnosprawności intelektualnej.....	15
Epidemiologiczno - socjodemograficzna ocena samobójstw żołnierzy.....	15
Zapobieganie samobójstwom w placówkach psychiatrycznych.....	15
Opinia biegłego w kanonicznym procesie małżeńskim. Studium przypadku.....	16
Kraków-Kobierzyn – od azylu do opieki środowiskowej – doświadczenia Szpitala Babińskiego.....	16
Zjazd ECNP - komentarz lekarza praktyka.....	16
Wykorzystanie wideotreningu komunikacji we wspieraniu interakcji rodzic - dziecko.....	17
Katowice - od oddziału psychiatrycznego do centrum psychiatrii.....	17
Schizofrenia - wschód glutaminergicznego słońca.....	18
Prawo do zawarcia małżeństwa przez osoby chore psychicznie - aktualne regulacje i propozycje rozwiązania problemu.....	18
Zaburzenia borderline okiem lekarza praktyka.....	19
An overview of telepsychiatry development in Denmark.....	19
Jak psychiatria odrywa się od doświadczenia klinicznego?.....	20
Czy zmiany klasyfikacji wpłyną na nasz sposób leczenia? – DSM-5.....	20
"Ius connubii" w kontekście oceny psychicznej zdolności do zawarcia małżeństwa.....	21
Emergency Psychiatry: Providing the Service with a Modern Concept.....	23
Skuteczność i tolerancja neuroleptyków atypowych w leczeniu zaburzeń zachowania u osób z niepełnosprawnością intelektualną.....	24
Circadian rhythmicity and CLOCK genes in ADHD.....	24
Farmakogenetyka leków przeciwdepresyjnych (podsumowanie badania GENDEP).....	25
ICD-11: czy zmiany klasyfikacji wpłyną na nasz sposób leczenia?.....	25
Management of mania and mixed episodes in bipolar I disorder.....	26
Exercise helps depression: Neurobiology.....	26
Students' session.....	29
EEG Biofeedback as a part of complex therapy of a patient with post-traumatic cerebrasthenia - a case study.....	29
Anxiety disorders and depression in Multiple Sclerosis (MS) - a comparison of two clinical cases.....	29
Mental illness in the opinion of young people - a questionnaire study.....	30
Depression, anxiety and coping with stress in the course of multiple sclerosis treatment. A case study.....	30
Bipolar Disorder, Migraine and Epilepsy - A Shared Pathogenesis?.....	31
Depressive disorders and severity of uneasiness and anxiety in women with pregnancy complications in the context of personality variables.....	31

Evaluation of coercive measures at the Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Rostock, Germany.....	31
Sex differences in cognitive task performances after repeated administration of MDMA.....	32
Quantifying grey matter alterations in Alzheimer's Disease.....	33
Sensor-based monitoring of behavioral disturbances in Alzheimer`s disease - a novel biomarker of disease.....	33
Fatal lamotrigine intoxication – case report and review.....	34
Are psychiatrists aggressive? - questionnaire analysis.....	34
Neurocognitive functioning among HIV-infected patients treated with antiretriviral therapy.....	35
MultiFamily Work in an Inpatient Setting.....	35
Case Report of a Patient with Epilepsy, Migraine and Bipolar Disorder.....	35
Proposed study of EEG spectral coherence as a diagnostic tool in chronic fatigue syndrome.....	36
The changes of needs and emotional bonds between a child an adolescent mother or a mature women during a pregnancy.....	36
Warsztaty - Workshops.....	37
Przymus leczenia w jadłowstręcie psychicznym.....	37
Nagle i powoli rozwijające się zaburzenia pamięci - prezentacje przypadków.....	37
Terapie neurostymulacyjne w lekoopornych depresjach.....	38
Pomiędzy wiarą a nauką - zniewolenie duszy czy zaburzenia dysocjacyjne?.....	38
Zaburzenia borderline - powrót do przyszłości.....	38
Anorexia Nervosa w dialogu.....	39
Pacjent psychotyczny w Racjonalnej Terapii Zachowania.....	39
Wybór leku normotymicznego dla pacjenta z chorobą afektywną dwubiegunową.....	40
Nowe metody pomiarów behawioralnych i neurofizjologicznych wskaźników w diagnostyce ADHD – aktometria, QEEG, potencjały związane ze zdarzeniem, test ciągłego wykonywania.....	40
Disulfiram tabletki do implantacji – przydatność w leczeniu wspomagającym uzależnienia od alkoholu?.....	40
Cyberpsychologia w pracy psychiatry i psychologa.....	40
Terapia poznawczo-behawioralna pacjentów z zaburzeniami odżywiania.....	41
Jak wspierać rodziny osób chorych na zaburzenie odżywiania – prezentacja Zintegrowanego Programu Leczenia Zaburzeń Odżywiania w Centrum Psychologiczno- Medycznym MABOR.....	41
Schizofrenia powrót do przyszłości.....	41
Rola jakości więzi i modelu deficytu w powstawaniu zaburzeń zachowania - praca na przypadkach.....	42
Kiedy i jaka farmakoterapia w zaburzeniach nerwicowych.....	43
Genogram projekcyjny.....	43
Nadgniła od środka - błędna diagnoza czy cud terapeutyczny?.....	43
Strategie terapeutyczne w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych ze szczególnym uwzględnieniem lamotryginy.....	43
Rola psychoedukacji rodziny w leczeniu pacjenta po kryzysie psychotycznym.....	44
Egzorcysta i psychiatria.....	44
Techniki pomocnicze w psychoterapii osób z zaburzeniami odżywiania.....	45
Przymus, a zaufanie w leczeniu psychiatrycznym.....	45
Postery - Posters.....	47
Zespół maniakalny w przebiegu substytucyjnej terapii hormonalnej - opis przypadku.....	47
Psychiatria a medycyna sądowa. Część 2 – wiktymologia i psychopatologia sądowa.....	47
Odmienność w opiece psychiatrycznej nad pacjentem - podejrzanym/oskarżonym.....	48

Powody zawierania małżeństwa przez osoby z rozpoznaniem choroby psychicznej.....	48
Ocena jakości życia osób uzależnionych od alkoholu: leczonych szpitalnie lub bezdomnych.....	49
Związek obszarów jakości życia z wybranymi cechami klinicznymi mężczyzn uzależnionych od alkoholu: leczonych stacjonarnie odwykowo lub bezdomnych.....	49
„Bullying” seksualny wśród chłopców i dziewczynek uczniów klas czwartych szkół podstawowych.....	50
Strategia wyboru różnych dawek w przypadku przestawiania na leczenie olanzapiną we wstrzyknięciach o przedłużonym uwalnianiu.....	50
Ocena stosowania anksjolityków w latach 2008-2010 w województwie śląskim.....	51
Porównanie temperamentu różnych grup zawodowych oraz jego wpływu na radzenie sobie ze stresem i satysfakcją z wykonywanej pracy.....	51
Stanowisko Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Krajowego Konsultanta w dziedzinie psychiatrii w sprawie regulacji prawnych dotyczących zawarcia małżeństwa przez osoby z zaburzeniami psychicznymi.....	52
Intoksykacja litem i złośliwy zespół neuroleptyczny po dołączeniu Aripiprazolu do Olanzapiny.....	52
Zastosowanie wybranych metod psychologicznych w diagnozie – klinicznej i różnicowej – utrwalonych zespołów urojeniowych. Analiza przypadku.....	53
Specyfika wybranych funkcji wykonawczych u chorej z cukrzycą typu 1 (diabetes mellitus). Studium przypadku.....	54
Symulacje mentalne - wyobrażanie procesu zdrowienia predykatorem szybkiego powrotu do zdrowia.....	54
Impact of antipsychotic on neurocognition in schizophrenic patients with comorbid addiction to substances.....	55
Influence of substance abuse on cognitive and social functioning in one of twin brothers suffering from schizophrenia.....	56
Dynamika ruchu dominującej kończyny górnej w testach grafomotorycznych.....	57
Trudności dotyczące rozmawiania o życiu seksualnym z profesjonalistą.....	57
Samobójstwo pacjenta skutkiem zaniedbań podczas przyjęcia do szpitala.....	58
Folie à deux - obłęd udzielony.....	58
Olanzapina w postaci zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu: 24 tygodniowe badanie z randomizacją, prowadzone metodą podwójnie ślepej próby, oceniające leczenie podtrzymujące u pacjentów ze schizofrenią.....	59
Wpływ wielkości dawki metadonu na wartość odcinka QT/QTc w EKG u osób poddanych leczeniu substytucyjnemu.....	59
Wpływ działania neuroleptyków atypowych na funkcje grafomotoryczne u osób chorych na schizofrenię.....	60
Przypadek pokrzywki u osoby chorującej na depresję.....	60
Rozpoznanie sarkoidozy u pacjenta chorującego na schizofrenię paranoidalną.....	61
Współistnienie bielactwa i zaburzeń psychicznych.....	61
Zaburzenia nastroju u pacjentki z rozpoznaniem otępienia czołowo-skroniowego typu Picka.....	62
Zaburzenia psychotyczne u pacjenta z boreliozą.....	62
Parametry ruchów gałek ocznych u osób z chorobą Alzheimera, a rodzaj stosowanego leczenia inhibitorami acetylocholinoesterazy.....	63
Ocena związku pomiędzy sprawnością grafomotoryczną a rodzajem stosowanego inhibitora acetylocholinoesterazy u osób z chorobą Alzheimera.....	63
Zespół CHARGE - objawy zaburzeń psychicznych w zespole wad wrodzonych.....	64
Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z Zaburzeniami Zdrowia Psychicznego w Chorzowie jako forma pomocy i rehabilitacji dla osób chorych psychicznie.....	64
Konsultacje psychiatryczne w Oddziale Endokrynologii Dzieci.....	65

Terapia monitorowana depresji – potencjalizacja jonami magnezu.....	66
Zastosowanie farmakoelektroencefalografii (farmako-EEG) w terapii depresji.....	66
Psychiatria a medycyna sądowa. Część 1 – związki historyczne.....	67
Każdy lek może być trucizną – lamotrygina jako środek samobójczy.....	67
Ocena skuteczności działania atomoksetyny u dzieci i młodzieży z ADHD: metaanaliza spójności 15 badań klinicznych przeprowadzonych w 4 regionach geograficznych.....	68
Koordinacja sensoryczno-motoryczna oko-ręka i pamięć proceduralna u osób HIV- i HIV+ uzależnionych od opioidów.....	68
Terapia przez sztukę.....	69
"Co mnie nie zabija czyni mnie silniejszym" - przypadek kliniczny pacjenta po podjęciu spektakularnej próby samobójczej.....	69
Antipsychotic Prescribing in Dementia - Cambridgeshire Results and Lessons Learnt.....	70
MultiFamily Work in an Inpatient Setting.....	70
EdukacjaMedyczna.pl – nowe zestawy testów.....	71
Zamówienie „EdukacjaMedyczna.pl na papierze. 1000 pytań z psychiatrii”	77

Słowo wstępne

Przed nami V Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa z cyklu „Optymalizacja leczenia w psychiatrii”, która odbywa się w dniach 8-10 grudnia 2011r w Wiśle.

W ciągu trzech dni psychiatrzy i lekarze innych specjalności będą mieli możliwość spotkania się i podzielenia wiedzą, doświadczeniem i spostrzeżeniami dotyczącymi diagnozowania i terapii chorych z zaburzeniami psychicznymi.

Jestem przekonana, że wykłady plenarne, sesje satelitarne i liczne warsztaty spełnią Państwa oczekiwania. Szczególnie serdecznie witam gości konferencji Wykładowców i Uczestników, którzy są z nami w Wiśle po raz pierwszy.

Wszystkim Koleżankom i Kolegom życzę pozytywnej atmosfery naukowej w pięknej beskidzkiej miejscowości. Ponadto jestem przekonana, że konferencja dostarczy ważnych i przydatnych wiadomości w codziennej pracy lekarza psychiatry.

Prof. Irena Krupka-Matuszczyk

Przewodnicząca Komitetu Naukowego

International speakers – information for Polish doctors



Prof. Allan Young uzyskał dyplom lekarza medycyny, a także uzyskał specjalizację w psychiatrii na Uniwersytecie Medycznym w Edynburgu. Obecnie kieruje Katedrą Psychiatrii w Imperial College w Londynie, gdzie jednocześnie jest dyrektorem Centrum Zdrowia Psychicznego. Wykładał na uniwersytetach w Edynburgu, Oxfordzie, Newcastle oraz na University of British Columbia w Vancouver w Kanadzie, gdzie prowadził Leading Edge Endowment Fund Endowed Chair in Research.

W badaniach skupia się na terapii ciężkich schorzeniach psychicznych, a w szczególności zaburzeniach nastroju. Prof. Young otrzymywał badawcze granty z UK Medical Research Council, the Wellcome Trust, the Stanley Medical Research Institute, the Canadian Institutes for Health Research, the National Institutes of Health i wielu innych instytucji dotujących badania.

Prof. Young opublikował ponad 300 prac w indeksowanych czasopismach i dużą liczbę książek, dotyczących psychofarmakoterapii i zaburzeń afektywnych. Jest członkiem wielu rad naukowych czasopism naukowych oraz członkiem towarzystw zawodowych i naukowych. Pełni funkcję skarbnika International Society for Affective Disorders oraz członka zarządu International College of Neuropsychopharmacology (CINP).



Dr Thilak Ratnayake Pracuje jako psychiatra od ponad 25 lat. Od ponad 10 lat ma tytuł Konsultanta Psychiatrii. Jest członkiem Królewskiego Kolegium Psychiatrii i posiadaczem tytułu MD w dziedzinie psychiatrii oraz dyplomu w zakresie psychologii medycyny. Był stypendystą Uniwersytetu w Hertfordshire.

Pracował jako egzaminator w Królewskim Kolegium Psychiatrii. Obecnie jest wykładowcą i Dyrektorem ds. Kształcenia Medycznego w SEPT NHS Trust. Ma doświadczenie w pracy jako psychiatra Konsultant ds. interwencji kryzysowych i pracy w zespołach leczenia domowego od ponad 10 lat. Interesuje się psychiatrią środowiskową i jest aktywnie zaangażowany w proces kształcenia dyplomowego i podyplomowego lekarzy i pielęgniarek. Jest wiceprezesem Towarzystwa Psychiatrycznego Sri Lanki.



Dr Davor Mucic, urodził się w byłej Jugosławii w 1962 roku, zdobył tytuł specjalisty psychiatrii w Danii. Szczególnie interesował się zagadnieniem leczenia osób ubiegających się o azyl, uchodźców i imigrantów, z użyciem w pracy klinicznej ich języka ojczystego. Davor Mucic utworzył Centrum Psychiatryczne im. Małego Księcia, jedyne miejsce w Danii dla uchodźców i imigrantów z byłej Jugosławii, Europa Wschodnia, Bliski Wschód i Afrykę, gdzie terapeuci mówią tym samym językiem, co pacjenci. Centrum to stało się ośrodkiem rozwoju telepsychiatrii w Danii od 2000 roku. Więcej informacji o Centrum można znaleźć na stronie: www.denlilleprins.org.

Davor Mucic jest członkiem EPA (Europejskie Towarzystwo Psychiatryczne), WACP (Światowe Towarzystwo Psychiatrii Kulturowej), Duńskiego Stowarzyszenia Psychiatrii i Duńskiego Towarzystwa Telemedycyny Klinicznej. W 2011 Davor Mucic utworzył Sekcję telepsychiatrii w ramach EPA. Ponadto, Davor Mucic jest wykładowcą na Uniwersytecie Duńskim w Kopenhadze i recenzentem czasopisma Journal of Telemedicine and Telecare.

Prof. Johannes Thome – jest Kierownikiem Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Uniwersytetu Medycznego w Rostocku, honorowym profesorem The School of Medicine, University of Wales Swansea. Studiował medycynę i zdobył tytuł doktora na Uniwersytecie Saarland. Uzyskał stopień doktora habilitowanego na Uniwersytecie w Heidelbergu w roku 2000. Pracował w takich miejscach jak: The School of Medicine, University of Wales Swansea, U.K., Central Institute of Mental Health in Mannheim, University of Heidelberg, Division of Molecular Psychiatry, Yale University School of Medicine, USA, Departments of Psychiatry and Neurology, University of Würzburg. Jest współredaktorem czasopisma: „German Journal of Psychiatry”, członkiem zespołów redakcyjnych i recenzentem wielu innych czasopism.

Jest członkiem towarzystw naukowych: Association of European Psychiatrists, European Society for Clinical Neuropharmacology (executive board), German Society for Biological Psychiatry, German Society of Psychiatry, Psychotherapy and Neurology, World Federation of ADHD (executive board). Opublikował ponad 100 artykułów naukowych i 4 książki.



Prof Köksal Alptekin pracuje jako profesor psychiatrii w Klinice Psychiatrii Uniwersytetu Dokuz Eylül, w Izmirze w Turcji od 2002 roku, w której wcześniej uzyskał specjalizację psychiatrii. Brał też udział w szkoleniach w zakresie psychodramy i terapii psychoanalitycznej. Jest członkiem Sekcji Schizofrenii i Epidemiologii Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (EPA). Bierze udział w pracach grupy ekspertów WPA zajmującej się standardami leczenia schizofrenii od 2005 roku. Głównymi zagadnieniami poruszonymi w jego publikacjach są psychofarmakologia schizofrenii, zaburzenia funkcji poznawczych i jakości życia w schizofrenii, a ostatnio także genetyka i epidemiologia schizofrenii. Jest między innymi współautorem znanej i cytowanej w Polsce publikacji „Praktyczne aspekty stosowania amisulprydu w leczeniu chorych na schizofrenię”: Pani L, Villagrán JM, Kontaxakis VP, Alptekin K. Practical issues with amisulpride in the management of patients with schizophrenia. Clin Drug Investig. 2008;28 (8).



Dr Rashid Zaman pracuje jako konsultant psychiatra w Bedford SEPT oraz w Klinice Psychiatrii, Uniwersytetu w Cambridge, UK. Po ukończeniu medycyny na Uniwersytecie w Cambridge, specjalizował się w medycynie rodzinnej, a następnie w psychiatrii w Szpitalach Charing Cross i St Mary w Londynie. Zanim uzyskał tytuł konsultanta, pracował jako wykładowca psychiatrii w Imperial College w Londynie.

Jest jednym z autorów Churchill's Pocketbook of Psychiatry i kilka prac naukowych w czasopismach medycznych. Był także wykładowcą na konferencjach krajowych i międzynarodowych. Jego zainteresowania badawcze obejmują dorosłych ADHD dorosłych, chorobę afektywną dwubiegunową, poznawcze endofenotypy w schizofrenii, związek pomiędzy ćwiczeniami fizycznymi i leczeniem depresji, psychozy i przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (TMS).

Jest dyrektorem Bedfordshire Centrum Mental Health Research współpracującego z Cambridge University, Honorowy Visiting Fellow, University of Cambridge i członkiem Komitetu Wykonawczego Królewskie Kolegium Psychiatryków.



Dr Mark Agius pracuje jako adiunkt Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu w Cambridge, gdzie łączy pracę kliniczną i naukową. Ponadto jest doradcą medycznym Bedfordshire and Luton Community NHS Trust. Jest to instytucja zajmująca się m.in. psychiatrią środowiskową, upowszechnianiem wiedzy dotyczącej opieki nad pacjentami psychiatrycznymi wśród lekarzy rodzinnych i pracowników socjalnych. Jego prace naukowe dotyczą leczenia depresji, schizofrenii a także psychiatrii środowiskowej i epidemiologii.

Wraz grupą wybitnych psychiatrów europejskich jest m.in. współautorem opracowania dotyczącego psychiatrii w Europie.

Agius M, Zaman R, Singh S, Gallagher O, Jones PB, McGuire P, Power P, Craig T, Bahn S, Grech A, Casha C, Pace C, Cassar D, Blinc-Pesek M, Avgustin B, Gruber E, Biocina SM, Andelic J, Dinolova R, van Os J, Lambert M. Psychiatry in Europe. Br J Psychiatry. 2005;187:92.



Prof. Julio Bobes jest szefem Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu w Oviedo, Prezydentem Hiszpańskiego Towarzystwa Psychiatrii Biologicznej, a także członkiem zarządu Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (EPA).

Profesor Bobes jest autorem ponad stu publikacji o międzynarodowym znaczeniu. Aktywnie uczestniczy w badaniach dotyczących zapobiegania zachowaniom samobójczym. Jego zainteresowania dotyczą także problemu uzależnień, prace na ten temat publikował w formie artykułów, rozdziałów książek i monografii.

Szerzej o działalności naukowej Prof. Bobesa można przeczytać na naszym portalu www.psychiatria.pl pod adresem:

<http://www.psychiatria.pl/txt/a,8558,0,schizofrenia-wplyw-lekow-na-objawy-negatywne>

Sesje wykładowe - Lectures

Adventures in the Treatment of Depression in a Community Mental

Mark Agius, Sophie Butler, Clare Holt, Jenny Gardner, Kathy Liu, Rashid Zaman
University of Cambridge School of Clinical Medicine, Cambridge, Great Britain

This presentation describes how we developed a method for auditing the treatment of depression within our CMHT. We have been able to find what antidepressants appeared to be most effective in monotherapy. We have over time analysed factors which cause patients to develop resistant depression, some modifiable, some not. We have identified which of our commonly used augmentation strategies appear to be most effective. All of this has led to a much more effective approach to the treatment of resistant depression.

An Epidemiological Genes-Environment Interactions Study in Psychosis

Köksal Alptekin
Department of Psychiatry, Izmir, Turkey

There is a growing interest to hunt the genes involved in the etiology of schizophrenia. However genetic studies have proven difficult to discover the candidate genes maybe due to the heterogeneity and complexity of schizophrenia. Many genetic studies with affected pedigrees or affected sib pairs have proved difficult to find major loci by linkage analysis although there is a genetic liability to present schizophrenia in the families of the schizophrenia patients. One of the main reasons for the failure of the genetic studies may be the contribution of environmental factors to the pathogenesis of schizophrenia. Also boundaries of psychosis and clinical characteristics of schizophrenia have not well defined. Endophenotypes related to special dysfunctions such as cognitive impairment, psychosis and psychosocial dysfunction must have been established in order to exclude the heterogeneity of the disorder. Besides it will be better to include the effect of the environmental factors into the analysis as confounding factors.

TURKSCH Study aimed to investigate the association between social inequalities and psychosis continuum which covers psychosis-like experiences, psychotic symptoms and disorders. A random sample of 4012 individuals, representative of 15 to 64 years population of Izmir city center, were screened for the lifetime prevalence of any psychotic-like experiences by trained lay interviewers with the Composite International Diagnostic Interview 2.1 version. Prevalence of psychotic-like experiences was 25.3% (95% confidence interval [CI] 23.9-26.6). Of the sample population 404 people were included into the genetic part of the study to investigate the genes (COMT and BDNF genes) and environmental relations. We found BDNF rs6265 val/val genotype was strongly related to increased risk for psychosis continuum whereas COMT gene was not. We could not find any associations between COMT and BDNF genes and environment factors for risk of psychosis. hypothesis of the study may be tested with other susceptibility genes for psychosis.

The Incidence of Hospital-Treated Attempted Suicide in Spain

Julio Bobes
Department of Psychiatry, University of Oviedo, Oviedo, Spain

Background: The incidence of hospital-treated attempted suicide has not been well established in Spain. Aims: To determine the incidence of suicide attempters presenting to a hospital in Oviedo, Spain, to describe the nature of the suicidal behavior, and to identify sociodemographic subgroups of the population with high rates. Methods: All admitted to the Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, during the period 1 May 2008 to 30 April 2009 were examined and those meeting the internationally-recognized case definition were identified. Results: A total of 308 suicide attempt presentations (39% male, 61% female)

were made by 279 individuals. Almost 90% of the suicide attempts involved a drug overdose. The age-adjusted total, male, and female attempted suicide rates were 83, 66, and 99 per 100,000, respectively. The highest rate was among 35-44-year-olds for men and women (141.1 and 191.8 per 100,000, respectively). Incidence rates varied widely by sociodemographic characteristics with especially high rates among separated/divorced men (2.4%) and women (1.1%). Conclusions: The reported incidence of hospital-treated attempted suicide is below average in the European context but higher than that reported by previous Spanish studies. Persons separated or divorced constitute a high-risk group.

Narodowy Program Zapobiegania Samobójstwom 2011-2015. Operacjonalizacja, możliwości i ograniczenia

Włodzimierz Brodniak
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

W lipcu 2008 roku polski parlament uchwalił powołanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), którego jednym z elementów jest Narodowy Program Zapobiegania Samobójstwom (NPZS). Rozporządzenie Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 roku jako akt wykonawczy zainicjowało realizację całego NPOZOP, w tym także NPZS.

OPERACJONALIZACJA zadań NPZS obejmuje realizację pięciu priorytetowych zadań: 1. W każdym województwie uruchomienie działającego całodobowo telefonu zaufania i portalu internetowego z przeszkolonymi suicydologicznie pracownikami w terminie do połowy 2013 roku. 2. Uruchomienie informatora w internecie o telefonach zaufania, portalach pomocowych, ośrodkach interwencji kryzysowej i innych placówkach pomocy w całym kraju do grudnia 2012 roku. 3. Zorganizowanie w każdym powiecie ośrodka interwencji kryzysowej z przeszkolonymi psychologami i pedagogami do grudnia 2013 roku. 4. Przeszkolenie psychologów i pedagogów z każdej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej do grudnia 2013 roku. 5. Stworzenie ogólnopolskiego systemu kształcenia podyplomowego wszystkich lekarzy w zakresie diagnozowania i leczenia zaburzeń afektywnych (depresyjnych) i rozpoznania zagrożeń suicydalnych do grudnia 2013 roku. MOŻLIWOŚCI - pełna realizacja wymienionych pięciu zadań w terminie do 2013 roku. OGRANICZENIA - na poziomie wielkości przyznanych każdego roku realizacji NPZS w latach 2012-2015 środków finansowych z budżetu państwa i na szczeblu regionalnym w zakresie wysokości przyznanych środków finansowych z budżetów wojewódzkich i powiatowych.

Czy my możemy coś zrobić, aby oni bardziej chcieli się leczyć?

Janusz Chojnowski
Oddział Psychiatryczny Szpitala w Grajewie, Grajewo

Compliance w chorobach psychicznych, jak wiadomo dość nieznacznie odbiega od tego w innych przewlekłych chorobach wymagających farmakoterapii. Powszechnie tłumaczy się tę różnicę brakiem wglądu oraz stygmatyzacją społeczną. Autor wykładu sugeruje, że oba te czynniki, choć trafne, nie w pełni odzwierciedlają problematykę współpracy na linii pacjent-psychiatra zwracając uwagę na rzadko poruszaną kwestię realistycznego postrzegania psychiatrii i psychiatrów zarówno przez pacjentów, jak i ich rodziny oraz ogół społeczeństwa. W ujęciu intersubiektywnym obie strony rozpoznają się wzajemnie, a dobra współpraca jest efektem wzajemnej identyfikacji jako sprzymierzeńców a nie przeciwników. W procesie tym występują poważne przeszkody w postaci uprzedzeń, dalekich od realizmu wyobrażeń na temat psychiatrii i psychiatrów. Tym negatywnym zjawiskom sprzyja po stronie troszczących się o dobro pacjentów lekarzy niedostatek autorefleksji nad potrzebą tworzenia jednoznacznego pozytywnego wizerunku psychiatrii jako dyscypliny medycznej oraz psychiatrów jako grupy profesjonalistów.

Nowoczesne kształcenie psychiatrów w dziedzinie niepełnosprawności intelektualnej

Anna Firkowska-Mankiewicz

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa

Niepełnosprawność intelektualna jako zjawisko oraz sytuacja osób dotkniętych tą niepełnosprawnością są ciągle – pomimo postępujących zmian – tematami słabo znanymi, nacechowanymi uprzedzeniami i niezrozumieniem. Brak wiedzy, negatywne emocje i dyskryminujące zachowania – dość powszechne wśród ogółu społeczeństwa – dają się zaobserwować także w środowisku profesjonalistów medycznych, nie wyłączając lekarzy psychiatrów, od których decyzji uzależnione są często losy życiowe osób z niepełnosprawnością intelektualną. Kilka przykładów takich sytuacji zaprezentuję w moim wystąpieniu. Przedstawię także interesujące inicjatywy, odnotowywane m.in. w Holandii, Wielkiej Brytanii, Australii, zmierzające w kierunku rozszerzenia i uzupełnienia wiedzy profesjonalistów medycznych w zakresie niepełnosprawności intelektualnej oraz osób z tą niepełnosprawnością i ich rodzin.

Epidemiologiczno - socjodemograficzna ocena samobójstw żołnierzy

Antoni Florkowski

Klinika Psychiatrii Dorosłych U.M., Łódź

Problematyka samobójstw żołnierzy nieustannie stanowi obiekt zainteresowania badaczy zarówno w aspekcie epidemiologiczno - społecznym, jak i psychopatologicznym. Zamachy samobójcze żołnierzy stanowiły dla wojska zawsze poważny problem ponieważ z uwagi na specyfikę funkcjonowania sił zbrojnych opierający się na ścisłej współpracy w pododdziale, nagłe i tragiczne odejście jednego żołnierza może wywierać destrukcyjny wpływ na pozostałych członków kolektynu. Celem podjętych badań było prześledzenie częstości skutecznych zamachów samobójczych żołnierzy w zależności od uwarunkowań społeczno - demograficznych oraz oceny rozmiaru tego negatywnego zjawiska.

Analizą badawczą objęto samobójstwa żołnierzy zawodowych w latach 1990 - 2010. Uzyskane wyniki badań wskazują, że czynniki socjodemograficzne odgrywają w wojsku podobnie jak w innych środowiskach istotną rolę, w kształtowaniu się ilościowych i jakościowych parametrów suicydalnych. Szczególnie negatywne wśród żołnierzy stanowią sytuacje konfliktowe związane bezpośrednio ze służbą wojskową i sytuacją rodzinną oraz czynniki psychopatologiczne.

Zapobieganie samobójstwom w placówkach psychiatrycznych

Agnieszka Gmitrowicz

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej UM, Łódź

Według ICD 10 samobójstwo jest zewnętrzną przyczyną zgonu, ujętą w kategorii ogólnej „zamierzone samouszkodzenie (ZSU)”. Zapobieganie samobójstwom jest jednym z głównych zadań w zakresie zdrowia publicznego, które w Polsce zostało włączone do NPOZP. W pierwszej fazie realizacji programów profilaktycznych istotne jest ustalenie skali zjawiska. Mimo danych GUS nt. występowania samobójstw w populacji ogólnej brakuje wiarygodnych informacji o zgonach i próbach samobójczych (PS) w szpitalach psychiatrycznych, ponieważ nie ma obowiązku kodowania ZSU. Wprawdzie Karty Zgonu i Książki Zgonów Szpitalnych narzucają podanie przyczyny zgonu, ale w wielu przypadkach do śmierci w wyniku PS pacjenta hospitalizowanego w szpitalu psychiatrycznym dochodzi w oddziałach ratunkowych lub poza terenem szpitala (podczas przepustki lub ucieczki). Wiadomo także, że ryzyko samobójstwa (RS) jest szczególnie wysokie w 1. tygodniu po wypisie ze szpitala. Trudno więc będzie ocenić efektywność leczenia pacjentów z RS po wdrożeniu odpowiednich standardów postępowania. Nie zwalnia to jednak psychiatrów od zaplanowania (według międzynarodowych zaleceń) wielodyscyplinarnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wobec pacjentem z RS. Powinno ono uwzględniać: 1/ formalne, systematyczne oszacowywanie RS za pomocą skal przez personel (w tym pielęgniarki), 2/ monitorowanie stanu psychicznego (szczególnie nasilenia depresji) i somatycznego, 3/ zgodną z aktualnymi standardami

psychoterapię i farmakoterapię, 4/ sprawny, ciągły nadzór nad bezpieczeństwem pacjentów, 5/ grupy terapeutyczne tematycznie związane z określonymi czynnikami ryzyka, ukierunkowane na zachowania samobójcze, 6/ szczegółowo zaplanowane leczenie poszpitalne.

Opinia biegłego w kanonicznym procesie małżeńskim. Studium przypadku

Marek Górka, Adam Pawlaszczyk
Sąd Metropolitalny, Katowice

Z punktu widzenia prawa, psychologiczny charakter konsensu małżeńskiego rodzi poważne trudności w interpretacji przez sąd kościelny zjawiska określanego jako niezdolność z przyczyn natury psychicznej do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. Wszak w gruncie rzeczy oceną aktu ujętego w aspekcie psychologicznym nie zajmuje się przecież prawo, lecz psychologia/psychiatria. Stąd bardzo istotne znaczenie dla kanonistyki mają osiągnięcia i rozwój tych dziedzin, ich pomocniczy charakter, choć recepcja rezultatów ich badań domaga się zachowania czystości metodologicznej.

Warsztaty mają na celu ukazanie takiej właśnie rozdzielności metodologicznej obu dziedzin, przy jednoczesnym podkreśleniu ważkości odpowiedzi psychologa/psychiatry na pytania postawione przez sędziego. Co więcej – ich treścią jest studium przypadku, omówienie sprawy prowadzonej z dwóch tytułów „rozłącznych”, tj. bądź choroby psychicznej, bądź niezdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich z przyczyn natury psychicznej, co równoznaczne jest z jakimś defektem osobowości. Biegły wypowiadający się w sprawie to psycholog kliniczny.

Kraków-Kobierzyn – od azylu do opieki środowiskowej – doświadczenia Szpitala Babińskiego

Marzena Grochowska
Szpital Babińskiego, Kraków - Kobierzyn

Wykład obejmuje spojrzenie na rozwój opieki psychiatrycznej na przestrzeni ostatnich 100 lat, w kontekście zmian w organizacji funkcjonowania szpitala psychiatrycznego. Od modelu, w którym szpital psychiatryczny jest głównym (jedynym) miejscem leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi a leczenie odbywa się poprzez wielomiesięczną izolację i zatrudnianie pacjentów w gospodarstwie szpitalnym, poprzez powstanie pierwszych oddziałów dziennych i oddziałów specjalistycznych oraz pojawienie się nowych grup zawodowych w procesie terapii, po rozwój środowiskowych form opieki: zespołów leczenia środowiskowego i poradni zdrowia psychicznego, współpracujących z oddziałami stacjonarnymi Szpitala w procesie leczenia. (Liczba pacjentów objętych opieką 6 zespołów leczenia środowiskowego Szpitala Babińskiego w 2010 roku to ponad 1500 osób, co stanowi więcej niż 25% liczby pacjentów leczonych w 9 oddziałach stacjonarnych ogólnopsychiatrycznych Szpitala).

Spojrzenie w przyszłość to dalszy proces przekształceń Szpitala: oddanie opieki stacjonarnej do szpitali ogólnych w powiatach, rozwój specjalistycznych form leczenia oraz dalszy rozwój opieki środowiskowej, w tym wypracowanie standardów pracy w Zespołach Leczenia Środowiskowego oraz w nowopowstałych Centrach Zdrowia Psychicznego.

Zjazd ECNP - komentarz lekarza praktyka

Marcin Jabłoński
Centrum Zdrowia Psychicznego, Oddział Psychiatrii Szpital im. L.Rydygiera, Kraków

Wykład w sesji "Psychiatria oparta na doświadczeniu" dotyczyć będzie refleksji lekarza praktyka na temat głównych kierunków badawczych najliczniej reprezentowanych na konferencjach European College of

Neuropsychopharmacology w okresie ostatnich 6 lat. Czym jest ECNP i jakie są główne obszary zainteresowań autorów wystąpień prezentowanych na jego corocznych konferencjach. Na ile badania podstawowe, genetyczne, biochemiczne oraz nowe trendy diagnostyczne i nozologiczne mogą być przydatne w codziennej praktyce klinicznej? Czy wyniki badań podstawowych mają rzeczywiście istotne przełożenie na relację terapeutyczną i codzienną praktykę lekarza psychiatry, a jeśli tak to czy pomagają w pracy czy raczej komplikują rzeczywistość? Jak zmienia się stosunek psychiatrów biologicznych i przedstawicieli nauk pokrewnych do efektywności badań wielośrodkowych leków? Jak zmieniają się główne kierunki badań prezentowanych na ECNP w ciągu ostatnich 6 lat i o czym to może świadczyć? Intencją autora będzie zainicjowanie dyskusji o kierunkach rozwoju współczesnej psychiatrii, która zaowocuje odpowiedzią na te oraz inne pytania, z korzyścią dla codziennej praktyki uczestników.

Wykorzystanie wideotreningu komunikacji we wspieraniu interakcji rodzic - dziecko

Monika Kastory-Bronowska

Ośrodek Wczesnej Interwencji PSOUU, Warszawa

Jedną z metod wykorzystywanych w pracy terapeutycznej z rodzinami dzieci niepełnosprawnych jest wideotrening komunikacji (Video Interaction Training). Metoda została opracowana przez holenderskich psychologów Saskię van Rees i Harrego Biemasa w oparciu o badania C. Trevarthena oraz prace D. Sterna.

Współczesne koncepcje psychologiczne podkreślają rolę jakości kontaktu pomiędzy rodzicami a dziećmi oraz jego wpływ na rozwój dziecka – emocje, aktywność poznawczą i funkcjonowanie społeczne.

W rodzinach, w których urodziło się dziecko niepełnosprawne, wzajemne relacje mogą być od początku utrudnione lub zaburzone. Wiąże się to z trudnościami adaptacyjnymi dziecka jak i rodziców. U dzieci obserwuje się często ograniczone możliwości nawiązywania kontaktu z otoczeniem, ich komunikaty mogą być mało czytelne, a zachowania trudne do zrozumienia dla opiekunów. Niekorzystna diagnoza może uruchamiać w rodzicach silne napięcie emocjonalne i tym samym tłumić gotowość do wychodzenia naprzeciw potrzebom interakcyjnym dziecka, zniekształcać wyobrażenia na temat cech dziecka, jego możliwości i jego przyszłości. Wskutek sprzężenia wzajemnych trudności może dojść do poważnych zakłóceń w relacji rodzic-dziecko, co sprzyja wtórnej patologizacji rozwoju i nasilaniu się tzw. zachowań trudnych. Wykorzystując metodę VIT, terapeuta, przy pomocy obrazu wideo pomaga rodzicom pracować nad kontaktem z dzieckiem i wpływać na polepszenie tych relacji. Terapia obejmuje całą rodzinę. Nagrywając krótkie, kilkuminutowe ujęcia wideo podczas wzajemnych interakcji, a następnie analizując je z rodzicami, terapeuta wzmacnia prawidłowe zachowania opiekunów. Równocześnie objaśnia im, jakimi umiejętnościami powinni się posługiwać, aby nawiązać udany kontakt z dzieckiem. Istotą udanych interakcji z dzieckiem jest umiejętność dostrzegania i zaspakajania jego potrzeb oraz właściwa stymulacja jego rozwoju.

Katowice - od oddziału psychiatrycznego do centrum psychiatrii

Krzysztof Kotrys, Krzysztof Czuma

Centrum Psychiatrii, Katowice

Prezentacja jest próbą opowiedzenia naturalnej 35.letniej historii ośrodka w Katowicach - Szopienicach i poddania jej refleksji zabarwionej osobistymi doświadczeniami. Początki ośrodka w Szopienicach w latach 80. tych wiązały się z powstaniem oddziału, następnie oddziałów "przy szpitalu ogólnym". Następnym krokiem rozwojowym, wynikającym z oceny potrzeb pacjentów, było utworzenie oddziału odwykowego z silnym nurtem samopomocowym i udziałem nieprofesjonalnych terapeutów, rozwijającym się kolejno, już poza szpitalem, w stronę klubu i ośrodka interwencji kryzysowych. Następne etapy to budowanie części rehabilitacyjnej, skierowanej do pacjentów chorych na schizofrenię z oddziałem dziennym i kolejnymi odgałęzieniami: hostel, warsztat terapii zajęciowej, środowiskowym domem samopomocy, wreszcie - zespołem leczenia środowiskowego. Odrębny, równoległy wątek rozwojowy ośrodka to kolejne przekształcenia oddziału psychoterapeutycznego od klasycznego oddziału leczenia nerwic do współczesnego

oddziały zaburzeń afektywnych i nerwicowych. Historia centrum to jednocześnie subiektywna historia grupy osób tworzących na różnych etapach zespoły terapeutyczne, historia wspólnych poszukiwań i fascynacji.

Schizofrenia - wschód glutaminergicznego słońca

Marek Krzystanek

Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Katowice

Schizofrenia jest biologiczną chorobą mózgu o wieloczynnikowej etiologii. Zaburzenia neurorozwojowe połączone z różnorodnymi oddziaływaniami środowiskowymi powodują zaburzenia równowagi neuroprzekaznictwa, prowadząc do powstawania objawów wytwórczych, negatywnych i poznawczych. Jednym z najbardziej interesujących modeli patomechanizmu schizofrenii jest niedoczynność receptorów NMDA. Tłumaczy ona objawy i rokowanie w schizofrenii, ponadto stwarza podstawy do tworzenia nowych strategii terapeutycznych, opartych w głównej mierze na dostrajaniu aktywności receptorów NMDA.

Wyniki badań własnych wskazują na przewlekłe, wieloletnie utrzymywanie się dysfunkcji poznawczych w schizofrenii. Dysfunkcje te, a w szerszym ujęciu hipofrontalność są związane z niedoczynnością receptorów NMDA. Dysfunkcje poznawcze mają charakter stabilnego defektu, nie związanego z czasem trwania schizofrenii, jak również wiekiem zachorowania. Leki przeciwpsychotyczne nie powodują normalizacji funkcjonowania poznawczego chorych na schizofrenię. Jedną z przyczyn może być wykazana we własnych badaniach zmniejszona ekspresja podjednostek receptora NMDA pod wpływem neuroleptyków.

Konkludując, wprowadzenie nowych form leczenia schizofrenii regulujących funkcje receptorów NMDA może mieć rewolucyjne znaczenie dla jakości życia chorych jak również przebiegu i rokowania schizofrenii.

Prawo do zawarcia małżeństwa przez osoby chore psychicznie - aktualne regulacje i propozycje rozwiązania problemu

Inga Markiewicz

Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN, Warszawa

Prawo do zawarcia małżeństwa jest gwarantowanym prawem człowieka, które realizuje konstytucyjne zasady wolności, równości, samostanowienia i niedyskryminacji. Jednocześnie małżeństwo, jako związek kobiety i mężczyzny, rodzina, macierzyństwo i rodzicielstwo znajdują się pod ochroną i opieką Rzeczypospolitej Polskiej (art. 18 Konstytucji RP). Z powyższej zasady, jak również z faktu, iż prawo do małżeństwa powinno przysługiwać każdemu, wynika dyrektywa, aby przesłanki wykluczające zawarcie małżeństwa były ograniczone do minimum.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy wymienia jako przeszkody małżeńskie m. in. wiek (art. 10 k.r.o.), ubezwłasnowolnienie (art. 11 k.r.o.), chorobę psychiczną albo niedorozwój umysłowy (art. 12 k.r.o.), bigamię (art. 13 k.r.o.), pokrewieństwo i powinowactwo (art. 14 k.r.o.), przysposobienie (art. 15 k.r.o.), jak również brak świadomości, błąd co do tożsamości drugiej strony i groźbę bezprawną (art. 151 k.r.o.).

Spośród w/w przeszkód największe kontrowersje wzbudza zakaz zawarcia małżeństwa przez osobę dotkniętą „chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym” (upośledzeniem umysłowym). Rodzące się dylematy podyktowane są - z jednej strony - chęcią ochrony interesów prawnych chorych psychicznie nupturientów oraz ochrony przed skutkami wchodzenia przez nich w związek małżeński, a z drugiej - koniecznością pozostawienia każdemu człowiekowi wolności wyboru i możliwości realizacji własnej autonomii i niezależności jako jednostki.

Istotą wystąpienia jest zaprezentowanie aktualnych regulacji w prawie cywilnym dotyczących zawarcia małżeństwa w Polsce, ze specjalnym uwzględnieniem sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Omówiona zostanie problematyka przeszkody małżeńskiej w postaci choroby psychicznej i niedorozwoju umysłowego, jak również ubezwłasnowolnienia całkowitego i częściowego. Szczególnej uwadze

poświęcona zostanie również procedura uzyskania zezwolenia sądu na zawarcie małżeństwa (także ex post), jego unieważnienie, a także kluczowa rola biegłego psychiatry w zakresie opiniowania o zdolności do zawarcia małżeństwa.

Przepisy kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w kwestii zawierania małżeństw przez osoby z zaburzeniami psychicznymi poddane analizie prawno-etycznej, mogą stanowić podstawę do dyskusji o sytuacji prawno-społecznej chorych psychicznie na płaszczyźnie przysługujących im praw obywatelskich w kontekście realizacji konstytucyjnej zasady równości i niedyskryminacji.

Zaburzenia borderline okiem lekarza praktyka

Anna Mosiołek¹, Tytus Koweszko²

¹Klinika Psychiatrii WUM MSCZ, Pruszków

²Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza, Pruszków

Pojęcie pograniczności zostało po raz pierwszy użyte w roku 1938 przez psychoanalityka Adolfa Stern'a, w latach '60 i '70 XX wieku zaczęły pojawiać się koncepcje ujmujące borderline jako zaburzenie afektywne, bliskie w swej patologii, zarówno zaburzeniom dwubiegunowym, cyklotymii, jak i dystymii. Wiedza na temat leczenia zaburzeń z pogranicza jest wciąż niepełna. W piśmiennictwie ostatnich lat wynika, że szczególną skuteczność odnosi holistyczne podejście do terapii łączące w leczenie farmakologiczne z oddziaływaniami psychoterapeutycznymi. Poprawa dokonuje się w zakresie funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, zmniejszenia impulsywności, redukcji pustki i uczucia napięcia. Większość dorosłych pacjentów z zaburzeniami z pogranicza jest leczonych lekami psychotropowymi, pomimo braku zarejestrowanych środków w tym wskazaniu. Na stronie internetowej Food and Drug Administration przedstawione są oficjalnie prowadzone badania farmakologiczne i psychoterapeutyczne. Obejmują m.in. następujące środki: olanzapina, kwetiapina, ziprasidon, risperidon, fluoksetyna połączona z dialektyczną terapią behawioralną, kwasy omega-3, lamotrygina, topiramata, n-acetylocysteina, naltrkson. W prowadzonych badaniach klinicznych w leczeniu pacjentów z zaburzeniami z pogranicza stosowane są następujące podejścia i techniki psychoterapeutyczne: poznawczo-behawioralna (CBT), dialektyczno-behawioralna (DBT), interpersonalna, behawioralna, psychodynamiczna, kryzysowa.

Pacjenci z zaburzeniami borderline powinni mieć narzuconą jasną strukturę leczenia i prowadzonych zajęć. Wymagają oni doraźnych oddziaływań farmakologicznych ukierunkowanych na zmniejszenie uczucia napięcia i impulsywności, leczenia epizodów quasi-psychotycznych oraz towarzyszących zaburzeń nastroju. W praktyce klinicznej oddziaływania psychoterapeutyczne w BPD są ukierunkowane na korygowanie doświadczania emocjonalnego, co w warunkach szpitalnych przekłada się na wprowadzanie elementów terapii CBT, behawioralnej, interwencji kryzysowych i wsparcia.

An overview of telepsychiatry development in Denmark

Davor Mucic

Little Prince Psychiatric Clinic, Copenhagen, Denmark

“Telepsychiatry” refers to the use of telecommunication technologies with the aim of providing psychiatric services from a distance. Since early nineties, Denmark faced significant barriers in providing mental health service towards refugees and migrants on their respective mother tongue. In the country with only few clinicians of other ethnic origin than Danish, the most of the treatment of refugees and migrants is provided via interpreters. Several telepsychiatry projects were established since 2005. in order to increase access to cross-cultural expertise. Hence, international telepsychiatry service was established between Denmark and Sweden back in 2005 and is still running.

In order to assess the patients' attitudes toward the quality, advantages and disadvantages of telepsychiatry, a patient satisfaction surveys were conducted during the projects. Patients expressed a wish to use telepsychiatry via their mother tongue, rather than through an interpreter in the future. The patients perceived

advantages, primarily, regarding direct contact via mother tongue that allowed them to express exactly what they wanted to and, secondarily, no need for travel in order to meet a doctor who speaks the same language. Current telepsychiatry projects address resource shortages in rural areas and involve GP's in "shared-care" model provided via telepsychiatry. Development of an international telepsychiatry network might be the next step in increasing of care quality within EU.

Ref: 1. Mucic D: International Telepsychiatry, patient acceptability study. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 14:241-243, 2008; 2. Mucic D: Transcultural telepsychiatry and its impact on patient satisfaction. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2010; 16: 237–242

Jak psychiatria odrywa się od doświadczenia klinicznego?

Sławomir Murawiec

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

W ciągu stuleci swojego rozwoju medycyna oparta była na doświadczeniu klinicznym i wiedzy lekarza personalnym autorytecie i zasadach etycznych regulujących zasady jego pracy. W ciągu ostatnich dekad ta tradycja ulega bardzo szybkiemu podważeniu. Praktyka medyczna zostaje oparta na wynikach szacujących prawdopodobieństwo zdarzeń (metaanalizy, NNT number needed to treat, NNH number needed to harm itp.). W ramach medycyny prawdopodobieństwa to, co jest najbardziej prawdopodobne w dużej grupie losowo dobranych pacjentów jest uważane za fakt. Doświadczenie kliniczne zostaje zredukowane do zjawiska mniej wymiernego, niewiarygodnego oraz nie-naukowego. Poprzez to personalny autorytet zostaje wyeliminowany na rzecz nie-spersonalizowanego autorytetu „wyników badań naukowych” w ramach Medycyny Opartej na Faktach/Dowodach (EBM). Wprowadziło to nową, zdepersonalizowaną definicję wiedzy, zastąpiło ocenę opartą na osobistym przekonaniu i opinii eksperta przez matematyczne wnioskowanie. Natomiast zasady regulacji pracy lekarza przenoszą się z obszaru etyki na obszary przestrzegania procedur i zasady finansowe (już nie zasada nie szkodzić pacjentowi, lecz zasada nie szkodzić ubezpieczycielowi). Medycyna Oparta na Faktach/Dowodach (EBM) wprowadziła też pewnego rodzaju rygor etyczny – określając sama siebie jako jedyny prawomocny sposób uprawiania medycyny. Sama nie spełniła jednak jak dotychczas wymogów udowodnienia swojej przewagi na innymi sposobami uprawiania medycyny przy pomocy swoich własnych kryteriów. Co więcej w przypadku psychiatrii jest ona jednak oparta na wynikach skal, które zamieniają na dane liczbowe myśli, emocje, przeżycia, nastrój (pierwsze przybliżenie danych). W kolejnych etapach przed ewentualną publikacją te dane liczbowe podlegają tak wielu zakłóceniom w przetwarzaniu (w trakcie analizy i przygotowania do publikacji) że ich wiarygodność jest poważnie dyskutowana i podważana. Publikacje oparte na personalnym doświadczeniu i obserwacjach nie mają w tym kontekście równej lub nawet żadnej wartości dowodu naukowego, a czasopisma naukowe są zainteresowane głównie danymi liczbowymi. Kwestie „naukowości” podlegają zresztą także erozji, szczęśliwie nie podnosi się już argumentu na rzecz stosowania leku X w porównaniu z lekiem Y argumentu przewagi o 1 punkt w skali PANSS w grupie setek pacjentów (co traktowano jako argument swego czasu) Ta dominacja EBM znajduje swoje lustro w rozwoju medycyny spersonalizowanej, medycyny opartej na doświadczeniu oraz w nie sterowanej dyskusji profesjonalnej w Internecie.

Czy zmiany klasyfikacji wpłyną na nasz sposób leczenia? – DSM-5

Tadeusz Parnowski

II Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Przygotowania do V wersji DSM rozpoczęły się w 1999 roku, zakończenie prac planuje się na rok 2012. Jednym z celów jest ujednoczenie obu klasyfikacji (DSM i ICD). W V wersji DSM autorzy proponują podział zaburzeń psychicznych na V grup:

1. Zaburzenia neuropoznawcze, który ma zastąpić rozpoznania „Otępienie, Majaczenie oraz amnestyczne i inne zaburzenia funkcji poznawczych” w DSM-IV , a „organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi” w ICD-10

2. Zaburzenia neurorozwojowe, zastępujące „Upośledzenie umysłowe; zaburzenia uczenia się, ruchowe i komunikowania się; uporczywe zaburzenia rozwojowe” wg DCM-IV i ICD-10 ;

3. Psychozy zastępują „schizofrenię i inne zaburzenia psychotyczne” (DSM-IV-TR), oraz „Schizofrenię, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe” (ICD-10). Do tej grupy proponuje się włączyć zaburzenia afektywne dwubiegunowe i schizotypowe zaburzenia osobowości (SPD). Grupa ta budzi duże wątpliwości (m.in. w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych typu II objawy psychotyczne występują rzadko, a w kryteriach rozpoznawania SPD brak jest wyraźnych objawów psychozy);

4. Zaburzenia emocjonalne (internalizing), w których zastosowano 11 kryterialnych czynników walidujących, wśród których główne są zaburzenia afektu, obecność lęku, strachu i objawów somatycznych (zaburzenia lękowe uogólnione, zaburzenia afektywne jednobiegunowe, zaburzenia lękowe z napadami lęku, fobiczne, obsesyjne, zaburzenia dystymiczne, neurastenia, zaburzenia stresowe pourazowe i zaburzenia somatopodobne);

5. Zaburzenia „uzewnętrznione” (externalizing) zawierający uzależnienie od substancji, antisocjalne zaburzenia osobowości, zaburzenia zachowania ; główną rolę pełnią cechy osobowości rozhamowanej.

W przyszłej klasyfikacji zamieszczonych będzie także 6 grup, w których brak jest ścisłych zaleceń diagnostycznych (zaburzenia jedzenia, snu, zaburzenia seksualne). Propozycje zawarte w DSM-V spowodowały liczne uwagi krytyczne, którzy wskazują na szereg niejasności i zagrożeń:

1. Kryteria kategoryzacji zaburzeń psychicznych w DCM-V są ateoretyczne i opisowe, w czym nie różnią się od przedstawianych w DSM-IV; wiele wątpliwości budzi wprowadzenie np. uzależnienia od internetu, objawów abstynencyjnych po używaniu kannabinoli, otyłości, depresji z lękiem, zaburzeń dezintegracyjnych w dzieciństwie; ale także wprowadzenie „zespołów ryzyka” – psychoz, otępienia, depresji;

2. Kryteria rozpoznania zaburzeń psychicznych są przyjmowane autorytarnie, rzadko odnoszą się do (nieznanej) etiopatogenezy, a podstawą są oceny kliniczne, np. wyniki skal oceny stanu psychicznego najczęściej stosowane w klinice, często o niewystarczającej trafności i rzetelności

3. Czy wprowadzenie nowej klasyfikacji nie „medykalizuje” zaburzeń psychicznych i czy nie zwiększy (sztucznie) liczby zaburzeń psychicznych (obecność/nieobecność choroby). Przykładem może być odróżnianie fizjologicznej żaloby od depresji, wprowadzenie pojęcia „zespołu ryzyka psychozy”, czy też „subiektywnych zaburzeń procesów poznawczych”.

Istnieje obawa, że wobec niespójności kryteriów, wkrótce lekarze będą stosować leki psychotropowe u osób bez chorób psychicznych.

"Ius connubii" w kontekście oceny psychicznej zdolności do zawarcia małżeństwa

*Adam Pawłaszczuk
Sąd Metropolitalny, Katowice*

*My only love sprung from my only hate! / Too early seen unknown, and known too late!
Prodigious birth of love it is to me / That I must love a loathed enemy.
Shakespeare, Romeo and Juliet
Act I, scene 5*

*(Jako obcego za wcześnie ujrzałam! / Jako lubego za późno poznałam!
Dziwny miłości traf się na mnie iści, / Że muszę kochać przedmiot nienawiści.)*

Najsłynniejsza para w historii światowej literatury – Romeo i Julia. Szekspir, Akt pierwszy, scena piąta. Któż tego nie zna? Dwoje nastolatków zakochuje się w sobie i zawiera małżeństwo. Pomijam wątki poboczne. Jako, że wszystkie skomplikowane elementy składające się na całość tego nieszczęsnego losu poślubionych sobie, których śmierć połączyła, znane są większości, pozwalam uczynić z ich historii wstęp do nie za ciekawie brzmiącego tematu, ale jakże w istocie interesującego. Do szacownego i zacnego gremium specjalistów psychiatrii i psychologii przemawiać ma duchowny, który nie tylko łączy czasami słodkim

węzłem małżeńskim pary ślubujące sobie „aż do śmierci”, lecz częściej gorzkim przecie wyrokiem orzeka, że udowodniono nieważność małżeństwa. A właśnie – czy gdyby wspomniani Romeo i Julia jednak nie umarli, ale przeniesieni zostali jakimś cudem w czasy obowiązywania obecnego Kodeksu prawa kanonicznego, a po jakimś czasie któreś z nich stwierdziło, że małżeństwo to, w zaciszu celi ojca Laurentego jego dłonią pobłogosławione, z jakichś przyczyn zostało zawarte nieważnie? Czy młody wiek, pośpiech w podjęciu decyzji, trauma nienawiści zwaśnionych rodów, obciążenie osobowości wychowaniem do walki, bądź jakakolwiek inna przyczyna mogłaby faktycznie w ich przypadku spowodować taką nieważność? Nie zamierzam odpowiadać na te pytania, a tym samym oceniać szans panny z Capuletych czy kawalera Montecchi na pozytywny wyrok. W dobie jednak ogromnej ilości spraw o nieważność małżeństwa, które rozpatrywane są w sądach kościelnych na całym świecie, a wśród nich najwięcej dotyka wady zgody małżeńskiej spowodowanej jakimś defektem psychicznym, przyjrzeć chciałbym się temu, co mówiącego te słowa i dziedzinę, jaką Państwo reprezentujecie, coraz częściej łączy, a co ująłem symbolicznie w temat: *Ius connubii* (czyli prawo do zawarcia małżeństwa) w kontekście oceny psychicznej zdolności do jego zawarcia. Meritum ulokowane będzie – rzecz jasna – w perspektywie tegoż prawa wedle nauczania Kościoła Rzymskokatolickiego, normowanego przede wszystkim przepisami zawartymi w podstawowym jego źródle prawa, jakim jest Kodeks prawa kanonicznego.

Niewiele czasu upłynęło, jak świat obiegła plotka, iż – z woli papieża Benedykta XVI – trudniej będzie teraz zawrzeć małżeństwo w Kościele. Ileż to snuto rozważań i refleksji na ten temat, zupełnie bezpodstawnych, bo papieżowi chodziło raczej o właściwe ustawienie sposobu przygotowania kandydatów do małżeństwa i dojrzałe podejmowanie przez nich decyzji oraz poważne podchodzenie do orzekania nieważności małżeństwa, tak, by nie tworzyło się błędne koło: łatwo i lekkomyślnie małżeństwo zawrzeć, a potem bez poważniejszych przyczyn orzec jego nieważność. Przywołuję ten medialny szum, ale i słowa samego papieża: „Uważa się (...) często, że w dopuszczaniu par do ślubu duszpasterze powinni być wielkoduszni, ponieważ w grę wchodzi naturalne prawo osób do zawarcia związku małżeńskiego. W związku z tym dobrze jest zastanowić się nad wymiarem prawnym samego małżeństwa. (...) nie istnieje z jednej strony małżeństwo życiowe, a z drugiej małżeństwo prawne: istnieje jedno małżeństwo, które stanowi konstytutywny i rzeczywisty węzeł prawny między mężczyzną i kobietą, węzeł, na którym się opiera autentyczna małżeńska dynamika życia i miłości. (...) Prawo do zawarcia małżeństwa, lub *ius connubii*, należy postrzegać w tej właśnie perspektywie. (...) Prawo do zawarcia małżeństwa zakłada, że można i zamierza się je naprawdę zawrzeć, a więc w prawdzie jego istoty, zgodnie z tym, czego uczy Kościół. Nikt nie może rościć sobie prawa do ceremonii ślubnej. *Ius connubii* oznacza bowiem prawo do zawierania autentycznego małżeństwa. Nie mielibyśmy więc do czynienia z negowaniem *ius connubii* w wypadku, gdyby było oczywiste, że nie istnieją założenia do jego wykonywania, to znaczy gdyby jawnie brakowało zdolności wymaganej do zawarcia małżeństwa albo cel przyświecający woli byłby w sprzeczności z naturalną rzeczywistością małżeństwa”.

Moje odwołanie do Benedykta XVI jest celowe. O ile bowiem zamierzam mówić w trakcie tego przedłożenia o *ius connubii* właśnie i ocenie psychicznej zdolności do jego realizacji, o tyle zajmować się tym zamierzam jedynie z perspektywy *ex post* – to znaczy ocenie takiejż zdolności już po jego zrealizowaniu, dokładniej: w momencie, gdy któreś z małżonków stwierdza, iż zaistniała przyczyna (ściślej i w tym miejscu: natury psychicznej), która spowodowała nieważność małżeństwa, to znaczy, że małżeństwo to zostało zawarte nieważnie. Jeszcze bardziej konkretyzując: nie szukam odpowiedzi na pytanie czy przed zawarciem małżeństwa należy oceniać psychiczną zdolność do niego, mówię jedynie o takiej sytuacji, w której w trakcie procesu kościelnego o stwierdzenie nieważności małżeństwa, sędzia kościelny prosi o pomoc psychiatrę, bądź psychologa.

Pojęcie *ius connubii* występujące w temacie częściowo wytłumaczył już za mnie papież w cytowanym przemówieniu do Roty Rzymskiej ze stycznia tego roku. Sięgam do prawa rzymskiego, które odcisnęło chyba najsilniejsze piętno na późniejszym kształcie prawa Kościoła rzymskokatolickiego, a zatem prawa starożytnego Rzymu, które rozwijało się od czasów prawa zwyczajowego, aż do kodyfikacji Justyniana (tj. VI wiek n.e.). Miało ono istotny wpływ na rozwój prawodawstwa europejskiego (mówimy o tzw. recepcji prawa rzymskiego) w postaci prawa powszechnego (*ius commune*) w średniowieczu, pandektystykę dziewiętnastowieczną, a także na współczesną naukę prawa. Otóż wolno urodzony obywatel rzymski miał pełnię praw publicznych, w tym min. *ius suffragii* – prawo uczestniczenia i głosowania na zgromadzeniach ludowych, prawo wybierania urzędników, *ius honorum*, czyli prawo bycia wybieranym, mógł też mieć pełną zdolność prawną, być podmiotem rzymskich praw majątkowych, pośród zaś rozmaitych zdolności do

działania znajdowała się właśnie ta do zawarcia małżeństwa, czyli *ius connubii*. Celowo idę drogą okrężną - chodzi bowiem o ową „zdolność” w sensie prawnym. Jej ocena z perspektywy sędziego orzekającego prawdę o małżeństwie (*veritas matrimonii*) autonomicznie przynależy do działania tegoż właśnie sędziego, nawet jeśli wymagany jest (w określonych przypadkach) by wysłuchał przedtem opinii biegłego: psychologa, bądź psychiatry. Może się zdarzyć, iż ocena ta zawierać będzie nawet te same wyrażenia, co wspomniana opinia (tak jest na przykład w przypadku pojęcia niedojrzałości) – niekiedy jedno słowo oznaczać będzie to samo dla sędziego, co dla biegłego (podkreśla się w jurysprudencji, iż niedojrzałość w sensie kanonicznym nie jest tym samym, co niedojrzałość w sensie psychologicznym).

„Ocena zdolności psychicznej do zawarcia małżeństwa” jako tło dla *ius connubii* w prezentowanym przedłożeniu oznacza ocenę pewnych możliwości podmiotu, zdolności do wyrażenia właściwej zgody małżeńskiej. Małżeństwo bowiem stwarza zgodę stron między osobami prawnie do tego zdolnymi, wyrażona zgodnie z prawem, której nie może uzupełnić żadna ludzka władza (Kan. 1057). Jest ona aktem woli, którym mężczyzna i kobieta w nieodwołalnym przymierzu wzajemnie się sobie oddają i przyjmują w celu stworzenia małżeństwa, który jednakowoż może cechować się pewnym brakiem, defektem, wadą. Wśród wymienianych przez prawo są trzy odnoszące się do niezdolności do zawarcia małżeństwa. Prawo stanowi bowiem, iż niezdolni do zawarcia małżeństwa są ci, którzy: 1° są pozbawieni wystarczającego używania rozumu; 2° mają poważny brak rozeznania oceniającego co do istotnych praw i obowiązków małżeńskich wzajemnie przekazywanych i przyjmowanych; 3° z przyczyn natury psychicznej nie są zdolni podjąć istotnych obowiązków małżeńskich. W przypadku zaskarżenia ważności takiego małżeństwa przez któregoś z małżonków, jeśli proces mający na celu odkrycie prawdy o małżeństwie dotyczy któregoś z tych właśnie przypadków, sędzia powinien zasięgnąć opinii biegłego (kan. 1680 - W sprawach dotyczących impotencji lub braku zgody spowodowanej chorobą umysłową, sędzia powinien skorzystać z pomocy jednego lub kilku biegłych, chyba że z okoliczności wyraźnie wynika, że jest to bezużyteczne; por. *Dignitas connubii* 203). Opinia taka jest szczególnym środkiem dowodowym, rozmaicie też lokalizowanym w porządku procesowym i specyficznej hierarchii środków dowodowych oraz ich wiarygodności. Ponad sto lat temu, jeszcze przed promulgacją pierwszego Kodeksu prawa kanonicznego, pojawiło się sformułowanie, iż lekarz, *seu peritus in arte*, przyrównany jest do świadka kwalifikowanego, stąd należałoby mu wierzyć (c. Mori 25.02.1911, SRRD, t.3, 101, nr 12), mówi się, iż zadanie biegłego przypomina zadanie sędziego i to między innymi stanowi o jego ważnej dla procesu pozycji. To biegły (psycholog, psychiatra – najogólniej) sprawia, iż fakty w procesie przedstawione, nabierają dla sędziego takiego kształtu, iż może on dokonać właściwego sylogizmu prawnego – stwierdzić, iż z określonych przesłanek (element psychologiczny) wynika konkretna konkluzja (element kanonistyczny). Stąd ważna pozycja biegłego w psychiatrii lub psychologii w ocenie (przez sędziego) zdolności do zawarcia ważnego małżeństwa.

Emergency Psychiatry: Providing the Service with a Modern Concept

Thilak Ratnayake
Bedford Hospital

The Mental Health Assessment Unit is a new concept often dealing with emergency psychiatry. Our unit started function from May 2009 and achieved the goals expected. This was introduced due to a high level of bed occupancy. Mental Health inpatient beds have become fewer following the initiation of community psychiatry. It has become problematic in many areas to find an acute inpatient mental health bed. Some argue as to whether the closure of the mental health beds and moving to the community happened too quickly. This unit absorbed all informal admissions for a period of 3 days assessment to signpost for an appropriate placement of the patient. This will give a good opportunity to have an intensive psychiatric assessment and find an appropriate care plan. This unit has become an important area for trainees as there was a high turnover of many forms of acute psychiatry presentations. This is one of the first such units in the United Kingdom and as it was a successful service provision it has now started in various other places.

For a two year period there were 1,600 patients who received care in the Mental Health Assessment Unit and only 26% of patients needed care from the acute treatment unit (inpatient unit). There was a dramatic reduction of bed occupancy from 132% to 82%. The Royal College recommendation for inpatient bed occupancy in the UK is 80%.

The data in this presentation clearly shows this is a cost effective way of providing acute care for psychiatry and dealing with emergency psychiatry patients. It also shows good patient satisfaction and reduction of the number of inpatient admissions.

However, for such a unit there should be intensive input from Mental Health professionals to the unit including Consultant Psychiatrists, Senior Psychiatrists, qualified nurses and Psychologists. Also, our unit had the great opportunity as the Crisis Team is based next door, the inpatient unit is a neighbouring floor and A&E of the General Hospital is within walking distance.

It has been made easier to provide the care as I have been working as a Consultant for the Crisis Team and responsible for A&E department referrals and General Hospital liaison psychiatric service.

As emphasised before this unit has become a popular clinical area for trainees, student doctors and student nurses with very good feedback from them.

Skuteczność i tolerancja neuroleptyków atypowych w leczeniu zaburzeń zachowania u osób z niepełnosprawnością intelektualną

Filip Rybakowski

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

U około 40-50% osób z niepełnosprawnością intelektualną występują zaburzenia zachowania (disruptive behaviors), do których zalicza się m.in. agresję, samookaleczenia, niszczenie przedmiotów. Pomimo stosunkowo niewielu danych dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa, a także braku jasno zdefiniowanych kryteriów odpowiedzi na leczenie u większości takich osób stosuje się farmakoterapię, głównie za pomocą neuroleptyków, w ostatnim czasie coraz częściej tzw. atypowych leków przeciwpsychotycznych. Czynniki takie jak brak odpowiednio przeszkolonego personelu, ograniczenia czasowe oraz obawy o bezpieczeństwo współpacjentów i pracowników powodują, że unika się stosowania oddziaływań psychologicznych, a farmakoterapia prowadzona jest w sposób bezrefleksyjny. Poza oczywistymi wątpliwościami etycznymi, działanie takie naraża pacjentów na ryzyko wystąpienia objawów ubocznych. Do najważniejszych z nich należą objawy pozapiramidowe występujące bezpośrednio po rozpoczęciu leczenia oraz przyrost masy ciała i powikłania metaboliczne będące następstwem długoterminowego podawania leków. Uwzględniając powyższe zastrzeżenia, należy stwierdzić, że zarówno w populacji dziecięco-młodzieżowej, jak i u osób dorosłych z niepełnosprawnością umysłową istnieją sytuacje, w których zastosowanie neuroleptyków atypowych jest uzasadnione, są one skuteczne, a ryzyko wystąpienia objawów ubocznych nie przekracza korzyści związanych z leczeniem.

Circadian rhythmicity and CLOCK genes in ADHD

Johannes Thome

Clinic and Polyclinic of Psychiatry and Psychotherapy, University Rostock, Rostock

Adult patients with ADHD often suffer from a disturbed night-day rhythm and complain about a disturbed sleep pattern. In this clinical study, we have analysed the circadian rhythm in ADHD on the behavioural, endocrine and molecular level using actigraphy, hormone measurements (cortisol, melatonin) and PCR-based quantification of the RNA levels of the CLOCK genes PER2 and BMAL1. We report fundamental disturbances in the circadian rhythm of ADHD patients compared to controls without neuropsychiatric disorders.

Farmakogenetyka leków przeciwdepresyjnych (podsumowanie badania GENDEP)

Joanna Twarowska-Hauser

Department of Psychiatry, Poznan University of Medical Sciences, Poznań

Celem badań farmakogenetycznych jest określenie biologicznych markerów dotyczących klinicznego efektu działania leku, jak i prawdopodobieństwa wystąpienia objawów niepożądanych. Przedmiotem badań farmakogenetycznych jest ocena związku między polimorficznymi wariantami genów a efektem terapii. Najczęściej stosowaną metodą badań jest badanie genów tzw. kandydujących, teoretycznie związanych z odpowiedzią na leczenie. Wieloośrodkowe badanie europejskie GENDEP, obejmowało 800 pacjentów leczonych z rozpoznaniem depresji. Stosowane były w sposób zrandomizowany dwa leki przeciwdepresyjne o różnym mechanizmie działania : escitalopram (układ serotoninergericzny) i nortryptylina (układ noradrenergiczny). Wykazano, że geny układu serotoninergericznego były związane ze skutecznością terapeutyczną escitalopramu, geny układu noradrenergicznego z efektem nortryptyliny, natomiast gen kodujący receptor glikokortykoidowy, neurotrofinę BDNF z efektem działania obu leków. W niniejszym badaniu wskazano też na warianty genów związanych z ryzykiem wystąpienia u pacjentów objawów niepożądanych (GNB3- zaburzenia snu, przyrost masy ciała- w trakcie leczenia nortryptyliną). Analizowano też związek wariantów genów z ryzykiem wystąpienia myśli samobójczych (BDNF, NTRK) i zaburzeń seksualnych. W badaniu asocjacyjnym całego genomu (GWAS) wskazano na znaczenie wariantów genów kodujących interleukinę (IL1). W przyszłości zastosowanie genetycznych markerów może być przydatne w praktyce klinicznej lekarza psychiatry.

ICD-11: czy zmiany klasyfikacji wpłyną na nasz sposób leczenia?

Jacek Wciórka

I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Nowa międzynarodowa klasyfikacja zaburzeń psychicznych będzie ponownie częścią nowej międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-11. Cała ICD-11 spodziewana jest w roku 2015 i zapewne później, w nieodległym czasie zostanie ogłoszona jej rozbudowana część dotycząca zaburzeń psychicznych. Proces przygotowania jest w toku. Online dostępny jest obecnie projekt ICD-11 w wersji alfa (<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>) do przeglądania i komentowania. W przyszłym roku ma być opublikowany projekt wersji beta. Prace nad ICD-10 prowadzone są przez WHO – w części psychiatrycznej przy współudziale kilkunastu organizacji profesjonalnych, czynnych w opiece psychiatrycznej. Jednym z elementów tych działań była globalna ankieta WPA postaw psychiatrów wobec rozwiązań ICD-10, pod kątem propozycji do ICD-11. Te techniczne zabiegi nad formą i układem ICD-11 toczą się na tle niezwykle interesującej dyskusji nad koncepcją i zasadami klasyfikowania zaburzeń psychicznych. Dyskutowane są m. in. problemy: (1) podejścia do ujmowania i definiowania zaburzeń psychicznych (kategorie czy wymiary?), (2) wartości klas diagnostycznych (rzetelność ? trafność? użyteczności kliniczna?), ich układu (osi?) i hierarchii diagnostycznej, (3) możliwości powiązania klasyfikacji z aktualnymi osiągnięciami neurobiologii (nowy paradygmat?), (4) nowego pogrupowania (metastruktury) klas diagnostycznych, (4) perspektyw harmonizacji między ICD-11 a DSM-5, (5) wpływu interesów i wartości zaangażowanych w proces przygotowań na rezultaty tworzenia i wykorzystania klasyfikacji. Szkieletując opisane tło procesu przygotowania nowej wersji ICD warto zastanowić się czy nowa klasyfikacja zapowiada jakieś istotne zmiany dla praktyki klinicznej – jakie stawia pytania, jakich można spodziewać się korzyści i trudności, czy w jakiś sposób wpłynie na jakość decyzji i propozycji terapeutycznych. Wydaje się że aktualny etap prac nie pozwala jeszcze na zbyt wiele odpowiedzi, ale stawiając już teraz pytania będziemy prawdopodobnie lepiej przygotowani do śledzenia dalszego ich przebiegu, i przystąpienia do jej wdrażania z większą świadomością i bardziej dojrzałym krytycyzmem.

Management of mania and mixed episodes in bipolar I disorder

Allan Young

Chair of Psychiatry and Director of the Institute for Mental Health, Imperial College, London, W6 8RP, UK

Bipolar disorders are complex cyclical mood disorders which feature distinct sustained periods of mood elevation, and cause significant mortality and morbidity.

The presence of mania is the basis for a diagnosis of bipolar I disorder. However, bipolar I disorder is frequently misdiagnosed when mania and depression occur together as mixed episodes. Consequently, patients may be initiated on therapies that are inappropriate, such as treatment with antidepressants, which may not only delay successful treatment of initial episodes but, in some cases, may intensify manic symptoms, reduce quality of life, and increase the risk of suicide. Therefore, early and accurate diagnosis of manic and mixed episodes of bipolar I disorder is essential to ensure that the correct treatment is received. Bipolar I disorder treatment should involve implementing strategies that achieve remission of symptoms of acute manic and/or depressive episodes, as well as long-term maintenance treatment that optimises social and occupational functioning and prevents relapse.

Despite important recent advances in the therapy of bipolar I disorder, a substantial number of individuals do not fully recover with available treatments, experiencing treatment-resistant symptoms and poor functioning.

Successful treatment may be further hindered by poor treatment adherence due to intrinsic disease symptoms (e.g., poor insight and cognitive deficits), problems with intolerable side effects (such as weight gain and renal complications), and the use of numerous concomitant medications. To optimise the opportunity for patients to adhere to treatment over the short- and long-term there must be a balance in terms of efficacy and tolerability, to maximise patient benefit and minimise the risk of adverse effects.

Exercise helps depression: Neurobiology

Rashid Zaman¹, J Matharoo², M Jemni², A Jimenez²

¹Dept. of Psychiatry, Addenbrooke's Hospital, University of Cambridge, UK, SEPT

²Dept. of Life and Sport Science, School of Science, University of Greenwich, UK

Clinical depression is the most prevalent psychiatric disorder affecting mankind (Kessler et al. 1993). It is a leading cause of disability (WHO, 2004) with huge economic burden which is projected to reach €118 billion in the Europe (Valladares et al. 2009).

Clinically depressed patients often lack of motivation, which makes it much harder to deliver an effective exercise programme. Is antidepressant the sole solution?

Beneficial effects of exercise on depression have been explored for number of years and some studies have found significant reductions in the severity of depression (Dunn et al. 2005; Singh et al. 2005). However, most of these studies failed to show the neurobiological basis of how exercise helps depression.

Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) is a neurotrophin associated with the survival of neurons in the brain circuits that are involved in the regulation emotion, memory, learning, sleep and appetite (Duman et al 2000)

The literature suggests that low level of Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF) is associated with atrophy of the limbic structures and mood disorders (Hashimoto et al. 2004, Erickson et al 2011).

Exercise has been shown to increase the secretion of BDNF at the mRNA and protein levels in the rodent hippocampus suggesting potential benefits in the depression treatment (Cotman & Berchtold 2002). However, there is no general consensus on what type of exercise is the most beneficial. It is also suggested that antidepressants act by increasing the levels of BDNF (Krishnan & Nestler 2008; Sen et al 2008). Other argue that low levels of peripheral BDNF is a state characteristic of depression and that increase in its serum level occurs with some antidepressants and does not reflect changes in the severity of depression (Molendijk et al 2010).

Evidence suggests that brain level of BDNF is likely to be useful biomarker, reflecting beneficial effects of antidepressant or exercise or a combination of both in the treatment of clinical depression. However, measuring brain BDNF levels is technically more difficult and not always practical. However, given that the preclinical work has shown good correlation between cortical and peripheral levels of BDNF, the assumption that peripheral BDNF reflects levels of brain BDNF may not be completely inaccurate (Klein et al 2010). Nevertheless, since neurons (though the largest) are not the only source of BDNF, and the BDNF levels do vary with age, sex, and the level of fitness as well as other factors, better studies will need to control for these.

Most studies have not explored an important issue of lack of motivation in those with clinical depression, nor good solutions for this has been found, which is likely to have significant impact on the delivery of exercise programme as useful and practical additional treatment.

We are currently designing such study, which will address such issues.

Students' session

EEG Biofeedback as a part of complex therapy of a patient with post-traumatic cerebraesthesia - a case study

Agnieszka Bratek, Julia Beil, Anna Bocheńska, Agata Sidło
Śląski Uniwersytet Medyczny, Koło Naukowe przy Klinice Psychiatrii i Psychoterapii, Katowice

Introduction: EEG Biofeedback is a technique that enables the recognition and modification of the bioelectrical activity of the brain which can be used to improve the patient's concentration, control of impulses and reduce disturbance of emotions.

Aim of the study: The aim of this research is to show the case of the patient with post-traumatic cerebraesthesia who was treated with a combination of both pharmacotherapy (tianeptine) and neurotherapy using mainly EEG BF in the bilateral module training SMR/beta + beta/theta.

Material and methods: This research is based on a case history of a patient with an implantable cardioverter-defibrillator (ICD) who suffered from blood circulation obstruction caused by catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia. Due to a transient cerebral hypoxia the patient later showed symptoms of posttraumatic cerebraesthesia: problems with concentration, short-term memory and depressive symptoms.

Results: The therapy resulted in increasing of the SMR and beta potential as well as the stabilization of the cognitive dysfunction and emotional disorders.

Conclusions: EEG Biofeedback is a useful and effective technique and can be also used in therapy of the patients with posttraumatic cerebraesthesia.

Anxiety disorders and depression in Multiple Sclerosis (MS) - a comparison of two clinical cases

Aleksandra Bednarz, Ksenia Kosteczko
Śląski Uniwersytet Medyczny, Koło Naukowe przy Klinice Psychiatrii i Psychoterapii, Katowice

Anxiety is distress or uneasiness of mind caused by fear of danger or misfortune. Depression is a state of low mood and aversion to activity, it may include feeling of sadness, emptiness, hopelessness, guilt or restlessness. Multiple Sclerosis (MS) is an inflammatory disease of the central nervous system. Demyelination is recognized as a basic process of disease. The variety and unpredictability of the course of the disease leads to decreased quality of life as well as various psychological reactions, including anxiety disorders and depression. A 55-years-old women with a 10 years history of MS was admitted to the psychiatric ward with anxiety, unjustified fear of the future, memory deterioration, weeping and debility in pleasure sensation. The patient suffer has a right side hemiparesis and sight disorder. She walks using support. During hospitalization were ran several neuropsychological tests. Tests and examination allowed to reach the diagnosis of organic anxiety disorder. The second patient is a 51-years-old men with 25 years history of MS was admitted to the psychiatric ward with low mood, low self-esteem, problems with concentration, loss of interest for a few years. His main problem is mental disorders. The patient suffer from stiffness of muscle, sometimes he has a little problems with walking but he moves by yourself. Patient's symptoms indicate on depression. Patients were treated with psychotherapy. The cases show that MS can have a different course. The first patient has a dominance of motion disorders, while second has a dominance of mental disorders. There also is a serious need in differentiation anxiety disorders with depression. The exact diagnosis allow to deal better with symptoms of MS and get better quality of the patients life.

Mental illness in the opinion of young people - a questionnaire study

Eliza Górniak¹, Karolina Furczyk², Maksymilian Gajda³, Rafał Skowronek⁴
¹ZOZ MSWiA, Koło Naukowe przy Klinice Psychiatrii i Psychoterapii, SUM, Katowice, Katowice
²Zespół Szpitali Miejskich, Chorzów
³Szpital Specjalistyczny, Dąbrowa Górnicza
⁴Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2, Jastrzębie-Zdrój

Background: The stigmatizing of the mentally ill is quite common and has numerous social and economical consequences for these individuals.

Objective: The aim of this paper was to examine the young peoples' beliefs regarding the mentally disordered.

Methods: The authors' questionnaire regarding the interviewees' age, gender, social background and their opinions on the mentally ill was conducted among a popular portal's users.

Results: 11900 people were questioned, including 71% women. 30% of the interviewees were under the age of 19, while 34% of them were between 19 and 24 years old and 36% were over 24. 39% of the interviewees stated they closely knew at least one mentally ill person. 44% of the questioned believed a lot of the crime offenders were mentally ill. 66% of interviewees would not mind sharing a flat with a mentally disordered person, 64% would agree to work with one. Those who personally knew a mentally disordered person were more inclined to share a flat or start a relationship with such an individual, than the rest of the interviewed (51% vs. 37% for flat sharing and 38% vs. 26% for starting a relationship, $p < 0,001$). More questioned under the age of 19 believed that significant number of the crime offenders were mentally ill, than those over the age of 24 (50% vs. 37%, $p < 0,001$).

Conclusions: According to the acquired data, many young Poles believe the mentally disordered are inclined to break the law and behave aggressively. These opinions seem to be related amongst others to age and gender, and they result in unwillingness to have relations with the mentally disordered.

Depression, anxiety and coping with stress in the course of multiple sclerosis treatment. A case study

Irena Grudzińska, Zuzanna Konarska
Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii, Warszawa

Patients with multiple sclerosis experience many neurological and psychiatric symptoms. Among latter ones anxiety and depression are most common. Early assessment of patients' emotional state is more important than in healthy people, because depression can make disabilities connected with MS even more severe. Depression, if detected early, can be treated immediately using antidepressants and psychotherapy, helping person with MS to cope with disabilities caused by their primary disease. This case study presents changes in mood, anxiety, and coping with stress of young woman with MS participating in clinical trials of new MS treatment.

Severity of depression diminished in the course of MS therapy. Anxiety and use of avoidance coping strategy did not decrease with the mood improvement.

Bipolar Disorder, Migraine and Epilepsy - A Shared Pathogenesis?

Jonathon Holland¹, Richard Doughty², Mark Agius², Rashid Zaman²

¹University of Cambridge School of Clinical Medicine, Cambridge

²South Essex Partnership University Foundation NHS Trust, Bedford

Psychiatric co-morbidity may help us characterise related pathological processes. Bipolar, migraine and epilepsy disorders are often co-morbid and share a number of features. These may enable us to learn more about the neurobiology of these conditions and in particular common pathways in their development.

Depressive disorders and severity of uneasiness and anxiety in women with pregnancy complications in the context of personality variables

gnieszka Kowal

Katedra i Klinika Psychiatrii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1, Lublin

The aim of the study was to evaluate the prevalence of depressive disorders and severity of uneasiness and anxiety in women with pregnancy complications in the context of personality variables.

The study included 30 women with normal pregnancies and 92 women with pregnancy complications.

Results and conclusions:

1. Women with pregnancy complications are characterized by higher severity of symptoms of dysthymia, anxiety and latent uneasiness than women with normal pregnancies.
2. Women with pregnancy complications with depression are characterized by a significantly higher severity of anxiety, overt and latent uneasiness than women with pregnancy complications without depression.
3. Women with pregnancy complications suffering from depression significantly more often than women with pregnancy complications without depression use ineffective, maladaptive methods of coping with stress.
4. Women with pregnancy complications suffering from depression, compared to women with pregnancy complications without depression, are characterized by a more negative self-esteem; greater difficulties in establishing friendly interpersonal relations; a tendency towards self-debasement; searching for punishment, suffering and disease; worse adaptive abilities; a greater proneness to criticize others; lower spontaneity; and lower responsibility, autonomy and tolerance of frustration.
5. The best predictors of depression in women with pregnancy complications are maladaptive methods of coping with stress (self-pity, escaping from problems), a negative self-image, self-hostility, an increased need for self-debasement, dependence and abandonment of life goals and tasks.

Evaluation of coercive measures at the Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Rostock, Germany

Anna-Lena Niemann, Ivo Marx, Johannes Thome

Universität Rostock, Rostock, Germany

In psychiatric wards, coercive measures such as mechanical restraints are commonly used procedures to protect the safety of staff or patients. Even though these measures may appear inevitable in many instances, they still represent a restriction of freedom and a limitation of the affected person's individual rights. On that account, coercive measures should only be used as last resort. In order to reduce coercive measures in our department, we founded a working group which at a first step conducts a systematic survey of coercive measures that have been carried out between 2006 and 2010. Currently, we are evaluating fixation protocols together with medical records in order to determine frequency, duration and kind of mechanical restraints, as well as restraint indications. Furthermore, differences in the application of mechanical restraints depending

on patient variables such as diagnosis, age and gender are being analyzed. Preliminary data from the period of 2006 until 2007 on 257 fixation protocols show that about 60% of the mechanical restraints were applied to male patients. The most frequent diagnoses in patients who were restrained were mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10-F19) (36%) and schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-F29) (31%), followed by organic, including symptomatic, mental disorders (F00-F09) (16%). These findings are in line with a higher percentage of male patients among involuntary placements and a high prevalence of schizophrenia spectrum disorders and substance use disorders in involuntarily placed patients across several European countries (Keski-Valkama, 2010; Salize et al., 2002). The number of restraints was relatively balanced across age groups, with slightly higher rates in the age group of 41 – 50 years. Mechanical restraints were most frequently applied for 12 – 24 hours. In the majority of cases, zero (79%) to one (11%) defixations were done, and the typical defixation duration was 38,9 minutes. Fixation duration for patients with schizophrenia spectrum disorders in our department (17.3 hours) was a third as long as in Switzerland (52.8 hours), but nearly double as high as in German hospitals participating in the “Project of prevention of violence and coercion in psychiatry” (9.3 hours) (Martin et al., 2007). Integrating our results into a broader context, there is need for a comparison of treatment settings and treatment practices with other national and international hospitals which might help to further reduce number and duration of mechanical restraints in order to further improve therapy commitment and thereby longitudinal therapeutic success.

Sex differences in cognitive task performances after repeated administration of MDMA

*Marketa Mertlova, Vera Bubenikova-Valesova
Prague Psychiatric Center, Prague*

One of the most commonly abused drugs is 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA; ecstasy). MDMA leads to serotonin (5-hydroxytryptamine; 5-HT) neurotoxicity and has been linked to cognitive impairments.

The aim of this study is to present the effect of a repeated 4-day administration of MDMA (5mg/kg s.c.) on cognitive tasks in rats as well as the influence of sex hormones on the pharmacokinetics and behaviour after the long-term administration of MDMA. The estrogen and progesterone were given for the last 3 days to the ovariectomized female rats. Wistar rats performed two different cognitive tests: Novel Object Recognition Test (NORT) and Passive Avoidance Task (PAT). NORT measures the exploration of novel versus familiar objects, which is a component of recognition memory and concentration. A one-trial PAT assesses a rat's short-term and long-term memory by measuring the time taken for the subject to move from a white compartment to a black compartment.

MDMA increases spontaneous exploratory activity of a novel object, depending on the dose. MDMA does not disrupt recognition memory of either sex. However, OVXE and OVXP rats sought the novel object for a significantly longer time than OVX rats.

An effect of MDMA in male rats did not impair performance on the PAT. On the contrary, all OVX, OVXE, OVXP female rats were found to worsen the results on the PAT. Female rats given MDMA returned more often to the dark compartment than the control group. This effect was found both 90 minutes and 24 hours after the administration of the shock, which suggests the inhibition of both short-term and long-term memory.

We assume that MDMA did not influence the memory of male rats in either of our behaviour tests but decreased learning of passive avoidance in female rats.

Quantifying grey matter alterations in Alzheimer's Disease

Heather Reynolds

University of Cambridge, Great Britain, Cambridge

An investigation into a new, non-invasive analysis technique developed in the Imaging Sciences and Biomedical Engineering Department of The University of Manchester, to see whether it shows sensitivity in revealing and quantifying microscopic cortical grey matter alterations in Early Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment.

Sensor-based monitoring of behavioral disturbances in Alzheimer's disease - a novel biomarker of disease

*Susanne Schubert¹, André Hoffmeyer², Alexandra Bauer³, Johannes Thome³, Thomas Kirste⁴, Stefan Teipel⁵,
Stefan Teipel⁵*

¹Department of Psychiatry, University of Rostock, Rostock, Germany

²German Center of Neurodegenerative Diseases Rostock/ Greifswald

³Department of Psychiatry, University of Rostock

⁴Department of Informatics, University of Rostock

⁵Department of Psychiatry, University of Rostock, German Center of Neurodegenerative Diseases Rostock/ Greifswald

Objective: Alzheimer's disease (AD) leads to significant changes in the temporal structure of activities. Disruption of circadian-rhythm and repetitive motion behaviors are symptoms of AD which have a large impact on quality of life of patients and caregivers. We develop a new method that aims to establish the temporal structure of everyday motion behavior as new biomarker for the behavioral phenotype of AD. This biomarker will be significant to predict the onset of abnormal behavior and monitor the efficacy of treatment.

Method: We intend to include n=20 couples (40 subjects) at level I and n=20 couples (40 subjects) at level II, living in the community. Within each couple one partner is cognitively healthy and one partner is diagnosed with AD. At this point level I includes n= 17 couples (34 subjects) and 17 additional cognitively healthy subjects and level II n= 10 couples (20 subjects). At level I we map the structure of motion behavior of participants. Visiting them in domesticity we recorded three days of continuous motion data from each subject using an ankle-mounted 3-axis accelerometric sensor, sampling at a frequency of 50 Hz. The inter-frame correlations are captured by Hidden Markov Models (HMM) that use frame features as observations. For classification, data are split in training and test-data and two HMMs are built. One based on AD, the other one based on non-AD data. Classification of a test subject as "AD" or "non-AD" is based on comparing the likelihoods of the subjects data with respect to both HMMs. At Level II we additionally collect CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) data to analyze the correlation between behavioral assessment and sensor based monitoring. With this approach we aim to model the interaction between higher order features of motion behavior and clinical behavioral status.

Results: A preliminary performance analysis of this method in n=47 subjects, including 15 couples from the study cohort showed an accuracy of 0.72. In absolute numbers, 11 of 15 AD subjects were correctly labeled "AD". As a result from level II, correlation between MMSE and CMAI was significant with $r = -0,6848$, $p < 0.05$.

Conclusion: The results obtained from level I show that analysis of motion behavior using an HMM is significantly better than a labeling based on only quantitative features movement behavior. This finding suggests that disorganization of the temporal structure of motion behavior occurs in a relevant subset of AD patients even before the onset of clinically detectable signs of abnormal behavior. This leads us to conclude that our method may provide a new biomarker to characterize the behavioral phenotype of AD and enables an early intervention in order to delay the manifestation of symptoms and to reduce the need of institutionalized care.

Fatal lamotrigine intoxication – case report and review

Rafał Skowronek¹, Anna Skowronek², Rafał Celiński³, Czesław Chowaniec³

¹Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2, Jastrzębie-Zdrój

²Szpital Miejski, Żory

³Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej SUM w Katowicach, Katowice

Lamotrigine (LTG) is a new generation anticonvulsant drug, which also found application as mood stabilizer in the treatment of bipolar affective disorder. Intoxications with this substance, especially fatal intoxications, occur extremely rare. As a result of LTG overdose, most often we observe: skin changes, sleepiness, nausea, vomiting, ataxia, diplopia and vertiges. In more serious intoxications there may appear: muscle tremors, dyskinesia, coma, convulsions and respiratory system disturbances.

In this lecture, a case of fatal, suicidal intoxication with lamotrigine was presented. Available medicolegal opinion and results of toxicological research of secured biological material, conducted in the Department of Forensic Medicine and Forensic Toxicology, Medical University of Silesia in Katowice were analyzed. Additionally, metabolism of lamotrigine and possible interactions with other drugs and xenobiotics were presented.

Lamotrigine, from December 16, 2010, according to ordinance of the Polish Ministry of Health, is reimbursed drug for the patients with diagnosis of bipolar affective disorder. Widening of indications for use of drug and introduction of its reimbursing are generally positive, because are related with wider availability of the drug for patients and improvement of the therapy' efficacy. However, we should remember, that wider availability of the drug is reflected in more frequently occurrence of side effects and adverse drug reactions. Among mentally ill patients, using of lamotrigine as a poison for suicidal purposes is real danger.

Are psychiatrists aggressive? - questionnaire analysis

Anna Szczegielniak, Anna Skowronek, Ewa Dębska, Katarzyna Wydra, Przemysław Frey

Wydział Lekarski SUM w Katowicach, Koło Naukowe przy Klinice Psychiatrii i Psychoterapii, Katowice

Aggression is known as a behaviour aimed to make physical or psychological damage directed towards oneself or another person. It is a reaction caused by long-term discomfort in the workplace, school or family home. aggression among physicians and aimed at them, rarely is an object of research. The aim of the study was the assessment of aggression in the workplace and the level of aggression among psychiatrists depending on the workplace, substance use and job seniority. 131 psychiatrists, participating in a training-scientific conference, were examined. 9 persons, taking psychotropic medication, were excluded. We used author's own questionnaire assessing intensity of negative emotions and also Buss Perry aggression questionnaire. Recruited to the study were: 56 physicians working in psychiatric hospitals, 30 - in multispecialist and 39 - only in clinics. an average age equals 43.10±9.48 years and job seniority – 15.76±10.09. In comparison with physicians from clinics, physicians from hospitals are significantly more exposed to physical and verbal aggression. 44 physicians admitted alcohol drinking. In this group a higher level of anger than in teetotaller's group was shown (19.22 vs 15.47). An influence of the occurrence of negative emotions in relationships with workfriends on the general level of aggression among physicians was also found. Similarly, negative emotions occurring in relations with patients, positively correlate with general level of psychiatrists' aggression. Fortunately, with aging the intensity of most of the mentioned emotions decreases.

Neurocognitive functioning among HIV-infected patients treated with antiretroviral therapy

Bogna Szymańska

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

Objective: The study was aimed at a preliminary assessment of cognitive function in patients with HIV infection treated with antiretroviral drugs, at the Regional Infectious Diseases Hospital in Warsaw. Methods: From Sept. 2010 to Mar. 2011 were examined selected 46 (K=8, M=38) HIV-infected patients treated with ARV. We evaluated neuropsychological functions and analyzed the relationship of cognitive functioning on age, type of HIV transmission, HIV/HCV and existence conditions. The study uses the NP function tests: MMSE, TUS, WAIS-R (PL) Repeating digits, RFFT. Because of the heterogeneous group in the statistical analysis used non-parametric tests. Results: In analysis of age, the patients were divided into 3 equal groups (<34 years, 35- 42, 42 <) in which the NP test results were statistically insignificant. The groups highlighted due to the route of transmission (IDU/MSM), significant differences were always in favor of patients MSM: TUS (U=315; p=0.006), WAIS (U=325; p=0.008), RFFT (U=337,5; p=0.003). The greatest differentiation of NP observed in subjects with HIV/HCV. Patients with HIV/HCV slowly worked in the test TUS (U = 399; p = 0.02), repeat sequences rarely in the WAIS (U = 346.5; p = 0.03) and showed a weaker action strategy (RFFT) compared those without HCV (U = 343.5; p = 0.04). In all tests, NP better results were recorded for persons who have the appropriate conditions of existence (work, family) and it was statistical significant. Conclusions: Older HIV patients treated with ARV have cognitive functioning at the similar level as a younger ones. Drug users obtained lower scores on cognitive and executive functioning. In domain of memory, attention, perception, planning and monitoring, worse results were obtained in patients co-infected HIV/HCV.

MultiFamily Work in an Inpatient Setting

Ruth Wightman

University of Cambridge Clinical School, Cambridge

An overview of the formal and informal interactions between families when resident on a child psychiatric inpatient unit. This presentation looks at the possible therapeutic benefit of these interactions, as well as discussing their potentially harmful side effects.

Case Report of a Patient with Epilepsy, Migraine and Bipolar Disorder

Catherine Zhang

University of Cambridge Clinical School, Cambridge

Bipolar disorder; migraines and epilepsy are three conditions well described in the literature to be co-morbid conditions. Similar disease chronology; pharmacological treatment and genetics suggest a common aetiology. Here, we present a middle-aged gentleman who was seen in the psychiatric outpatient department of a district general hospital, presenting with all three conditions. Few patients have been described to be co-morbid with all three illnesses. This case therefore illustrates the clinical correlation of a possible common pathogenesis.

Proposed study of EEG spectral coherence as a diagnostic tool in chronic fatigue syndrome

Leonardo Zullo

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Kosice, Slovakia

Background: The diagnosing process in CFS is very complicated and it may be even more difficult to recognize a CFS patient from a clinically depressed patient. Previous studies show the involvement of the central nervous system and one study shows the ability of recognizing these patients through the EEG.

Aims: The study will investigate the possibility of using the spectral coherence to recognise CFS patients, and furthermore the ability of distinguish them from the depressed patients.

Method: The study will take place in the 1st Dept. of Psychiatry, University of P.J.Safarik, Faculty of Medicine, Kosice, Slovakia. Patients with both CFS and Depression will be selected through a questionnaire, face-to-face interview and a psychiatric assessment. Those with exclusion criteria's for CFS will be excluded from the study, while the rest will be divided by age and sex. A further division will take place between medicated and unmedicated patients. All of the selected patients will undergo EEG, and the spectral coherence will be calculated after artefact removal on a 10-factor discriminant function model, which has showed to be accurate in a previous study.

The changes of needs and emotional bonds between a child an adolescent mother or a mature women during a pregnancy

Martyna Żelazkowska

APS, Warszawa

The aim of the study was to examine changes of needs and emotional bonds between a child and adolescent mothers or mature women in the first, second and third trimesters of their pregnancy. The study group included patients of gynecological surgery in Olsztyn. These were adolescent mothers who were 15-19 years old and mature women who were 30-35 years old and were pregnant for the first time. In a study two research tools were used: A test called: "the list of adjectives ACL" and questionnaire called "a bond with your baby during a pregnancy". Empirical studies have confirmed the truth of the adopted hypotheses. Researches assumed that women's age and the duration of pregnancy has an impact on changing needs and emotional bond with the child. Studies have shown that mature women have stronger needs for achievement, dominance, endurance, order, planning and organization of their own actions, understanding themselves and others, caring and affiliation than adolescent mothers. On the other hand the adolescent mothers have a stronger need for independence and a higher need for humiliating than mature women. Analysis of the results of the research showed that mature women have stronger emotional bond with the child than adolescent mothers.

Warsztaty - Workshops

Przymus leczenia w jadłowstręcie psychicznym

Jacek Bomba¹, Maciej Pilecki²

¹Katedra Psychiatrii Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

²Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii UJCM, Kraków

Chociaż wiele przemawia za niejednorodnością jadłowstrętu psychicznego uważa się, że jest to zaburzenie o znacznym ryzyku poważnych komplikacji somatycznych, a nawet śmierci (do 20%). Śmierć z wyniszczenia jest przewidywalna, a symptomy jej zbliżania się śledzić można na wiele tygodni przed zejściem śmiertelnym. W wielu wypadkach regułą jest, iż pacjentki zaprzeczają problemowi, nie widzą potrzeby leczenia, lub nie mogą i nie chcą zatrzymać spadku masy ciała lub doprowadzić do jej przyrostu. Często osoby chorujące na jadłowstręt psychiczny nie wyrażają zgody na leczenie, lub też wyrażają ją warunkowo, zgadzając się na np. psychoterapię, nie zgadzając się na jakiegokolwiek formy restytucji wagi.

Zajmujący się leczeniem zaburzeń odżywiania klinicyści motywowani ideą skuteczności interwencji i zasadą ratowania życia stają wobec konieczności stosowania lub przynajmniej rozważania stosowania niektórych procedur bez zgody pacjentek. Do najczęstszych interwencji należą w tym względzie:

- współudział w pilnowaniu i zmuszaniu do jedzenia przez rodziców,
- przyjęcie do szpitala bez zgody,
- pilnowanie przy jedzeniu,
- karmienie wbrew woli sondą lub parenteralnie,
- uzależnienia przywilejów od spełnienia oczekiwań członków personelu co do odżywiania się.

Najtrudniejszym zagadnieniem związanym z niekorzystnym przebiegiem terapii jest podjęcie decyzji o hospitalizacji wbrew woli. W różnych ośrodkach w Polsce istnieje w tym względzie różna czasami krańcowo odmienna praktyka interpretacyjna niejednoznacznej w tym względzie ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego

Zagadnienia te związane są z szeregiem dylematów natury klinicznej prawnej i etycznej. Zostaną one omówione podczas warsztatu.

Nagle i powoli rozwijające się zaburzenia pamięci - prezentacje przypadków

Agnieszka Gorzkowska

Klinika Neurologii SUM, SP CSK, Katowice

Zaburzenia pamięci są jednym z najczęstszych problemów, z którymi spotykają się lekarze w codziennej praktyce neurologicznej i psychiatrycznej. Wczesne prawidłowe rozpoznanie zaburzeń pamięci jest niezmiernie istotne w związku z możliwością podjęcia właściwej terapii i określenia rokowania. W pierwszym etapie postępowanie diagnostyczne powinno zmierzać do odróżnienia chorych z subiektywnymi lub łagodnymi zaburzeniami pamięci od pacjentów z zespołami otępiennymi (jak choroba Alzheimera, otępienie czołowo-skroniowe, otępienie z ciałami Lewy'ego), chorobami mózgu, chorobami ogólnoustrojowymi, uzależnieniami itp. W przypadku rozpoznania otępienia kolejnym etapem jest ustalenie jego etiologii i rozpoznanie właściwej jednostki chorobowej.

Warsztat zawiera prezentacje przypadków nagłych i powoli rozwijających się zespołów zaburzeń pamięci wraz ze wskazówkami w zakresie diagnostyki różnicowej i terapii.

Terapie neurostymulacyjne w lekoopornych depresjach

Robert T. Hese

Oddział Kliniczny Psychiatrii SUM, Tarnowskie Góry

Okolo 30-40 % chorych leczonych z powodu depresji wykazuje oporność na farmakoterapię. Wymieniono najczęstsze przyczyny tego zjawiska. Zwrócono uwagę na najnowsze, przełomowe hipotezy dotyczące roli astrocytów w odpowiedzi na farmakoterapię depresji i zjawiska lekooporności. Dokonano przeglądu biologicznych i nefarmakologicznych metod leczenia chorych z depresją, gdy zawiodły leki. Omówiono najważniejsze terapie neuromodulacyjne (neurostymulacyjne), takie jak; powtarzalna, wysokoczęstotliwa, przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (repetitive rapid rate transcranial magnetic stimulation- rTMS, stymulacja nerwu błędnego (nervus vagus stimulation- NVS, oraz magnetowstrząsy (magnetoconvulsive therapy-MCT). Wspomniano również o elektrowstrząsach (EW) i ich pozycji we współczesnej terapii psychiatrycznej.

Pomiędzy wiarą a nauką - zniewolenie duszy czy zaburzenia dysocjacyjne?

Joanna Hyrnik¹, Ireneusz Jelonek¹, Małgorzata Janas-Kozik², Aleksandra Barabasz³

¹Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowego Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, Sosnowiec

²Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowego Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, Katowice

³Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Katowice

Zniewolenie przez Szatana, inaczej Złego, to w ujęciu teologicznym opętanie, czyli zespół psychopatologiczny z kategorii zaburzeń dysocjacyjnych. Wg. ICD 10(1992r) opętanie i trans należą do zaburzeń dysocjacyjnych. Kontekst kulturowy powoduje pojawienie się dodatkowych wątpliwości, które każdy psychiatra rozważa przy spotkaniu z pacjentem przekonany o zniewoleniu czy opętaniu. Współcześnie psychiatria nastawiona jest na dialog z wartościami religijnymi, doceniając ich pozytywny wpływ na stan psychiczny pacjentów. Równocześnie wiadomo jednak, że fundamentalne, dewocyjne traktowanie religii przez ważne dla jednostki, zwłaszcza dzieci, osoby może przyczynić się do ukształtowania osobowości nieprawidłowej.

Podczas warsztatu autorzy przedyskutują wpływ i znaczenie udziału wierzeń religijnych w powstawaniu objawów psychopatologicznych w postaci zaburzeń dysocjacyjnych i somatyzacyjnych, czego ilustrację kliniczną stanowić będzie przypadek 16 letniej pacjentki. Dziewczynka hospitalizowana była w Oddziale Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowego Centrum Psychiatrii w Sosnowcu, dokąd skierowana została z Regionalnego Ośrodka Ostrego Zatrucia, gdzie trafiła po zażyciu leków. Istotnym jest, że w ciągu 2 lat poprzedzających hospitalizację, była poddawana egzorcyzmom z powodu „zniewolenia przez złego”.

Zaburzenia borderline - powrót do przyszłości

Marcin Jabłoński¹, Sławomir Murawiec²

¹Centrum Zdrowia Psychicznego, Oddział Psychiatrii Szpital im. L. Rydygiera, Kraków

²Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Warsztat dotyczy problematyki zaburzeń z pogranicza. Wstęp do warsztatu poświęcony będzie charakterystyce pojęcia pogranicza oraz aktualnego spojrzenia na jego miejsce w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych. W trakcie interaktywnego spotkania uczestnicy przeanalizują przypadek kliniczny pacjentki borderline w kontekście metodologii i zasadności rozpoznania borderline z perspektywy klasycznej - psychodynamicznej oraz medycznej - nozologicznej – ICD-10. Uczestnicy zastanowią się nad optymalnym postępowaniem diagnostycznym i terapeutycznym w realiach organizacyjnych polskiego systemu opieki psychiatrycznej. Warsztat będzie służył refleksji nad rolą psychiatrycznej pomocy doraźnej, hospitalizacji w oddziale całodobowym, możliwością pracy terapeutycznej w ramach kontraktu z NFZ.

Anorexia Nervosa w dialogu...

Małgorzata Janas-Kozik¹, Marta Nowak², Agnieszka Gawęda², Joanna Hyrnik², Ireneusz Jelonek²

¹Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Katowice

²Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Sosnowiec

Co oznacza słowo anorexia? An – pozbawienie, brak; Orexis – apetyt, pożądanie. Anorexia Nervosa – brak apetytu, co sugeruje błędnie, iż najważniejszym problemem w tym zaburzeniu jest utrata apetytu, łaknienia. Intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością mimo utrzymującej się rzeczywistej niedowagi należy uznać za pierwotne kryterium anoreksji psychicznej. Hilda Bruch (1987) zauważyła, że zaabsorbowanie jedzeniem i wagą jest stosunkowo późnym przejawem koncepcji Ja, Self. Pacjentki cierpiące na jadłowstręt psychiczny są przekonane, że są bezsilne i bezużyteczne. Minuchin opisał rodziny anorektyczne jako splątane bez granic osobistych i międzypokoleniowych. Palazzoli potwierdziła, że dziewczęta chorujące na jadłowstręt psychiczny nie potrafią oddzielić się od swoich matek, nie są w stanie doświadczać stabilnego poczucia własnego ciała. Boris (1984) zauważył, iż anoreksja może być rozpatrywana jako skrajny mechanizm obronny – pragnienie oralne jest niedopuszczalne, więc chora radzi sobie z nim poprzez projekcję. Zachłanna, niezaspokojona reprezentacja self jest ulokowana w rodzicach. Chora nie je – rodzice ją pilnują! Bromberg (2001) sugeruje, iż chore na jadłowstręt psychiczny używają mechanizmu dysocjacji, gdyż nie potrafią regulować samodzielnie stanów afektywnych. Jednym z najistotniejszych elementów w terapii tych pacjentek jest fakt, która ze stron w diadzie terapeutycznej kontroluje pragnienia. Prowadząc dialog z chorą cierpiącą na jadłowstręt psychiczny należy pamiętać, aby (wg Glen O. Gabbard, 2009):

1. Unikać zbytniego zaangażowania w zmianę zachowań związanych z jedzeniem
2. Unikać interpretacji w początkowej fazie terapii
3. Śledzić rozważnie proces przeciwprzeniesienia
4. Analizować zniekształcenia poznawcze.

Pacjent psychotyczny w Racjonalnej Terapii Zachowania

Agnieszka Kałwa

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Warsztat dotyczy zastosowania Racjonalnej Terapii Zachowania (RTZ) w pracy z przekonaniami, emocjami i zachowaniami pacjentów psychotycznych. Uczestnicy zostaną wprowadzeni w podstawy RTZ i sposoby jej wykorzystania, które znajdują zastosowanie w pracy z pacjentami z doświadczeniem psychozy.

Racjonalna Terapia Zachowania (RTZ) to krótkoterminowy system poznawczo-behawioralnej pracy z przekonaniami i związanych z nimi emocjami oraz zachowaniami stworzony przez M.C. Maultsby'ego. RTZ jest oparta na teoriach uczenia się oraz zgodna z aktualną wiedzą dotyczącą funkcjonowania ludzkiego mózgu. Zakłada, że zmiana niepożądanych uczuć i zachowań jest możliwa wtedy, gdy zmianie ulega sposób myślenia danej osoby. Celem RTZ jest nauka umiejętności samopomocy w sytuacjach trudnych emocjonalnie. W Polsce RTZ jest znana przede wszystkim jako element Programu Simontona - systemu pomocy terapeutycznej dla osób chorych onkologicznie, możliwości jej stosowania są jednak znacznie bardziej uniwersalne. RTZ znajduje zastosowanie w pracy terapeutycznej z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne, w tym z pacjentami psychotycznymi. Techniki są łatwe do opanowania, możliwe do stosowania w codziennej pomocy w oddziale psychiatrycznym lub ambulatorium, zarówno w interwencji kryzysowej, jak i w psychoterapii. Ich elementy mogą być wykorzystane w terapii indywidualnej i grupowej.

Wybór leku normotymicznego dla pacjenta z chorobą afektywną dwubiegunową

Iwona Koszewska

Specjalistyczna Indywidualna Praktyka Lekarska, Warszawa

Znajomość najnowszych standardów leczenia jest niezbędna w codziennej praktyce lekarskiej. Dokonując wyboru leku normotymicznego dla pacjenta z chorobą afektywną dwubiegunową kierujemy się wieloma aspektami klinicznymi, z których najważniejsze to: przeciwwskazania, interakcje z innymi lekami, dotychczasowa skuteczność. Warsztaty mają na celu poszerzenie wiedzy praktycznej potrzebnej do właściwego wyboru i stosowania leków normotymicznych w codziennej praktyce lekarskiej.

Nowe metody pomiarów behawioralnych i neurofizjologicznych wskaźników w diagnostyce ADHD – aktometria, QEEG, potencjały związane ze zdarzeniem, test ciągłego wykonywania

Robert Kozłowski

Biomed Centrum Rehabilitacji Poznawczej i Neuroterapii, Wrocław

Nowe technologie mogą istotnie wspomagać diagnostykę nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Pozwalają ocenić wskaźniki behawioralne odnoszące się do ruchliwości, uwagi i impulsywności. Dzięki badaniom nad endofenotypami dane te można także analizować w kontekście neurofizjologicznych markerów ADHD. Warsztat omawia metody rejestracji i interpretacji wyników uzyskanych metodą aktometrii (skanowanie całego ciała), oraz ilościowego EEG i potencjałów związanych ze zdarzeniem (ERP).

Disulfiram tabletki do implantacji – przydatność w leczeniu wspomagającym uzależnienia od alkoholu?

Irena Krupka-Matuszczyk

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Katowice

Disulfiram (100mg tabletki do implantacji) jest produktem przeznaczonym dla wybranych i współpracujących pacjentów z zastosowaniem odpowiedniego leczenia wspomagającego-taki opis zawiera charakterystyka produktu leczniczego jakim jest disulfiram. Lek przygotowany jest do wszczepienia podpowięziowo rozmieszczając gwiazdziście 8 do 10 tabletek, pobranych z oryginalnie jałowo zapakowanej fiolki. Cztery badania z użyciem implantów disulfiramu kontrolowane placebo nie różniły się między sobą, ale odsetek utrzymujących abstynencję w obu grupach był wysoki poprzez działanie sugestywne farmakologiczne. Należy jednak zwrócić uwagę, iż disulfiramu w implantach nie ma w standardach leczenia uzależnienia od alkoholu. Lekarz i pacjent sami dokonują wyboru.

Cyberpsychologia w pracy psychiatry i psychologa

Agata Leśnicka

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

Wstęp: Cyberpsychologia jest dziedziną nauki, która zajmuje się tym, jaki wpływ na poziomie psychologicznym wywiera korzystanie przez człowieka z nowych technologii, szczególnie internetu.

Cel: Celem warsztatu jest zapoznanie jego uczestników z podstawowymi zagadnieniami z zakresu cyberpsychologii istotnymi z punktu widzenia praktyki klinicznej. Szczególna uwaga zostanie poświęcona zjawiskom:

- cyberprzemocy, w tym także przemocy seksualnej stosowanej za pośrednictwem internetu przez dorosłych w stosunku do dzieci (vide zjawisko groomingu) i ich konsekwencjom prawnym i psychologicznym;
- cyberseksowi, czyli „uprawianiu seksu przez internet” i wpływowi korzystania z nowoczesnych technologii na seksualność człowieka dorosłego;
- cyberterapii, czyli „psychoterapii przez internet”, w szczególności zagadnieniom etycznym poradnictwa zapośredniczonego przez internet oraz weryfikacji kwalifikacji takich osób;
- społecznościom internetowym i ich wpływowi ich istnienia na praktykę lekarską;
- etycznym i metodologicznym aspektem prowadzenia badań naukowych za pośrednictwem internetu

Terapia poznawczo-behawioralna pacjentów z zaburzeniami odżywiania

*Katarzyna Markowska-Regulska
Szpital Kliniczny nr 5, Poznań*

W trakcie warsztatu zostaną przedstawione podstawowe założenia i formy terapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń odżywiania. Omówimy strukturę i celowość zastosowania Treningu Usprawniania Poznawczego. Na podstawie konkretnego przypadku stworzymy wstępną konceptualizację pacjentki oraz zaplanujemy przebieg terapii.

Jak wspierać rodziny osób chorych na zaburzenie odżywiania – prezentacja Zintegrowanego Programu Leczenia Zaburzeń Odżywiania w Centrum Psychologiczno- Medycznym MABOR

Katarzyna Mędrzycka¹, Agnieszka Orzechowska²

¹*Mabor - Centrum Psychologiczno- Medyczne, Warszawa*

²*Mabor - Centrum Psychologiczno- Medyczne; Szpital Bielański, Warszawa*

Celem warsztatu jest przedstawienie programu leczenia realizowanego w Centrum Psychologiczno-Medycznym MABOR w Warszawie. Z doświadczenia leczenia osób chorych na zaburzenie odżywiania widać, że pomoc jest potrzebna nie tylko chorej osobie, ale całej rodzinie i/lub bliskim. Terapia indywidualna przynosi lepsze efekty, gdy oddziaływaniom poddawany jest cały system rodzinny.

Warsztat ma przybliżyć jak można pomagać rodzinom, a także z jakimi problemami spotyka się osoba pomagająca rodzinom. W trakcie warsztatu zaprezentujemy fragment programu dla rodziców.

Schizofrenia powrót do przyszłości

Sławomir Murawiec¹, Marcin Jabłoński²

¹*Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa*

²*Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera, Kraków*

Idea powrotu do przyszłości zawarta w tytule warsztatu ma służyć jako wskazówka co do umiejscowienia wiedzy na temat schizofrenii w kontekście dorobku europejskiej i polskiej myśli psychiatrycznej na temat schizofrenii (to powrót), ale także w kontekście najnowszej wiedzy neurobiologicznej na temat tego zaburzenia (to przyszłość). W obrębie aktualnej praktyki opartej na obowiązujących systemach klasyfikacyjnych schizofrenia jest zredukowana do listy objawów – w przeważającej mierze objawów psychotycznych. Psychopatology opisujący schizofrenię w tradycji europejskiej (i polskiej) przed czasami obecnych klasyfikacji psychiatrycznych, nie wskazywali, że taka lub inna cecha jest charakterystyczna dla schizofrenii. Nie używali koncepcji objawów, symptomów w taki sposób, jak są one używane obecnie w podejściach zoperacjonalizowanych. Koncepcja schizofrenii oparta była w tradycji europejskiej na

całościowym obrazie klinicznym, który zawiera w sobie poszczególne elementy i stanowi o jej istocie. Były to: discordance – dysonans, niezgodność, rozszczępienie -niezgodność pomiędzy i wewnątrz zakresów i treści świadomości, niejednorodność świadomości, intrapychiczna ataksja, autyzm. Na poziomie struktury subiektywności - niestabilność przeżywania z własnej perspektywy, osłabione poczucie własnego istnienia, nadmierna refleksyjność (prze-teoretyzowanie), obniżone osadzenie w rzeczywistości, zmiany sposobu przeżywania czasu, zmiany sposobu przeżywania ciała, zmiany w przeżywaniu przestrzeni intersubiektywnej. [1] Były to cechy bardziej podstawowe, dotyczące sposobu przeżywania siebie przez jednostkę oraz sposobu jej kontaktu ze światem, a nie wyłącznie listy objawów.

Aktualnie intrygującym kontekstem badań nad schizofrenia, który może być powiązany z wyżej opisanym obrazem, są badania nad gamma oscylacją w schizofrenii (γ oscylacja =30-100HZ). Zaburzenia synchronii neuronalnej są przez niektórych uważane za patofizjologiczną cechę schizofrenii. Te deficyty mogą leżeć u podłoża niezdolności mózgu do integrowania informacji i poprzez to wielu objawów i deficytów w tej chorobie. Wykazano ich powiązanie z omamami, dezorganizacją, zaburzeniami myślenia i zaburzeniami uwagi. Zsynchronizowana czasowo oscylacja obwodów neuronalnych pomiędzy różnymi obszarami mózgu może być mechanizmem wspierającym integrację jego pracy. Jeśli różne lokalne i bardziej odległe obszary mózgu „nie pracują na tej samej fali” może to przyczyniać się do dezintegracji funkcji mózgu/umysłu obserwowanej w schizofrenii.

Warsztat będzie zilustrowany 2 przykładami pacjentów, które pokażą, o jak różnych chorobach mówimy w zależności od tego jakie podejście wybieramy - fenomenologiczne- zredukowane do kryteriów diagnostycznych z klasyfikacji ICD/DSM czy klasyczne - kliniczne z opisem psychopatologii, analizą treści urojeń, oraz ujawnieniem kontekstu rodzinnego analizowanych pacjentów.

1.Parnas J.: A disappearing heritage; the clinical core of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 2011, doi: 10.1093/schbul/sbr081

2.Woo T-U.W., Spencer K., McCarley W. : Gamma oscillation deficits and the onset and early progression of schizophrenia. Harv Rev Psychiatry, 2010, May/June 173-179

Rola jakości więzi i modelu deficytu w powstawaniu zaburzeń zachowania - praca na przypadkach

*Marta Nowak, Agnieszka Gawęda, Małgorzata Janas-Kozik, Ireneusz Jelonek
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, Sosnowiec*

Celem warsztatu jest przedstawienie znaczenia jakości więzi oraz wynikającego z określonych stylów przywiązania deficytu emocjonalnego dla jakości tworzenia relacji interpersonalnych, funkcjonowania społecznego oraz podejmowanych zachowań będących objawem psychopatologii.

Zadaniem autorek będzie zwrócenie szczególnej uwagi na znaczenie zaburzeń więzi dla kształtowania się nieprawidłowych wzorców zachowań i ich konsekwencji dla dalszego rozwoju i funkcjonowania, czego efektem jest rozwój zaburzeń zachowania.

Warsztat będzie obejmował część teoretyczną dotyczącą modeli rozumienia etiologii zaburzeń zachowania oraz analizę przypadków.

Prezentowane przypadki dotyczyć będą pacjentów dziecięcych i młodzieżowych z diagnozą różnych typów zaburzeń zachowania oraz będą analizowane w oparciu o model pracy w Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego w Centrum Pediatrii w Sosnowcu.

Kiedy i jaka farmakoterapia w zaburzeniach nerwicowych

Jakub Paliga

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii ŚUM, Katowice

Warsztat ma być próbą odpowiedzi na pytanie o miejsce farmakoterapii w leczeniu zaburzeń nerwicowych. Przedstawiona zostaną wskazania do leczenia farmakologicznego, jego etapy, zalety i ograniczenia. Spróbuję zminimalizować opozycję farmakoterapia/psychoterapia.

Genogram projekcyjny

Maciej Pilecki

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM, Kraków

Genogram projekcyjny jest metodą poznania nieuświadomionych aspektów przeżywania własnej historii rodzinnej. Uczestnicy warsztatu będą mieli możliwość wykonania własnego Genogramu projekcyjnego.

Nadgniła od środka - błędna diagnoza czy cud terapeutyczny?

Agnieszka Rubinowska

Prywatna Praktyka Lekarska Agnieszka Rubinowska, Kraków

Chcę przedstawić bardzo ciekawą pacjentkę M. lat 26 oraz proces jej terapii, który zakończył się pomyślnie.

Terapia ta pokazuje, w jaki sposób problemy emocjonalne zamieniają się w objawy psychopatologiczne i jak - poprzez uświadomienie sobie nieświadomego - człowiek uzyskuje kontrolę nad swoim życiem. Myślę, że praca ta będzie ciekawa także dla nie psychoterapeutów. Na pierwszej sesji dowiedziałam się, że M. od 4 lat leczy się psychiatrycznie. Ma problem z alkoholem, wcześniej z amfetaminą, miała epizod psychotyczny. Od 14 r.ż. samouszkodza się. Ma tatuaże na prawie całym ciele. Zawsze miała myśli samobójcze. Związki z mężczyznami zrywała. Ma 7-miesięczną córkę. W ciąży miała gestozę, potem cięcie cesarskie i depresję poporodową. Miewa myśli, żeby zabić dziecko, a potem siebie. Jej matka powiesiła się w domu, kiedy M. miała 18 lat. Śmierć matki przyjęła z radością. Wcześniej matka miała 3 próby samobójcze. Była alkoholiczką, zdradzała ojca. Kiedyś M. myślała, żeby ją zabić, wzięła nóż, ale bała się więzienia.

Ojca nigdy nie było w domu. Dla dzieci był wymagający i nie sposób było go zadowolić. Relacje między rodzicami były wrogie, ojciec uważał matkę za złą kobietę, a dzieci za „dzieci złej kobiety”. M. czuła się odrzucona, mieszkała w „emocjonalnej międzyludzkiej pustce”. M. boi się bezbronności, bo ktoś odgryzie jej głowę. Boi się duchów, wampirów, zombi. Od zawsze ciągnie ją na cmentarz. M. dokonywała kradzieży i aktów wandalizmu. Nie umie nikomu zaufać. Cały świat jest zły. Obawia się, że jej nie zrozumie, zwłaszcza tego, że się tnie, że wierzy w duchy, że coś ją ciągnie na cmentarz. Być może boi się dotrzeć do tych rzeczy, które ma ukryte w sobie. W wyniku terapii M. przestała się ciąć, pić, palić, narkotyzować się. Podjęła pracę, pogodziła się z sobą i życiem.

Strategie terapeutyczne w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych ze szczególnym uwzględnieniem lamotryginy

Lukasz Święcicki

II Klinika Psychiatryczna IPiN, Warszawa

Stosowanie leków normotymicznych jest podstawową i najważniejszą metodą postępowania terapeutycznego w chorobie afektywnej dwubiegunowej. Leki normotymiczne różnią się między sobą pod względem skuteczności przeciwdziałania poszczególnym fazom choroby – część leków jest skuteczniejsza w leczeniu i zapobieganiu manii, część jest podobnie skuteczna w obu fazach, jedynie nieliczne są

szczególnie skuteczne w leczeniu i zapobieganiu depresji. Szczególnym przykładem takiego leku jest lamotrygina. Stosowana z zachowaniem zasad bezpieczeństwa lamotrygina jest również lekiem bezpiecznym i dobrze tolerowanym. Może być stosowana w skojarzeniu z innymi lekami normotymicznymi, choć łączenie z walproinianami oraz karbamazepiną wymaga odpowiedniego dostosowania dawki lamotryginy – w pierwszym przypadku obniżenia, w drugim zwiększenia.

Rola psychoedukacji rodziny w leczeniu pacjenta po kryzysie psychiatrycznym

Agnieszka Warchał
NZOZ Feniks, Katowice

Doświadczenie psychiatrii środowiskowej (ang. community psychiatry) pokazuje, jak ważny w leczeniu pacjenta jest kontakt z jego rodziną, która nie tylko stanowi źródło wiedzy o pacjencie, ale także podstawową pomoc w jego leczeniu. Niezależnie od etapu leczenia, postępu terapeutycznego, pacjent powraca do swojego naturalnego środowiska, który przede wszystkim stanowi system rodzinny. Psychoedukacja rodziny pacjenta ma na celu pomoc rodzinie w radzeniu sobie z zaburzonym i często stresującym zachowaniem pacjenta, ale przede wszystkim pomoc rodzinie w redukowaniu ryzyka nawrotu choroby.

Celem warsztatu jest zwrócenie uwagi na psychoedukację rodziny pacjenta jako ważny element leczenia w psychiatrii środowiskowej. Uczestnicy warsztatu będą mieli okazję zapoznać się z formami psychoedukacji rodziny, jej roli w leczeniu pacjenta, a także zastanowić się nad trudnościami jakie może nieść za sobą kontakt z rodziną pacjenta.

Osoba prowadząca: Agnieszka Warchał, psycholog, psychoterapeuta, biegły sądowy, trener, wykładowca.

Egzorcysta i psychiatria

Michał Woliński
Proboszcz w Paniówkach, Egzorcysta diecezjalny archidiecezji katowickiej, Katowice

Posługa egzorcysty w Kościele katolickim jest związana z samą istotą misji ewangelizacyjnej i była sprawowana od samego początku działalności Kościoła. Egzorcyzm to prośba Kościoła o uwolnienie od działania złego ducha. Mówimy o egzorcyzmach gdy Kościół publicznie i na mocy swojej władzy prosi w imię Jezusa Chrystusa, by jakaś osoba lub przedmiot były strzeżone od napaści Złego i wolne od jego panowania (por. KKK, 2850-4). Sprawowanie egzorcyzmów nad opętanymi mocą specjalnego i wyraźnego zezwolenia powierza biskup diecezjalny jedynie k a p ł a n o w i specjalnie przygotowanemu do tego zadania. W przypadku jakiegokolwiek ingerencji uważanej za diabelską, egzorcysta ma obowiązek zachować niezbędną oraz posuniętą do maksimum ostrożność i roztropność, aby właściwie ocenić, czy ma się do czynienia z faktycznym działaniem demonicznym czy chorobą psychiczną. W tym miejscu otwiera się przestrzeń niezbędnej współpracy pomiędzy egzorcystą a służbą zdrowia, w tym szczególnie ważną pomocą specjalistów z zakresu psychiatrii. Pacjent cierpiący na jakąkolwiek dolegliwość ma prawo prosić o pomoc i oczekiwać na konkretną i kompetentną pomoc. Jeżeli problem jest natury demonicznej nie skuteczna jest terapia psychosomatyczna. Jeżeli sytuacja cierpiącego jest złożona i występuje jednocześnie zniewolenie demoniczne (obsesja, opresja, opętanie) i choroba psychiczna, to pomoc powinna przyjść ze strony Kościoła i jednocześnie ze strony medycyny (psychoterapia, psychiatria). Gdy egzorcysta jest przekonany o problemie psychicznym pacjenta udziela mu pomocy w formie duchowego wsparcia – modlitwy i zachęty do podjęcia specjalistycznego leczenia w ośrodkach służby zdrowia. Największym zagrożeniem dla człowieka na narażenie się na zniewolenie demoniczne jest okultyzm i inne praktyki czerpania wiedzy i mocy z kręgu ezoteryzmu. Również niektóre formy terapii uznawanej przez psychiatrię za pomocne w leczeniu okazują się poważnym zagrożeniem dla dobra pacjenta (Joga, NLP, Techniki Umysłowe, Wizualizacja, Hipnoza, Homeopatia).

Techniki pomocnicze w psychoterapii osób z zaburzeniami odżywiania

Katarzyna Wyrzykowska¹, Magdalena Rozenfeld²

¹Mabor Centrum Psychologiczno-Medyczne, Warszawa

²Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, MABOR, Warszawa

Zdobyte przez nas doświadczenie w toku lat pracy z osobami z zaburzeniami odżywiania wskazuje wyraźnie, że stosowanie różnych pozawerbalnych technik terapeutycznych jest działaniem poprawiającym skuteczność tychże pacjentów. Wśród wspomnianych wyżej technik na szczególną uwagę zasługują techniki ruchowe jak psychogimnastyka, wizualizacja, techniki psychodramatyczne oraz psychorysunek. Techniki te, z jednej strony pozwalają na lepszy kontakt z ciałem, a z drugiej dają możliwość zrozumienia siebie dzięki projekcji i odzwierciedleniu (przy wykorzystaniu obrazu, gestu czy drugiej osoby). W warsztacie zaprezentowany zostanie materiał kliniczny pochodzący z pracy indywidualnej i grupowej z osobami z zaburzeniami odżywiania w Mabor Centrum Psychologiczno-Medycznym w Warszawie. Pacjentki były przyjmowane w ramach Zintegrowanego Programu Leczenia Zaburzeń Odżywiania w tejże placówce. Uczestnicy będą mogli zobaczyć przykładowe ćwiczenia wykorzystywane w pracy indywidualnej i grupowej oraz będą mieli możliwość wspólnego przeanalizowania zaprezentowanego materiału.

Przymus, a zaufanie w leczeniu psychiatrycznym

Maria Załuska

IV Klinika Psychiatrii IPIN w Szpitalu Bielańskim, Warszawa

Zaufanie jako podstawa współdziałania stało się przedmiotem wzmożonego zainteresowania socjologii ostatnich dziesięcioleci. Zaufanie, normy i powiązania ludzi między sobą stanowią kapitał społeczny istotny dla społecznego działania i osiągnięcia pożądanых celów.

Jednym z takich celów indywidualnych i zbiorowych, jest zachowanie i przywracanie zdrowia. Ochrona zdrowia należy do praw człowieka, ale jest również przedmiotem odpowiedzialności i społecznych zobowiązań. Dlatego prawo dopuszcza, nie tylko w psychiatrii, postępowanie przymusowe dotyczące zdrowia.

Stosowanie przymusu w leczeniu psychiatrycznym jest uregulowane w Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego UOOZP. Jego uzasadnieniem jest zobowiązanie państwa do ochrony zdrowia i życia obywateli - zagrożonego na skutek czyjejś choroby psychicznej, a z drugiej strony zobowiązanie do dbania o zdrowie tych, którzy sami z siebie do tego nie są zdolni.

Leczenie psychiatryczne bez zgody chorego wiąże się z antynomią pomiędzy prawem do ochrony zdrowia i prawem do samostanowienia. Dlatego decyzja w tej sprawie jest oddana w ręce niezależnej instancji - sądu.

Stosowanie przymusu bezpośredniego przy przyjęciu do szpitala jest przejawem skrajnego kryzysu zaufania, może być też dla pacjenta zdarzeniem traumatycznym i źródłem zaburzeń związanych ze stresem.

Leczenie poszpitalne natomiast wymaga zaufania i współpracy pacjenta i terapeuty. Dlatego ważny jest proces odbudowy zaufania pomiędzy pacjentem i personelem, umożliwiający pacjentowi zaakceptowanie leczenia. W ramach warsztatu zostaną omówione dwa przypadki obrazujące ten proces u pacjentek przyjętych do szpitala na podstawie art. 23 i na podst. art. 29 UOOZP

Postery - Posters

Zespół maniakalny w przebiegu substytucyjnej terapii hormonalnej - opis przypadku

*Jan Brykalski, Maria Załuska
IV Klinika Psychiatrii IPiN w Szpitalu Bielańskim, Warszawa*

Występowanie zaburzeń psychotycznych i afektywnych u niektórych pacjentów leczonych sterydami jest faktem znanym, mniej wiadomo na temat czynników sprzyjających wystąpieniu tych zaburzeń, możliwości ich profilaktyki i zasadach terapii.

Opis przypadku: 38-letnia kobieta - w wywiadzie wieloletnia niedoczynność tarczycy i kory nadnerczy, hormonalne leczenie substytucyjne, przebyty epizod depresyjny - została przyjęta do oddziału psychiatrii z powodu narastającego od kilku dni pobudzenia psychoruchowego, rozkojarzenia toku myślenia, chwiejności afektywnej. U pacjentki stwierdzono hiponatremię, którą wyrównywano, zredukowano dawki preparatów hormonalnych, podawano kwas walproinowy i haloperidol, który wkrótce odstawiono z powodu objawów pozapiramidowych. Uzyskano szybką poprawę stanu psychicznego. Pacjentkę wypisano bez objawów zaburzeń psychicznych z zaleceniem przyjmowania kwasu walproinowego 1000mg/dz.

Komentarz:, Na wystąpienie objawów zaburzeń psychicznych u pacjentki mogła mieć wpływ nie tylko sterydoterapia, ale także towarzysząca hiponatremia i podawane hormony tarczycy. Przebyty epizod depresji zwraca uwagę na potrzebę różnicowania współwystępowania CHAD. Nasilenie pobudzenia pacjentki, wymagające leczenia psychotropowego, nie pozwoliło zweryfikować hipotezy, że w zaburzeniach posterydowych wystarczy sama redukcja dawki preparatów hormonalnych. Przypadek zwraca uwagę na ryzyko powikłania sterydoterapii, także substytucyjnej ostrymi zaburzeniami psychicznymi i na konieczność zwracania uwagi na dodatkowe czynniki ryzyka tych zaburzeń (wywiad zaburzeń psychicznych u pacjenta i w rodzinie, towarzyszące choroby somatyczne i zaburzenia metaboliczne).

Psychiatria a medycyna sądowa. Część 2 – wiktymologia i psychopatologia sądowa

Czesław Chowaniec¹, Władysław Nasilowski¹, Rafał Skowronek², Anna Skowronek³

¹Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej SUM, Katowice

²Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2, Jastrzębie-Zdrój

³Szpital Miejski, Żory

Psychiatrię, psychologię i medycynę sądową łączą nie tylko związki historyczne, ale także wciąż wspólne obszary i podmiot zainteresowań – sprawca i ofiara przestępstwa. W obecnym kształcie medycyna sądowa przybiera coraz bardziej charakter medycyny prawnej, stąd usamodzielnienie psychologii sądowej i psychiatrii sądowej. W medycynie sądowej wybitnie rozwinęła się zwłaszcza wiktymologia – nauka stojąca na granicy psychologii stosowanej, badająca ofiary przestępstw z ukierunkowaniem na motywację działania sprawców, a więc wchodząca często w orbitę wspólnych badań z kryminologią, kryminalistyką i psychopatologią.

Do standardowych kwestii wiktymologicznych rozpatrywanych w każdym badaniu medyczno-sądowym należy różnicowanie: czy obrażenia zostały zadane ręką obcą, czy powstały w drodze samouszkodzeń, czy też były wynikiem zdarzenia losowego. Do podstawowych pytań, które mogą być ukierunkowane wiktymologicznie należą badania identyfikacyjne narzędzia, ocena mechanizmu urazu, okoliczności w jakich doszło do zdarzenia, zachowanie sprawcy/ów i ofiary, elementy stygmatyzacji seksualnej z ukierunkowaniem na zboczenia seksualne lub inne działania popędowe. Rozszerzenie badań medyczno-sądowych o analizę wiktymologiczną pozwala na szerszą ocenę zdarzenia, przede wszystkim w odniesieniu do motywów i psychologicznej sylwetki sprawcy. Badania wiktymologiczne uzupełnione analizą psychopatologiczną mogą w medycynie sądowej odegrać istotną rolę diagnostyczną, ważną także dla wymiaru prawa i profilaktyki społecznej. W niniejszej pracy przedstawiono problematykę medyczno-sądową

i psychopatologiczną na przykładzie spraw zabójstw seryjnych dokonanych na tle wypaczonych działań popędowych-seksualnych, badanych w Katedrze Medycyny Sądowej ówczesnej Śląskiej Akademii Medycznej.

Odmienność w opiece psychiatrycznej nad pacjentem - podejrzanym/oskarżonym

Urszula Cieślak¹, Małgorzata Opio², Anna Walczyna-Leśko²

¹Szpital Kliniczny, Warszawa

²Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Pacjent - podejrzan/oskarżony poddawany badaniu sądowo-psychiatrycznemu wymaga uwzględnienia występowania czynników sytuacyjnych, które modyfikują obraz psychopatologiczny.

Niedocenianie wpływu czynników reaktywnych na przebieg i dynamikę procesu chorobowego wiąże się z występowaniem trudności w trakcie diagnostyki, co znajduje odzwierciedlenie w wielokrotnym poddawaniu podejrzanych lub oskarżonych badaniom sądowo-psychiatrycznym. W czasie stawiania rozpoznania należy uwzględnić czynnik reaktywny związany z postawieniem zarzutu opiniowanemu, grożącej mu kary, odizolowanie w warunkach zakładu karnego.

Opiniowani w tej sytuacji często przyjmują postawę obronną.

Modyfikowanie obrazu psychopatologicznego przez czynnik reaktywny powinno również być uwzględniane w czasie leczenia opiniowanego. W trakcie postępowania sądowego może być konieczne poddanie pacjenta-podejrzanego/oskarżonego psychoterapii umożliwiającej mu stawienie czoła zarzutom, grożącej karze. Tym samym może się to przyczynić do skrócenia postępowania sądowego, jak również nie poddawania wielokrotnym badaniom sądowo-psychiatrycznym.

Powody zawierania małżeństwa przez osoby z rozpoznaniem choroby psychicznej

Urszula Cieślak¹, Małgorzata Opio², Anna Walczyna-Leśko², Małgorzata Luks²

¹Szpital Kliniczny, Warszawa

²Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Celem pracy analiza motywacji zawierania związków małżeńskich przez osoby chore psychicznie na podstawie wybranego przykładu opinii sądowo-psychiatrycznej. Małżeństwo – związek między osobami będący instytucją społeczną i zazwyczaj wiążący osoby emocjonalnie, ekonomicznie i prawnie. Małżeństwo stanowi najczęściej podstawę rodziny. Oceniając zdolność prawną osoby chorej psychicznie lub/i upośledzonej umysłowo należy poddać ocenie wpływ zaburzenia czynności psychicznych na trwałość związku małżeńskiego oraz na zdolność do posiadania i wychowania dzieci.

Sam fakt stwierdzenia choroby psychicznej lub/i upośledzenia umysłowego nie jest jednoznaczny z niemożnością zawarcia przez nią związku małżeńskiego.

Ocena jakości życia osób uzależnionych od alkoholu: leczonych szpitalnie lub bezdomnych

Damian Czarnecki¹, Michał Danek², Edward Jacek Gorzelańczyk³, Marcin Ziółkowski⁴

¹Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego UMK w Toruniu CM w Bydgoszczy, Bydgoszcz

²Szpital im. dr A. Jurasza, Bydgoszcz

³Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., CM UMK w Toruniu, Instytut Filozofii UKW w Bydgoszczy, Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu, Bydgoszcz

⁴Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego UMK w Toruniu CM w Bydgoszczy, NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., Bydgoszcz

Ocena jakości życia nabiera tym większego znaczenia, im bardziej choroba oraz sytuacja pacjenta wpływają na powstanie dysfunkcji w wielu obszarach funkcjonowania, co często ma miejsce u osób uzależnionych od alkoholu, w tym bezdomnych. Celem badań była ocena jakości życia pacjentów leczonych stacjonarnie odwykowo lub osób bezdomnych „trzeźwych alkoholików” przebywających w placówkach dla osób bezdomnych. Badanie wykonano u 70 chorych leczonych z powodu zza w Oddziale Leczenia Uzależnień Kliniki Psychiatrii w Bydgoszczy oraz u 30 mężczyzn bezdomnych, uzależnionych od alkoholu, przebywających w hostelu w Łodzi lub schronisku w Bydgoszczy. Do oceny jakości życia użyto skali SF-36. Ocena punktacji skali SF-36 wykazała, że chorzy leczeni szpitalnie mieli znacznie niższą w porównaniu do normy dla populacji USA punktację skal: MH (śr. 55,7) i MCS (śr. 38,4) a osoby bezdomne skal: BP (śr. 60,4), GH (śr. 61,2), MH (śr. 61,2) i MCS (śr. 43,3).

Wnioski:

Osoby bezdomne w większym zakresie obszarów funkcjonowania miały niższą liczbę punktów w skali SF-36 w porównaniu do osób leczonych szpitalnie z powodu zza. Porównanie wyników osób bezdomnych i leczonych szpitalnie wykazało gorsze funkcjonowanie w sferze fizycznej osób bezdomnych a lepsze w sferze psychicznej.

Związek obszarów jakości życia z wybranymi cechami klinicznymi mężczyzn uzależnionych od alkoholu: leczonych stacjonarnie odwykowo lub bezdomnych

Damian Czarnecki¹, Michał Danek², Edward Jacek Gorzelańczyk³, Marcin Ziółkowski⁴

¹Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego UMK w Toruniu CM w Bydgoszczy, Bydgoszcz

²Szpital im. dr A. Jurasza, Bydgoszcz

³Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., CM UMK w Toruniu, Instytut Filozofii UKW w Bydgoszczy, Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu, Bydgoszcz

⁴Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego UMK w Toruniu CM w Bydgoszczy, NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., Bydgoszcz

Uzależnienie od alkoholu związane jest z zaburzeniami mającymi związek z jakością życia.

Celem badań była ocena związków wybranych zmiennych klinicznych z punktacją skali jakości życia SF-36 u pacjentów leczonych stacjonarnie odwykowo lub osób bezdomnych.

Badania przeprowadzono u 70 mężczyzn leczonych odwykowo w Oddziale Leczenia Uzależnień Kliniki Psychiatrii w Bydgoszczy oraz 30 mężczyzn bezdomnych przebywających w placówkach dla osób bezdomnych, w Łodzi lub Bydgoszczy. Stan kliniczny badanych oceniono na podstawie wywiadu oraz skalami SADD, BDI, MMSE, STAI a jakość życia oceniono skalą SF-36. Do analizy wyników zastosowano regresję wielokrotną liniową metodą eliminacji wstecznej.

Wniosek: Jakość życia u osób bezdomnych miała związek z objawami depresji oraz leczeniem somatycznym, u pacjentów leczonych stacjonarnie odwykowo, z odczuwaniem lęku, problemami psychicznymi, somatycznymi i nasileniem zza.

„Bullying” seksualny wśród chłopców i dziewczynek uczniów klas czwartych szkół podstawowych

Monika Dąbkowska¹, Mirosław Dąbkowski²

¹Katedra Pedagogiki Specj., Wydz. Nauk Pedagogicznych, UMK, Toruń

²Katedra i Klinika Psychiatrii Coll. Medicum UMK Toruń, Bydgoszcz

Zachowania seksualne wśród dzieci w wieku prepubertalnym wpisane są w trajektorię rozwojową dziecka, są poddane wpływom kulturowym i środowiska rodzinnego, a na ich fenomenologię wpływają zarówno mechanizmy socjobiologiczne jak i rówieśnicze interakcje wewnątrzgrupowe. W trakcie realizacji Programu Wspólnoty Europejskiej DAPHNE III “Awareness Raising and Prevention on Bullying among Students: Development and Implementation of a School - Based Training Program for Teachers” oszacowano rozpowszechnienie i rodzaju seksualnej przemocy wśród dzieci klas IV szkół podstawowych ze środowisk miejskich i małomiasteczkowych. Wykorzystano kwestionariusz Olweusa oraz wywiady z dziećmi. Ujawniono wysokie rozpowszechnienie zachowań seksualnych związanych z przemocą wśród dzieci badanych, z różnicą istotną statystycznie co do płci oraz pełnionej roli w interakcyjnym zjawisku przemocy (ponad 30 % chłopców wśród sprawców oraz prawie 20 % wśród ofiar przemocy; ponad trzykrotnie mniej wśród dziewczynek sprawców, zaś z kolei ponad dwukrotnie więcej wśród dziewczynek – ofiar). Co więcej, odnotowano też inną odpowiedź na podejmowane zaplanowane i ustrukturalizowane oddziaływania profilaktyczne – które w zakresie zachowań seksualnych okazały się mniej skuteczne, w porównaniu do innych form bullyingu. Zauważone obserwacje rozpatruje się w kategoriach indywidualnego rozwoju psychoseksualnego dziecka, przejścia od etapu autoerotycznego do seksualności w kontekście grupy rówieśniczej; a także wielopoziomowych współzależności pomiędzy rolą seksualności a agresji, zachowań submisyjno-dominacyjnych w hierarchizacji grupy i interakcjach społecznych; znaczenia wpływów kulturowych, wzorców rodzinnych oraz lokalnych zwyczajów uczniowskich i strategii szkoły w radzenia sobie z przemocą.

Strategia wyboru różnych dawek w przypadku przestawiania na leczenie olanzapiną we wstrzyknięciach o przedłużonym uwalnianiu

Holland Detke¹, Janice Carlson¹, Prajakti Kothare¹, Fangyi Zhao¹, Parag Garhyan¹, David McDonnell¹,

Marcin Bugaj²

¹Lilly Research Laboratories, Indiana, Indianapolis

²Dział Medyczny, Eli Lilly Polska Sp. z o.o., Warszawa

Cel: Ocena danych dotyczących występowania nawrotów choroby, pochodzących z badania prowadzonego z zastosowaniem olanzapiny we wstrzyknięciach o przedłużonym uwalnianiu (LAI), w celu ustalenia optymalnej metody zmiany leczenia z terapii olanzapiną w postaci doustnej, minimalizującej ryzyko destabilizacji stanu pacjenta.

Metody: Pacjentów ze schizofrenią ustabilizowanych podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej w dawce wynoszącej 10 (n=475), 15 (n=236) lub 20 mg na dobę (n=353) randomizowano do grupy przestawionej bezpośrednio na leczenie jedną z czterech stałych dawek olanzapiny LAI albo do grupy przyjmującej lek stosowany doustnie w dotychczasowej dawce.

Wyniki: U pacjentów w stabilnym stanie klinicznym przyjmujących olanzapinę w postaci doustnej, których przestawiono na leczenie olanzapiną LAI, wykazano wskaźniki nawrotów choroby podobne jak u pacjentów kontynuujących terapię doustną (z dawki 10 mg/dobę na olanzapinę LAI w dawce 405 mg/4 tyg. [HR=1,03]; z dawki 15 mg/dobę na Olz LAI w dawce 300 mg/2 tyg. [HR=0,68]; z dawki 20 mg/dobę na Olz LAI w dawce 300 mg/2 tyg. [HR=1,13]). Na podstawie symulacji farmakokinetycznych potwierdzono trafność ustalonych schematów zmiany leczenia z olanzapiny doustnej na postać o przedłużonym uwalnianiu (depot). Po upływie 8 tygodni u pacjentów można rozważyć ze wskazań klinicznych zmniejszenie dawki do dawki podtrzymującej.

Wnioski: Jeśli dokonano właściwego wyboru dawki początkowej i dawki podtrzymującej, pacjentów można przestawić z leczenia olanzapiną przyjmowaną doustnie bezpośrednio na olanzapinę LAI bez konieczności suplementacji doustnym lekiem przeciwpsychotycznym.

Ocena stosowania anksjolityków w latach 2008-2010 w województwie śląskim

Anna Gojowy, Anna Krasnodębska, Michał Maśnica, Agata Janoska
Śląski Uniwersytet Medyczny, Koło Naukowe przy Klinice Psychiatrii i Psychoterapii, Katowice

Wstęp: Zaburzenia lękowe są coraz większym problemem naszej cywilizacji. Obecnie najczęściej stosowanymi lekami psychotropowymi są benzodiazepiny. Obserwuje się regularne zwiększenie sprzedaży, zjawiska używania bez wskazań, nadużywania i uzależnienia i uzależnienia również jatrogenne spowodowane nieprzestrzeganiem zasad bezpiecznego leczenia.

Cel pracy: ocena stosowania anksjolityków w województwie śląskim w latach 2008-2010

Materiał i metody: Dane NFZ na temat liczby i wartości recept zrealizowanych w województwie śląskim oraz ośrodków, które te recepty wydają.

Wyniki: Liczba recept zrealizowanych w województwie śląskim w roku 2008 wyniosła 18 354, w roku 2009 17 543 a w pierwszej połowie 2010 6 890. Najwięcej recept wystawiono w 2008, 2009 i 2010r. w powiecie Bielsko-Biała i Częstochowa. Najmniej w 2008 i 2009 w powiatach gliwickim i mysłowickim, a w 2010r. w powiecie Rybnik i Wodzisław.

Wnioski: Liczba recept realizowanych na anksjolityki w kolejnych latach w województwie śląskim zmniejsza się. Najwięcej recept w przeliczeniu na ilość pacjentów przepisują w dalszym ciągu lekarze Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), mniej z Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP). Prawdopodobnie jest to związane z tym, iż pacjenci otrzymujący recepty w ramach świadczeń POZ są stałymi klientami tych placówek, a do PZP uczęszczają tylko w trakcie diagnostyki lub stosunkowo krótko po niej. Znacząco mniejsza jednak nie mogąca ujść uwadze jest liczba recept przepisana przez neurologów i kardiologów, czyli lekarzy którzy często opiekują się pacjentami w ciężkim stanie.

Porównanie temperamentu różnych grup zawodowych oraz jego wpływu na radzenie sobie ze stresem i satysfakcję z wykonywanej pracy

Anna Gojowy, Agata Janoska, Anna Krasnodębska, Michał Maśnica, Julia Beil
Śląski Uniwersytet Medyczny, Koło Naukowe przy Klinice Psychiatrii i Psychoterapii, Katowice

Wstęp: Temperament jest najbardziej trwałym wymiarem osobowości. Według niedawno zwalidowanego kwestionariusza TEMPS-A wyróżniono temperament depresyjny, cyklotymiczny, hipertymiczny, drażliwy i lękowy. Wszystkie wyżej wymienione z wyjątkiem temperamentu hipertymicznego predysponują do wystąpienia zaburzeń psychicznych. Przy pomocy tego badania można przewidzieć skłonność do uzależnień.

Celem pracy była ocena temperamentu różnych grup społecznych. Badanie objęło 7 różnych środowisk, ocenie zostało poddanych 77 osób wśród których znaleźli się studenci studiów medycznych, psychiatry, lekarze innych specjalności, pracownicy socjalni, pracownicy techniczni, pielęgniarki oraz farmaceuci. Spośród nich wyłoniono grupę studentów oraz lekarzy, u których zbadano sposoby radzenia sobie ze stresem, poziom zadowolenia z pracy i zależność tych parametrów od wykazywanego temperamentu.

Materiał i metody: Zbadano 77 osób, w tym 30 mężczyzn i 47 kobiet w wieku od 21 do 60 lat. U badanych wykluczono choroby psychiczne, wszyscy uczestnicy wyrazili zgodę na udział w badaniu. Do oceny temperamentu wykorzystano kwestionariusz TEMPS-A, do oceny stylu radzenia sobie ze stresem zastosowano kwestionariusz COPE, natomiast do oceny poziomu zadowolenia z pracy użyto kwestionariusza minesockiego. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą programu Statistica 90.

Wyniki: Wśród badanych stwierdzono 35 (45,5 %) osób bez określonego temperamentu, 19 (24,6%) osób z temperamentem mieszanym oraz 23 (26,9%) osoby z temperamentem określonym. Pośród osób o określonym temperamencie dominowali hipertymicy (65%). Zaobserwowano wyraźne różnice w poszczególnych grupach badanych i stwierdzono zależność między wykazywanym temperamentem, a poziomem zadowolenia z pracy natomiast nie znaleziono związku między rodzajem temperamentu, a strategią radzenia sobie ze stresem. Wśród lekarzy i studentów medycyny przeważał temperament hipertymiczny co korelowało z ich wysokim poziomem zadowolenia z pracy.

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Krajowego Konsultanta w dziedzinie psychiatrii w sprawie regulacji prawnych dotyczących zawarcia małżeństwa przez osoby z zaburzeniami psychicznymi

Janusz Heitzman¹, Marek Jarema², Inga Markiewicz¹, Anna Pilszyk¹

¹Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN, Warszawa

²III Klinika Psychiatryczna IPiN, Warszawa

Zawieranie małżeństw przez osoby chore psychicznie od zawsze wzbudza kontrowersje. Rodzące się dylematy podyktowane są jednocześnie względami natury etycznej, związanej ze sferą wolności człowieka oraz autonomią jego własnych wyborów, jak i potrzebą ochrony osób chorych psychicznie przed skutkami wchodzenia przez nie w sformalizowane związki, rodzące konsekwencje w sferze nie tylko osobistej, ale i prawnej.

Polski Kodeks rodzinny i opiekuńczy w art. 12 § 1 formułuje zakaz zawierania małżeństwa przez osoby dotknięte chorobą psychiczną lub niedorozwojem umysłowym. Dopiero szczególne okoliczności, tj. sytuacja w której stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu, ani zdrowiu przyszłego potomstwa, jak również brak ubezwłasnowolnienia całkowitego powodują, iż sąd może wyrazić zgodę na zawarcie związku małżeńskiego.

Takie ujęcie problemu przez ustawodawcę oraz ograniczenie wolności wyboru w sferze zawarcia małżeństwa, w kontekście zmiany warunków historyczno – społecznych, obecnego odejścia od idei eugenicznych, wobec kontrowersji wokół samego pojęcia „choroby psychicznej”, a także postępu wiedzy medycznej z zakresu zaburzeń psychicznych wzbudziło żywe dyskusje na płaszczyźnie medycznej i politycznej.

Od zawsze wiadomo, że prawo pozostaje „w tyle” za medycyną, dlatego też Polskie Towarzystwo Psychiatryczne przedstawiło swój punkt widzenia w sprawie regulacji prawnych dotyczących zawarcia małżeństwa przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. W posterze zaprezentowano oficjalne stanowisko PTP i Krajowego Konsultanta w dziedzinie psychiatrii krytycznie odnoszące się do ogólnej normy zakazu.

Intoksykacja litem i złośliwy zespół neuroleptyczny po dołączeniu Aripiprazolu do Olanzapiny

Bertrand Janota¹, Maja Kszczotek², Maria Załuska³

¹Szpital Bielański, Warszawa

²Oddział Psychiatryczny, Szpital Bielański, Warszawa

³Oddział Psychiatryczny i IV Klinika Psychiatrii IPiN w Szpitalu Bielańskim, Warszawa

Olanzapina i aripiprazol to neuroleptyki nowej generacji stosowane w leczeniu schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD). W porównaniu z neuroleptykami klasycznymi cechują się słabszym działaniem antydopaminergicznym i mniejszym ryzykiem powikłań pozapiramidowych. Wykazano też, że są bezpieczne w połączeniu z kwasem walproinowym i litem zwiększając skuteczność leczenia manii. Działają również stabilizująco na nastrój w długoterminowej terapii ChAD.

Prezentowany przypadek dotyczy pacjenta z wieloletnim przebiegiem ChAD, u którego zdiagnozowano obniżenie funkcji poznawczych budzące podejrzenie procesu neurodegeneracyjnego typu

Alzheimerowskiego. Pacjent leczony litem w połączeniu z kwasem walproinowy został przyjęty do oddziału z powodu nasilonych objawów zespołu maniakalnego. Z powodu nieskuteczności dołączonej do leczenia olanzapiny (20 mg/24h), dodano aripiprazol (15 mg/24h), redukując stopniowo dawki olanzapiny.

Po 3 tygodniach u chorego wystąpiły objawy intoksykacji litem, którego stężenie mimo niezmienionej dawki wzrosło powyżej górnej granicy przedziału terapeutycznego.

Po odstawieniu litu objawy intoksykacji ustąpiły. Jednak po kilku tygodniach podawania aripiprazolu z kwasem walproinowym u pacjenta wystąpiły objawy złośliwego zespołu neuroleptycznego (ZZN). W piśmiennictwie spotkaliśmy opis przypadku ZZN u pacjenta leczonego litem z aripiprazolem, oraz u pacjenta z upośledzeniem umysłowym u którego do olanzapiny dołączono aripiprazol. Na tle cynowego piśmiennictwa opisany przez nas przypadek, potwierdza zwiększone ryzyko toksycznych interakcji litu i neuroleptyków nowej generacji.

Zastosowanie wybranych metod psychologicznych w diagnozie – klinicznej i różnicowej – utrwalonych zespołów urojeniowych. Analiza przypadku

Adam Jaskólski

Oddział Psychiatryczny, Szpital Miejski, Ruda Śląska

Analiza wybranych metod psychodiagnostycznych w diagnozie klinicznej (objawowej) oraz różnicowej utrwalonych zaburzeń urojeniowych na podstawie analizy przypadku klinicznego. Pacjent lat 52, hospitalizowany na oddziale ogólnopsychiatrycznym w Rudzie Śląskiej, po uprzedniej interwencji PR oraz policji, w okresie od 10.03.2011r. do 15.04.2011r. W obrazie klinicznym dominował typowy obraz rozwoju psychozy urojeniowej o spójnych oraz usystematyzowanych urojeniach ksobno-prześladowczych. Brak halucynacji, prawidłowe IQ, bez cech rozszczepienia osobowości, autyzmu oraz zmian w zakresie uczuciowości wyższej. Wywiad neuropsychologiczny-nieobciążony. Nie leczony dotąd psychiatrycznie. Nie chorował na przewlekłe schorzenia somatyczne. Końcowa diagnoza psychiatryczna F22 - zaburzenia urojeniowe. Przegląd możliwości zastosowania kwestionariuszy psychologicznych (DKO-74, IBZO-DSM-IV, Kwestionariusz Woodwortha) - problem dyssymulacji objawów przez pacjentów urojeniowych. Przydatność tzw. skal kontrolnych (dyssymulacja, symulacja, agravacja oraz stopień szczerości udzielanych odpowiedzi). Możliwości i ograniczenia używania kwestionariuszy w zespołach urojeniowych. Analiza metod projekcyjnych (Test Drzewa Ch. Kocha, Test Postaci Ludzkiej Goodenough-Harrisa (DAMT)). Zjawisko osłabiania lęku przed oceną u badanych pacjentów urojeniowych poprzez mechanizm projekcji oraz możliwości ekspresji ukrytych objawów psychopatologicznych. Ocena możliwości zastosowania testów rysunkowych w diagnozie różnicowej z innymi jednostkami psychopatologicznymi (min. ze schizofrenią). Diagnoza neuropsychologiczna (Test Bentona, Test Łączenia Punktów, Test Uczenia się Słuchowo-Werbalnego 15 słów Rey'a) i jej wykorzystanie w klinicznej diagnozie różnicowej (organiczne zaburzenia urojeniowe). Analiza profilu neuropsychologicznego pacjentów urojeniowych-zaburzenia funkcji poznawczych wynikające z procesu psychotycznego (neurobiochemiczne) oraz z lęku (zarówno urojeniowego jak i sytuacyjnego). Analiza wyników badań laboratoryjnych, psychologicznych, ocena efektów leczenia farmakologicznego, ocena efektu oddzielenia chorego od środowiska będącego źródłem ekspresji objawów paranoicznych, konsultacji neurologicznej - a końcowa diagnoza zaburzeń urojeniowych (wnioskowanie diagnostyczne- wielospecjalistyczne).

Specyfika wybranych funkcji wykonawczych u chorej z cukrzycą typu 1 (diabetes mellitus). Studium przypadku

Zuzanna Konarska¹, Irena Grudzińska²

¹Uniwersytet Warszawski, Warszawa

²Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii, Neuropsychologiczne Koło Naukowe, Warszawa

Tematyka posteru obejmuje specyfikę funkcjonowania poznawczego w przebiegu cukrzycy typu 1 (diabetes mellitus). W szczególności związku pomiędzy funkcjami wykonawczymi a wartościami dobowymi glikemii. Opinie autorów badań co do niekorzystnego wpływu cukrzycy typu 1 na funkcjonowanie poznawcze są podzielone. Strachan (2000) w przeprowadzonych badaniach nie zaobserwował wpływu powtarzających się epizodów hipoglikemii trwale obniżających funkcje poznawcze. Reichard badając grupy osób z cukrzycą dobrze kontrolowaną i źle kontrolowaną stwierdził, że w obydwu przypadkach stan funkcji poznawczych nie zależał od powtarzających się epizodów hipoglikemii. Wniosek jaki wysnuwają autorzy to: intensywne leczenie insuliną zmniejsza powikłania i jednocześnie wzmacnia dobre samopoczucie chorego, bez objawów ubocznych. Uberall (1996), podobnie jak poprzedni autorzy, nie zaobserwował w swoich badaniach korelacji pomiędzy czynnikami metabolicznymi a funkcjonalnymi zaburzeniami OUN. Kozub-Doros (2010) w badaniach nad pacjentami z cukrzycą typu 1 i 2 uzyskała podobne wyniki jak poprzedni autorzy. zaburzeń poznawczych w przebiegu cukrzycy typu I. W badaniach przeprowadzonych na pacjentach z cukrzycą typu 2 zaobserwowano znaczące deficyty w funkcjonowaniu poznawczym wraz z trwaniem choroby. Do szczególnych powikłań należały deficyty pamięci, zaburzenia koncentracji i uwagi oraz planowanie wzrokowo-przestrzenne. Zdaniem naukowców przyczyna tak rozległych encefalopatii wynikała z następstw hipo- i hiperglikemii. Poster jest próbą pokazania zjawiska na przykładzie studium przypadku i ma charakter pilotażowy.

Symulacje mentalne - wyobrażanie procesu zdrowienia predykatorem szybkiego powrotu do zdrowia

Agnieszka Kossowska¹, Joanna Zaklińska²

¹Uniwersytet Opolski, Instytut Psychologii, Opole

²Oddział Psychiatrii Ogólnej WSN, Lubliniec

Celem badania jest ocena wpływu symulacji mentalnych na proces zdrowienia u osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej.

Postępy w leczeniu pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej ocenia lekarz, najczęściej na podstawie działania podawanych leków niwelujących objawy psychotyczne. Często nie uwzględnia się przy tym nastawienia do procesu leczenia samego pacjenta. Z badań wynika, że pozytywne nastawienie pacjenta do leczenia oraz chęć podjęcia leczenia ma znaczący wpływ na proces zdrowienia. Ponadto znaczna część osób nie wierzy w wyzdrowienie, nie słucha zaleceń lekarza oraz wykazuje niską motywację zachowań prozdrowotnych. Skutkiem tego jest długie i mało efektywne leczenie oraz częste nawroty choroby. Z badań nad symulacjami mentalnymi wynika, że wyobrażanie sobie pewnych stanów rzeczy rokuje duże prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu w tej dziedzinie. Symulacje mentalne to wyobrażanie sobie pewnych przeszłych lub przyszłych stanów rzeczy, aby zmienić prawdopodobieństwo tych stanów lub zachowań z nimi związanych. Celem niniejszego badania jest ocena wpływu symulacji mentalnych na proces zdrowienia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Badaniem zostali objęci pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej w wieku od 20 – 45 lat zażywający neuroleptyki nowej generacji. Grupa badawcza to pacjenci poddawani treningowi psychoedukacyjnemu oraz zaplanowanemu specjalnie na potrzeby badań treningowi symulacji mentalnych związanych z wyobrażaniem sobie szeroko rozumianego „procesu zdrowienia”. Grupę kontrolną stanowili pacjenci uczestniczący tylko w zajęciach terapeutycznych i psychoedukacji. W badaniach posłużono się symulacjami polegającymi na wyobrażaniu sobie własnego działania ukierunkowanego na proces zdrowienia (np. podtrzymywanie relacji interpersonalnych, regularne zażywanie leków).

Główny nacisk kładziono na to, aby pacjenci wyobrażali sobie same pozytywne rzeczy które robili przed zachorowaniem oraz to, co będą robili, aby wyzdrowieć. Trening trwał przez okres 6 tygodni podczas pobytu w szpitalu. Pacjenci z obu grup wypełniali komplet badań kwestionariuszowych po 2, 4, 6 tygodniach leczenia. Metody kwestionariuszowe oceniały min. wgląd w chorobę, jakość życia, aktualny nastrój, wsparcie społeczne oraz postawę wobec zażywanych leków. Lekarz prowadzący określał w tym samym czasie postęp w leczeniu pacjentów na podstawie działania leków oraz określał przewagę objawów pozytywnych/negatywnych.

Wyniki badań mogą okazać się znaczące między innymi dla wsparcia informacyjnego udzielanego różnym specjalistom zajmującym się opieką nad chorymi.

Impact of antipsychotic on neurocognition in schizophrenic patients with comorbid addiction to substances

Krzysztof Krysta

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Katowice

Educational Objectives: Data from literature show that there is a beneficial impact of second generation antipsychotics on cognitive functioning in schizophrenia. This positive therapeutic impact was not observed, when typical neuroleptics were used. The disadvantage of most of the studies referring to this subject is the fact that patients suffering from schizophrenia with a comorbid substance mental diseases start to abuse alcohol or drugs.

Purpose: The purpose of this study was a to find out if there are differences in cognitive functioning in schizophrenic patients with and without a comorbid addiction, treated with typical and atypical neuroleptics.

Methods: 80 subjects with a diagnose of schizophrenia according to ICD-10 were examined. In the first group of 40 patients they were additionally addicted to psychoactive substances including: opiates, amphetamines, hallucinogens and cannabis. In the other 40-patients group no addiction was found. In each of the groups

20 patients were treated with typical neuroleptics (perphenazine, perazine, haloperidol, trifluoperazine), and 20 with atypical neuroleptics (olanzapine, risperidon, clozapine, quetiapine). The neuropsychological

battery used to assess the cognitive functions included: trail making test, part A and B, Stroop test, part RCNb

and NCWd and verbal fluency test. The addicted patients were examined six weeks after the withdrawal of the psychoactive substance to avoid their direct influence.

Results: In the whole examined population of 80 patients results of all applied test were better in the group treated with atypical neuroleptics, though the observed differences turned out not to be statistically significant. Statistically significant differences in cognitive functioning between patients treated with typical and

atypical neuroleptics were found only in the group of patients without a comorbid addiction. In this group the performance of the tests was better in the group treated with atypical neuroleptics. The type of antipsychotic treatment had no impact on results of applied tests in patients suffering from schizophrenia additionally

addicted to psychoactive substances. No statistically significant differences were found between general cognitive functioning of the addicted and not addicted group of patients.

Conclusions: The analysis of the above results may implicate the fact that there can be a higher complexity in the action of both atypical and typical neuroleptics on cognitive functions in schizophrenia with a comorbid addiction. It is possible that the prolonged use of substances, even after their discontinuation to some extent interferes the administered pharmacological treatment, which implicates observed differences between addicted and not addicted patients.

Influence of substance abuse on cognitive and social functioning in one of twin brothers suffering from schizophrenia

Krzysztof Krysta

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Katowice

Purpose: The observations of the clinicians treating the dual diagnosis patients concerning the influence of the substance abuse on the course of the mental illness are inconsistent. According to some of them the patients suffering from schizophrenia abusing substances present less positive and negative symptoms, according to others the substance abuse highly deteriorates the course of the disease. Especially the use of stimulants, like cocaine has a highly negative effect. Some data from literature show that the only result of substance abuse is the increase of frequency of hospitalizations the impact on different symptoms may be diverse, e.g. alcohol causes an increase of positive symptoms, and it is also responsible for a higher frequency of suicidal attempts.

The purpose of the research was to find differences in social functioning, quality of life, cognitive functioning, antipsychotic treatment and the length of treatment between twins suffering from schizophrenia, if one of them is also addicted to psychoactive substances.

Patients and methods: Two twin brothers aged 29 were examined. Patients were single, they both had a vocational education. They were both admitted to the hospital because of exacerbation of the illness. One of the patients never used illicit drugs. The other one was addicted to psychoactive substances, which included: cannabis, amphetamine, LSD, heroine, alcohol, benzodiazepines. The onset of schizophrenia happened in the same year in both brothers. They were treated with the same antipsychotics, although the doses used by the dual diagnosis brother were higher: risperidon 6mg per day (4 mg per day in the brother without addiction), haloperidol 30mg per day (8mg in the brother without addiction). Psychological examination was done after the normalization of the acute psychotic symptoms. The neuropsychological assessment included Trail Making Test (TMT-A and TMT-B), Continuous Performance Test (CPT-450), and Stroop Test (part RCNb, and NCWd). Quality of life was measured with the Scale "Q", and the social functioning with the scale "OUT".

Both patients signed a written consent and the study was accepted by a bioethical committee.

Results: In the patient with the dual diagnosis there were worse results in the neuropsychological test (excluding the Stroop Test in which both brothers achieved the same results), he also had worse scores in the scales measuring the quality of life and social functioning. He also needed a longer stay in the hospital to achieve recovery (148 days) in comparison with his brother (18 days). As mentioned above also higher doses of antipsychotics were needed to control the psychotic symptoms.

Conclusions: The above analysis showed differences in the course and treatment of schizophrenia in twin patients, when one of them was addicted to psychoactive substances. This single couple of patients cannot be representative for larger groups with dual diagnosis, however the observation of two patients, who are genetically close may be interesting and is quite uncommon. The data in the literature concerning cognitive and social functioning, pharmacological treatment and the outcome of the disease in dual diagnosis patients are still inconsistent, so further research is still required.

Dynamika ruchu dominującej kończyny górnej w testach grafomotorycznych

*Wojciech Lason¹, Piotr Walecki¹, Julia Feit², Marcin Ziółkowski³, Sławomir Biedrzycki⁴,
Edward Jacek Gorzelańczyk⁵*

¹Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

²NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o.o., Bydgoszcz

³Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, CM UMK, Bydgoszcz

⁴Wojewódzki Szpital Dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Świecie

⁵Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o.o., CM UMK w Toruniu, Instytut Filozofii UKW w Bydgoszczy, Bydgoszcz

Cel: Celem badań jest ocena wpływu pojedynczej, terapeutycznej dawki metadonu na sprawność grafomotoryczną u osób uzależnionych od opiatów leczonych substytucyjnie w dwóch grupach: HIV(+) i HIV(-). Badania umożliwiają obiektywną analizę ilościową i jakościową ruchu i drżeń ręki dominującej.

Materiały i metody: Zbadano 70 pacjentów Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie leczonych substytucyjnie metadonem, wśród których 38 osób jest nosicielami wirusa HIV, a 32 osoby nie są zakażone. Badania wykonano dwukrotnie, bezpośrednio przed i około 1-1,5 godziny po podaniu dawki terapeutycznej metadonu, wykorzystując oryginalny test rysunkowy w wersji zaimplementowanej na tablet graficzny oraz autorskie oprogramowanie umożliwiające analizę parametrów dynamiki ruchu.

Wyniki: Porównanie wartości parametrów dynamicznych ruchu dominującej kończyny górnej u pacjentów HIV(+) przed i po podaniu metadonu wskazuje na poprawę dokładności odwzorowania figur geometrycznych i zmniejszenie średniej amplitudy drżeń. Różnice te są istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Wnioski: Na podstawie analizy uzyskanych wyników stwierdzono, że pojedyncza terapeutyczna dawka metadonu u osób uzależnionych od opiatów powoduje poprawę stabilności ruchu i zmniejszenie drżeń dominującej kończyny górnej, szczególnie u osób HIV(+), co wskazuje na poprawę funkcji grafomotorycznych.

Trudności dotyczące rozmawiania o życiu seksualnym z profesjonalistą

*Agata Leśnicka
WSP, Gdańsk*

Wstęp: Osobisty charakter informacji dotyczących zdrowia seksualnego sprawia, że pacjenci mogą się wahać, czy w ogóle zwracać się po poradę w tym zakresie.

Cel: Celem niniejszego projektu było określenie do kogo Polacy najchętniej zgłaszałyby się po poradę seksuologiczną, a także co przeszkadza w poruszaniu takich wątków w gabinecie.

Materiał i metody: W dniach 15-30.07.2011 zamieszczono w internecie anonimową i dobrowolną ankietę dotyczącą powyższej tematyki. Zebrano 195 ważnych odpowiedzi.

Wyniki: W ankiecie uczestniczyli głównie ludzie młodzi (27,44+/-10,2 lat), z równą dystrybucją płci. Uczestnicy badania najczęściej określają lekarza seksuologa (128) i ginekologa (101) jako posiadających największą wiedzę o zdrowiu seksualnym. Badani preferują kontakt osobisty, a z profesjonalistą najchętniej rozmawialiby o antykoncepcji (81), wpływie leków na funkcjonowanie seksualne (56), hipolibidemii (52) i chorobach przenoszonych drogą płciową (50). Wielu z uczestników deklaruje, że nie ma problemów z poruszaniem takich tematów, lecz ci, którzy podali jakieś trudności w tym zakresie najczęściej wymieniali zakłopotanie (71) i obecność osoby trzeciej z personelu (32), a niezmiernie rzadko traktowali własną osobę towarzyszącą (np. partnera) jako przeszkodę (7). Niemal połowa z uczestników jako czynnik ułatwiający poruszanie takich tematów wymieniła „bezpośrednie pytania profesjonalisty o sferę seksualną” (86).

Wnioski:

1. Deklarowany przez badanych zakres tematyki seksuologicznej, który chcieliby poruszyć z profesjonalistą jest bardzo szeroki i różnorodny.
2. Formą preferowaną jest kontakt osobisty z profesjonalistą.

3. Włączenie pytania o zdrowie seksualne do standardowego wywiadu medycznego może być oczekiwane przez pacjentów i wydaje się ono ułatwiać poruszanie takich tematów.

Samobójstwo pacjenta skutkiem zaniedbań podczas przyjęcia do szpitala

Inga Markiewicz, Anna Pilszyk, Janusz Heitzman
Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN, Warszawa

Zachowania samobójcze pacjentów w szpitalach psychiatrycznych na ogół zdarzają się znacznie rzadziej niż w warunkach pozaszpitalnych, jednak mają one miejsce. Możliwości przewidywania, że pacjent popełni samobójstwo są niewielkie. Analiza spraw, którymi zajmują się okresowo pracownicy Kliniki Psychiatrii Sądowej pozwala zwrócić uwagę, że istnieją czynniki zwiększające, bądź też zmniejszające to ryzyko. W posterze podkreślono istotność osobistego badania pacjenta przez lekarza przed jego przyjęciem do oddziału psychiatrycznego. Zaprezentowano przypadek mający miejsce na jednym z oddziałów psychiatrycznych szpitala specjalistycznego, na którym, być może, brak bezpośredniego badania pacjenta przez lekarza przy przyjęciu do szpitala, a tym samym brak informacji, czy nowo przyjęty pacjent wymaga zastosowania szczególnych środków zabezpieczających przed zagrażającym jego zdrowiu i życiu zachowaniami „przyczynił się” do jego samobójczej śmierci.

Intencją autorów posteru jest ukazanie jak ważne z punktu widzenia ochrony życia pacjentów w oddziałach szpitalnych jest osobiste ich zbadanie przy przyjęciu. Paradoksalnie – jeden element zwykłej procedury przyjęcia określony w art. 22 ust. 1 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a konkretnie wspomniane już badanie osobiste – może uratować życie!!!

Folie à deux - obłąd udzielony

Anna Mosiołek¹, Tytus Koweszko², Helena Oficjalska²
¹Klinika Psychiatrii WUM MSCZ, Pruszków
²MSCZ, Pruszków

Psychoza indukowana, określana również jako folie à deux (obłąd udzielony), jest w praktyce klinicznej rzadkim zaburzeniem urojeniowym podzielanym najczęściej przez dwie osoby pozostające w silnym związku emocjonalnym. Taka relacja dodatkowo wzmacniana jest zazwyczaj izolacją od innych pod względem językowym, kulturowym lub geograficznym. Istnieją udokumentowane dowody na to, że urojenia były indukowane u biernych członków pary lub grupy wyłącznie w wyniku kontaktu z członkiem aktywnym. Osoba, u której powstały urojenia indukowane jest przeważnie zależna lub podporządkowana osobie z pierwotną psychozą. W takich przypadkach osoba przejawiająca właściwe zaburzenia psychotyczne przenosi je na bliską sobie osobę, która zaczyna bezkrytycznie traktować urojenia chorego i wspiera go w jego przekonaniach czym dodatkowo podtrzymuje objawy choroby. Niniejsze studium przypadku przedstawia małżeństwo, w którym religijne, wielkościowe i prześladowcze urojenia męża spowodowały całkowitą izolację partnerów od reszty rodziny, zupełne podporządkowanie życia żony od systemu urojeniowego męża, a także znacząco utrudniały możliwość podjęcia stosownego leczenia psychiatrycznego.

Olanzapina w postaci zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu: 24 tygodniowe badanie z randomizacją, prowadzone metodą podwójnie ślepej próby, oceniające leczenie podtrzymujące u pacjentów ze schizofrenią

Dieter Naber¹, Gopalan Sethuraman², Daniel Lin², John Kane³, Holland Detke², Marcin Bugaj⁴, David McDonnell²

¹*Department of Psychiatry and Psychotherapy, Centre for Psychosocial Medicine, University of Hamburg, Hamburg*

²*Lilly Research Laboratories, Indiana, Indianapolis*

³*Department of Psychiatry, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York*

⁴*Dział Medyczny, Eli Lilly Polska Sp. z o.o., Warszawa*

Cel: W badaniu oceniano skuteczność i bezpieczeństwo stosowania olanzapiny we wstrzyknięciach o przedłużonym uwalnianiu (Olz LAI) w leczeniu podtrzymującym pacjentów ze schizofrenią.

Metoda: Dorosłych pacjentów ze schizofrenią, u których podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej (w dawce 10, 15 lub 20 mg/dobę) przez 4–8 tygodni utrzymywał się stabilny stan kliniczny, randomizowano do grup leczonych przez 24 tygodnie metodą podwójnie ślepej próby Olz LAI w dawkach wynoszących 150 mg co 2 tyg. (N=140), 405 mg co 4 tyg. (N=318) lub 300 mg co 2 tyg. (N=141) albo w niskiej dawce referencyjnej wynoszącej 45 mg co 4 tyg. (N=144) lub olanzapiną stosowaną doustnie we wcześniej przyjmowanej dawce stabilizującej (N=322).

Wyniki: Po upływie 24 tygodni u 93% pacjentów leczonych olanzapiną w postaci doustnej, u 95% leczonych Olz LAI w dawce 300 mg co 2 tyg., u 90% leczonych Olz LAI w dawce 405 mg co 4 tyg., u 84% leczonych Olz LAI w dawce 150 mg co 2 tyg. i u 69% leczonych Olz LAI w dawce 45 mg co 4 tyg. nie stwierdzono zaostrzeń choroby. Nie stwierdzono istotnych klinicznie różnic między Olz LAI a olanzapiną w postaci doustnej pod względem parametrów laboratoryjnych, parametrów życiowych, zapisu EKG czy występowania objawów pozapiramidowych. U dwóch pacjentów leczonych Olz LAI stwierdzono sedację (uspokojenie polekowe) i stan majaczeniowy po przypadkowym wstrzyknięciu leku do naczynia krwionośnego.

Wnioski: Olz LAI w dawkach wynoszących 150 mg co 2 tyg., 405 mg co 4 tyg. i 300 mg co 2 tyg. działała skutecznie w leczeniu podtrzymującym schizofrenii w okresie do 24 tygodni. Profil bezpieczeństwa Olz LAI w ocenianych dawkach odpowiadał profilowi olanzapiny w postaci doustnej, poza występowaniem zdarzeń związanych z wstrzyknięciem leku.

Wpływ wielkości dawki metadonu na wartość odcinka QT/QTc w EKG u osób poddanych leczeniu substytucyjnemu

Ewelina Nowińska¹, Paweł Litmanowski¹, Ewa Laskowska¹, Piotr Walecki², Julia Feit¹, Katarzyna Pasgreta¹, Marcin Ziółkowski³, Edward Jacek Gorzelańczyk⁴

¹*Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej CM UMK, Bydgoszcz*

²*Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków*

³*Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego CM UMK, Bydgoszcz*

⁴*Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., CM UMK w Toruniu, Instytut Filozofii UKW w Bydgoszczy, Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu, Bydgoszcz, Bydgoszcz*

Wstęp: Celem badania jest ocena wpływu wielkości dawki metadonu na wartość odcinka QT/QTc u pacjentów leczonych metadonem w programie substytucyjnym.

Materiały i metody: Zbadano 37 osób (10 kobiet i 27 mężczyzn) leczonych metadonem w programie substytucyjnym. Średnia wieku badanych osób to 35±9 lat (min. 21 lat; maks. 59 lat). Średni czas uzależnienia to 16±8 lat, średnia przyjmowana dawka metadonu 80±18ml. Pacjentów podzielono na trzy grupy w zależności od wielkości przyjmowanej dawki metadonu (do 70 ml, 71-89ml, powyżej 90ml). U wszystkich pacjentów wykonano dwunastoodprowadzeniowy EKG. Badanie wykonano przed i około 60 minut po podaniu dawki metadonu.

Wyniki: Stwierdzono istotną statystycznie różnicę w wartościach QTc przed i po podaniu leku (p=0,006). Porównano średnie wartości QTc przed i po podaniu metadonu i stwierdzono iż u osób z grupy

przyjmujących do 70ml metadonu (+15,21ms) występuje najwyższy wzrost wartości QTc a w grupie osób przyjmujących minimum 90 ml (+4ms) wzrost wartości jest najniższy.

Wnioski: Wystąpienie istotnych statystycznie różnic w wartości QTc przed i po podaniu jednorazowej dawki metadonu (nie zależnie od wielkości dawki) pozwala stwierdzić, że metadon powoduje wydłużenie odcinka QT w EKG u osób uzależnionych od opioidów, leczonych substytucyjnie.

Wpływ działania neuroleptyków atypowych na funkcje grafomotoryczne u osób chorych na schizofrenię

*Ewelina Nowińska¹, Izabela Raniszewska¹, Julia Feit², Katarzyna Pasgreta¹, Wojciech Lason³,
Edward Jacek Gorzelańczyk⁴*

¹Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej CM UMK, Bydgoszcz

²NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej CM UMK, Bydgoszcz

³Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

⁴Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., CM UMK w Toruniu, Instytut Filozofii UKW w Bydgoszczy, Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu, Bydgoszcz

Wstęp: Celem badania jest ocena sprawności funkcji grafomotorycznych u osób chorych na schizofrenię leczonych neuroleptykami atypowymi oraz porównanie jej ze sprawnością grafomotoryczną u osób zdrowych.

Materiały i metody: Zbadano 20 pacjentów leczonych z powodu schizofrenii neuroleptykami atypowymi (20 osób). Charakterystyka grupy: 16 kobiet i 4 mężczyzn; średnia wieku 38,25±11lata. Grupa kontrolna to 20 zdrowych ochotników (8 kobiet i 12 mężczyzn, średnia wieku 36,75±20,79lata). Funkcje grafomotoryczne zbadano Testem Łączenia Punktów Reitana (TMT A i B).

Wyniki: Porównano wartości parametrów mierzonych w teście TMT części A i B pomiędzy osobami przyjmującymi neuroleptyki atypowe a osobami z grupy kontrolnej i stwierdzono, że liczba błędów, długość kreślenia [cm], czas kreślenia [s] i odchylenie standardowe średniej siły nacisku są statystycznie istotnie większe u osób z grupy leczonych neuroleptykami atypowymi.

Wnioski: Sprawność funkcje psychomotorycznych osób chorych na schizofrenię oceniana testem rysunkowym oraz testem łączenia punktów (Trial Making Test) jest mniejsza w porównaniu do sprawności funkcji psychomotorycznych u osób zdrowych.

Przypadek pokrzywki u osoby chorującej na depresję

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

Pokrzywka jest ostrą reakcją alergiczną organizmu (reakcją anafilaktyczną) na czynnik wywołujący uczulenie (alergen) w sytuacjach przewlekłego stresu. Objawami pokrzywki są bardzo swędzące plamy lub bąble, często pojawiające się na kończynach i tułowiu. Istnieje związek pomiędzy zaburzeniami depresyjnymi a chorobami alergicznymi. Stres zwiększa skłonność organizmu do pojawienia się zmian alergicznych skórnych o charakterze pokrzywki. Według badań wielu autorów - choroby alergiczne skóry, takie jak pokrzywka mogą pojawiać się dwukrotnie częściej u osób chorujących na depresję. Cel pracy: Przedstawiono przypadek pacjentki, u której pojawiła się pokrzywka po raz pierwszy w życiu po ostrej reakcji na stres. Materiał i metody: Badaniu poddano 41 letnią kobietę, która pół roku przed pojawieniem się zmian skórnych przeżyła ostrą reakcję stresową. 4 miesiące później u pacjentki rozpoznano zgodnie z klasyfikacją DSM-IV dużą depresję. Pacjentce wykonano test Becka oraz skróconą Skalę Depresji Montgomery-Asberg (MADRS). Wyniki Pacjentka spełniała kryteria dużej depresji według klasyfikacji DSM -IV. Otrzymała 22 punkty w skali Becka oraz 31 punktów w skali Depresji Montgomery-Asberg (MADRS). Wnioski Pacjentka wymagała leczenia zarówno dermatologicznego, jak i psychiatrycznego.

Istnieje ścisły związek pomiędzy zmianami skórnymi o charakterze pokrzywki, a zachorowaniem na depresję.

Rozpoznanie sarkoidozy u pacjenta chorującego na schizofrenię paranoidalną

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

Sarkoidoza jest chorobą systemową mogącą wykazywać w początkowej fazie mało specyficzne objawy choroby, takie jak: obniżenie nastroju, zmęczenie, bóle o różnym natężeniu, suchość oczu, zamazane widzenie, skrócenie oddechu, suchy, ostry kaszel, uszkodzenia skóry. Celem pracy było ukazanie problematyki współistnienia obrazu klinicznego sarkoidozy z zaostrzeniem schizofrenii paranoidalnej. Materiał i metody Przedstawiamy przypadek kliniczny 27 letniego pacjenta przyjętego do Kliniki Psychiatrii z powodu zaostrzenia schizofrenii paranoidalnej. Pacjent w trakcie hospitalizacji po ustąpieniu zaburzeń urojeniowo-omamowych zgłaszał niespecyficzne pogorszenie nastroju, zwiększoną potliwość, zmniejszoną tolerancję wysiłku, utratę masy ciała, stany podgorączkowe 37,5 st C, kaszel. Wyniki: U pacjentki wykonano bronchoskopię drzewa oskrzelowego i wykazano obustronne zaczerwienienie śluzówki oskrzeli z drobnymi miejscami przezroczystymi grudkami wielkości 1 mm. Błona śluzowa oskrzela zawierała niemartwicze ziarniniaki nabłonkowato-olbrzymiokomórkowymi typu sarkoidalnego. W badaniu tomografii komputerowej wykazano: pakiety powiększonych węzłów chłonnych w śródpiersiu oraz w obu wnękach. W obrębie płuc widoczne były zmiany: obustronnie rozsiane zmiany drobnoguzkowe zlokalizowane zwłaszcza na poziomie wnęk i przy szczelinach międzypłatowych. Stwierdzono radiologicznie „ogniska matowej szyby”, pogrubienie tkanki śródmiąższowej okołooskrzelowej. Ponadto wykazano obecność pakietów węzłów chłonnych w śródbrzuszu oraz powiększenie śledziony oraz powiększony do 2 cm węzeł chłonny przy naczyniach podobojczykowych po stronie lewej. Wnioski: U pacjenta rozpoznano współistnienie sarkoidozy i schizofrenii paranoidalnej. Skierowano pacjenta na leczenie pulmonologiczne.

Współistnienie bielactwa i zaburzeń psychicznych

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

Istota bielactwa polega na niemożności wytwarzania barwnika - melaniny. Komórki go produkujące, czyli melanocyty, są obecne zarówno w skórze, łąkach i innych narządach normalnie je zawierających. Teoria neurogenna zakłada uszkodzenie melanocytów przez niezidentyfikowane czynniki uwalniane przez zakończenia nerwowe, a teoria autocytotoksyczna, że w melanocytach brak jest mechanizmów chroniących je przed toksycznymi prekursorami melaniny. Wystąpienie bielactwa lub pojawienie się nowych ognisk może być spowodowane przez różne czynniki zakładające udział w patogenezie mechanizmów stresu komórkowego. Celem pracy była ocena kliniczna uwzględniająca badanie dermatologiczne i psychiatryczne pacjentów leczonych z powodu bielactwem w Klinice Dermatologicznej i Klinice Psychiatrycznej Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Materiał i metody Badaniem objęto 40 osób (30 kobiet i 10 mężczyzn) w wieku od 18 – 40 lat zgłaszających się celem leczenia bielactwa. U badanych osób przeprowadzono badanie psychiatryczne, gdyż osoby te jednoznacznie wskazywały na związek nasilenia zmian chorobowych ze stresem. Oceny stanu psychicznego dokonywano za pomocą narzędzia standaryzowanego – testu CDI, z uwzględnieniem klasyfikacji DSM-IV. Badano zależność zaostrzenia bielactwa od wydarzeń stresowych w życiu pacjentów. Wyniki wskazują na częste współwystępowanie depresji i zaburzeń lękowych u pacjentów leczonych z powodu bielactwa. Najczęstszymi zaburzeniami lękowymi były zaburzenia o charakterze agorafobii oraz lęku uogólnionego. Wnioski Istotny klinicznie w leczeniu bielactwa wydaje się rozpowszechnienie podejścia interdyscyplinarnego u pacjentów leczonych dermatologicznie i wykazujących zaburzenia psychiczne.

Zaburzenia nastroju u pacjentki z rozpoznaniem otępienia czołowo-skroniowego typu Picka

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

Otępienia czołowo-skroniowe (frontotemporal dementia – FTD), należą do tzw. tauopatii, u podstaw których leży zaburzony metabolizm białka tau. Podstawowy obraz neuropatologiczny u chorych z FTD charakteryzuje się: zanikiem czołowym i skroniowym płatów kory mózgowej często związanym z uszkodzeniami podkorowymi. Celem pracy było ukazanie problematyki diagnostycznej pacjentki z otępieniem czołowo-skroniowym typu Picka. Materiał i metody: Przedstawiamy przypadek 56 letniej pacjentki przyjętej do Kliniki Psychiatrii początkowo z podejrzeniem schizofrenii katatonicznej. W trakcie hospitalizacji kontakt z pacjentką stawał się znacznie utrudniony – pacjentka na pytania odpowiadała monosylabami, obserwowano: echolalię, persewercje. Ponadto narastały zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia funkcjonowania społecznego, trudności w wykonywaniu czynności złożonych, dziwaczne zachowania. W badaniu neurologicznym zaznaczały się objawy deliberacyjne i afazja. Badanie KT głowy z kontrastem wykazało: zaniki korowe w okolicach czołowych i skroniowych, układ komorowy był nieco poszerzony, bez przemieszczeń. Wykonano badanie rezonansu magnetycznego mózgu w sekwencjach FSE i FAST uzyskując obrazy T1 i T2-zależne w płaszczyźnie poprzecznej i strzałkowej, FLAIR w płaszczyźnie poprzecznej, T2-zależne w płaszczyźnie czołowej. Wykazano uogólnione zaniki korowe mózgowia, bardzo nasilone w płatach skroniowych. Wyniki: U pacjentki rozpoznano otępienie czołowo-skroniowe typu Picka. Wnioski: Rozpoznanie otępienia czołowo-skroniowego szczególnie we wczesnym stadium jego rozwoju może być trudne i wymaga wnikliwego różnicowania klinicznego. Leczenie sertralina w dawce 200 mg/dobę pozwoliło na uzyskanie u pacjentki częściowej poprawy w zakresie modulacji afektu, zmniejszenia zaburzeń zachowania.

Zaburzenia psychotyczne u pacjenta z boreliozą

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

Borelioza (choroba z Lyme) jest wywołana przez krętki *Borrelia burgdorferi*. Charakterystycznym elementem obrazu klinicznego jest rumień wędrujący (erythema migrans), który pojawia się w miejscu ugryzienia przez kleszcze jako czerwona plamka lub grudka, która rozszerzając się tworzy obrączkowaty twór. W części przypadków mogą występować wtórne, obrączkowate wykwity bądź inne zmiany skórne. Bardzo charakterystycznym elementem obrazu klinicznego boreliozy są zmiany neurologiczne, które mogą pojawiać się praktycznie w każdym stadium choroby. Celem pracy jest prezentacja pacjenta z boreliozą oraz objawami psychotycznymi, które pojawiły się po powtórny ugryzieniu przez kleszcza. Materiał i metody Pacjent lat 32, chorujący na boreliozę po raz kolejny przeżył zaostrzenie choroby w postaci pojawienia się rumienia wędrującego, biegunki, osłabienia, nudności po przebytej infekcji kleszczowej. U pacjenta pojawiły się urojenia ksobne, omamy słuchowe, rozkojarzenie toku myślenia i wypowiedzi, afekt był niedostosowany. Włączono leczenie przeciwpsychotyczne - Olanzapina 10 mg/dobę, uzyskując poprawę stanu zdrowia psychicznego. Wnioski Infekcja *Borrelia burgdorferi* może być czynnikiem wyzwalającym objawy psychozy.

Parametry ruchów gałek ocznych u osób z chorobą Alzheimera, a rodzaj stosowanego leczenia inhibitorami acetylocholinoesterazy

Katarzyna Pasgreta¹, Julia Feit², Ewelina Nowińska¹, Nina Płaszczycza¹, Wojciech Lason³, Piotr Walecki³, Edward Jacek Gorzelańczyk⁴

¹*Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej CM UMK, Bydgoszcz*

²*NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej CM UMK, Bydgoszcz*

³*Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków*

⁴*Institut Psychologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., CM UMK w Toruniu, Instytut Filozofii UKW w Bydgoszczy, Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu, Bydgoszcz*

Wstęp: Celem badania jest analiza parametrów ruchów gałek ocznych u osób z chorobą Alzheimera w stopniu lekkim i średnio zaawansowanym w zależności od stosowanego inhibitora acetylocholinoesterazy.

Materiały i metody: Zbadano 31 osób z rozpoznaniem otępienia typu alzheimerskiego (F.00.0, F.00.1, F.00.2) w stopniu lekkim i średnio zaawansowanym (MMSE >13) (26 kobiet; średnia wieku 76,8±6,41 oraz 5 mężczyzn; średnia wieku 79,1±5,21) leczonych inhibitorami acetylocholinoesterazy. Pacjentów podzielono na grupy ze względu na stosowany inhibitor: donepezyl (n=8), riwastygmina (n=20), donepezyl + riwastygmina (n=3). Zmierzono wartości parametrów poziomych ruchów gałek ocznych (sakad) za pomocą urządzenia Saccadometr Advanced. Wykonano dwa eksperymenty: Latency trials (LAT) i Reflexive with gap (RXG). Zmierzono czas latencji sakadycznej [ms], czas trwania reakcji [ms] oraz liczbę wykonanych sakad.

Wyniki:

1. Eksperyment LAT:

-stwierdzono różnice istotne statystycznie średniej liczby sakad pomiędzy osobami z wszystkich grup ($p < \alpha$, $\alpha = 0,05$)

-stwierdzono różnice istotne statystycznie średniego czasu reakcji pomiędzy osobami leczonymi donepezilem, a osobami z pozostałych grup ($\alpha = 0,05$, $p < \alpha$)

2. Eksperyment RXG:

-stwierdzono różnice istotne statystycznie w średnim czasie latencji pomiędzy pacjentami z grupy przyjmującej riwastygminę a pacjentami przyjmującymi donepezyl oraz leczonymi jednocześnie riwastygminą i donepezilem ($\alpha = 0,05$, $p < \alpha$)

-stwierdzono różnice istotne statystycznie w średnim czasie reakcji pomiędzy osobami z wszystkich porównywanych grup ($\alpha = 0,05$, $p < \alpha$)

Wnioski: Rodzaj stosowanego inhibitora acetylocholinoesterazy w leczeniu osób z chorobą Alzheimera ma związek z wartościami parametrów ruchów gałek ocznych, takimi jak: czas latencji, czas reakcji oraz liczba wykonywanych sakad.

Ocena związku pomiędzy sprawnością grafomotoryczną a rodzajem stosowanego inhibitora acetylocholinoesterazy u osób z chorobą Alzheimera

Katarzyna Pasgreta¹, Ewelina Nowińska¹, Julia Feit², Nina Płaszczycza¹, Wojciech Lason³, Edward Jacek Gorzelańczyk⁴

¹*Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej CM UMK, Bydgoszcz*

²*NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej CM UMK, Bydgoszcz*

³*Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków*

⁴*Institut Psychologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o. o., CM UMK w Toruniu, Instytut Filozofii UKW w Bydgoszczy, Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu, Bydgoszcz*

Wstęp: Celem badania jest ocena związku pomiędzy sprawnością grafomotoryczną a rodzajem stosowanego inhibitora acetylocholinoesterazy u osób z chorobą Alzheimera w stopniu lekkim i średnio zaawansowanym.

Materiały i metody: Zbadano 31 osób z rozpoznaniem otępienia typu alzheimerskiego (F.00.0, F.00.1, F.00.2) w stopniu lekkim i średnio zaawansowanym (MMSE >13) (26 kobiet; średnia wieku 76,8±6,41 oraz

5 mężczyzn; średnia wieku 79,1±5,21) leczonych inhibitorami acetylocholinesterazy: donepezil (n=8), riwastygmina (n=20), donepezil+riwastygmina (n=3).

Oceniono sprawność grafomotoryczną za pomocą oryginalnego testu rysunkowego wykonywanego w polu magnetycznym z wykorzystaniem oprogramowania MedTablet. Zmierzono średnią długość kreślenia [cm] oraz średni czas kreślenia [s].

Wyniki: Stwierdzono istotne statystycznie różnice średniej długości kreślenia pomiędzy osobami leczonymi donepezilem a osobami leczonymi riwastygminą (T. Fishera-Snedecora $\alpha=0,05$; $p<0,000001$) oraz pomiędzy osobami leczonymi donepezilem a osobami leczonymi riwastygminą i donepezilem jednocześnie (T. Fishera-Snedecora $\alpha=0,05$; $p=0,011$).

Stwierdzono istotne statystycznie różnice średniego czasu kreślenia pomiędzy pacjentami leczonymi donepezilem a pacjentami leczonymi innymi inhibitorami acetylocholinoesterazy ($\alpha=0,05$; $p=0,029$).

Wnioski: Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy rodzajem stosowanego leczenia inhibitorami acetylocholinoesterazy a sprawnością grafomotoryczną u osób z chorobą Alzheimera w stopniu lekkim oraz średnio zaawansowanym.

Zespół CHARGE - objawy zaburzeń psychicznych w zespole wad wrodzonych

Dorota Prażmowska¹, Iwona Tkaczuk²

¹Zakład Wczesnej Interwencji Psychologicznej, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa

²Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji, Józefów

Nazwa Asocjacja CHARGE (zespół CHARGE, zespół Halla-Hittnera, ang. CHARGE association, CHARGE syndrome) – skojarzenie wad wrodzonych. CHARGE jest akronimem pochodzącym od angielskich nazw możliwych wad w tej asocjacji i oznacza: C - coloboma albo ośrodkowy układ nerwowy (central nervous system), H - wady serca (heart defects), A - atrezja nozdrzy tylnych (choanal atresia), R - zahamowanie wzrostu i rozwoju psychoruchowego (retardation of growth and development), G - wady układu moczowo-płciowego (genitourinary defects), E - wady uszu i (lub) głuchota (ear anomalies).

Kryteria diagnostyczne dzielimy na główne („4C”), mniejsze i dodatkowe. Opóźnienie rozwoju psychoruchowego należy do kryteriów mniejszych tego zaburzenia. W pracy przeprowadzono studium kliniczne kilku przypadków dzieci z zespołem CHARGE – w obserwacji bezpośredniej jak również na podstawie opisów klinicznych w literaturze. Użyto klasyfikacji ICD-10 oraz skal przesiewowych i wywiadów ustrukturyzowanych do oceny występowania cech ze spektrum całościowych zaburzeń rozwoju, objawów nadpobudliwości psychoruchowej, objawów OCD i tików.

Zaprezentowane objawy zaburzeń psychicznych, zarówno wspólne jak i bardziej indywidualne, różniące pacjentów pozostawiają wątpliwości diagnostyczne, pomimo spełnianych kryteriów, w aspekcie wpływu wad wrodzonych na rozwój psychiczny dzieci z CHARGE.

Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z Zaburzeniami Zdrowia Psychicznego w Chorzowie jako forma pomocy i rehabilitacji dla osób chorych psychicznie

Irena Przywarka

Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z Zaburzeniami Zdrowia Psychicznego, Chorzów

Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z Zaburzeniami Zdrowia Psychicznego w Chorzowie jest szansą zaistnienia w społecznościach lokalnych realizacji celów psychiatrii środowiskowej, będąc jednocześnie elementem wspomagającym jego uczestników mieszkających na danym terenie. Działalność domu ukierunkowana jest bowiem na pomoc w przezwyciężeniu trudnych sytuacji życiowych i rozwiązywaniu codziennych, specyficznych problemów osób z zaburzeniami psychicznymi.

Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z Zaburzeniami Zdrowia Psychicznego w Chorzowie jest placówką świadczącą wsparcie dla osób chorych psychicznie i wykazujących inne zaburzenia czynności psychicznych, które wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększania zaradności i samodzielności życiowej, a także ich integracji społecznej z wyłączeniem osób uzależnionych od alkoholu i środków psychoaktywnych. W ramach ŚDS działają:

- 1) Dom pobytu dziennego dla osób chorych psychicznie - typ A - 40 miejsc,
- 2) Miejsca całodobowego pobytu - „Hostel” dla 8 osób chorych psychicznie wymagających długotrwałej pomocy i wsparcia,
- 3) Klubu Uczestnika - dla osób chorych psychicznie,
- 4) Dom pobytu dziennego dla osób z zaburzeniami otępiennymi w tym dotkniętych chorobą Alzheimera - typ C - 15 miejsc.

Rehabilitacja psychiatryczna prowadzona w ŚDS to system skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych, wychowawczych i medycznych umożliwiających chorym psychicznie w miarę samodzielną egzystencję i integrację społeczną. Działalność rehabilitacyjna jest wielokierunkowa i obejmuje swym zasięgiem różne formy pomocy dostosowując je do możliwości uczestników. Postępowanie to jest zindywidualizowane i oparte na elastycznym, długotrwałym programie działania.

Konsultacje psychiatryczne w Oddziale Endokrynologii Dzieci

Katarzyna Pyrkosz¹, Katarzyna Kurczyna², Piotr Gorczyca³, Jarosław Sobiś³

¹Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice

²Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

³Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii SUM, Tarnowskie Góry

Od wieków wiadomo, iż istnieje związek między chorobami somatycznymi i zaburzeniami psychicznymi. Należy pamiętać, że na pełne wyleczenie pacjenta ma wpływ właściwe zdiagnozowane i skuteczne leczenie zarówno zaburzeń psychicznych, jak i występujących u chorego objawów somatycznych. W związku z tym, aby poprawić skuteczność terapii należy zwrócić uwagę na skalę problemu współistnienia chorób psychicznych i dolegliwości somatycznych u pacjentów. Również niewielka liczba polskich opracowań dotyczących epidemiologii zaburzeń psychicznych narzuca konieczność zbadania częstości występowania zaburzeń psychicznych, a także próby oceny wykrywalności tych zaburzeń wśród pacjentów hospitalizowanych z przyczyn somatycznych.

Celem pracy było zbadanie u jakiego odsetka pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Endokrynologii Dzieci wykryto zaburzenia psychiczne, a także analiza ilościowa i jakościowa zaburzeń psychicznych występujących u pacjentów Oddziału. Opracowano zestawienie dotyczące zalecanego przez konsultanta sposobu leczenia – psychoterapii i farmakoterapii. Zbadano współwystępowanie chorób somatycznych i psychicznych u hospitalizowanych dzieci i młodzieży.

Przeanalizowano dokumentację pacjentów Oddziału Endokrynologii Dzieci Katedry i Kliniki Pediatrii Szpitala Klinicznego nr 1 w Zabrzu hospitalizowanych w latach 2009 (464 pacjentów) i 2010 (445 pacjentów).

Wśród 909 pacjentów, 71 było konsultowanych przez lekarza psychiatrę. U 10 pacjentów nie konsultowanych rozpoznano zaburzenia psychiczne przed przyjęciem do Oddziału. Łącznie pacjenci ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi stanowią 8,91% hospitalizowanych. Według różnych opracowań częstość szeroko pojmowanych zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży na świecie wynosi 10-20%. Wydaje się to potwierdzać konieczność położenia większego nacisku na diagnozowanie zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży hospitalizowanych z powodu dolegliwości somatycznych. W latach 1997-2000 konsultujący pacjentów Oddziału psychiatra udzielił 37 konsultacji, zauważamy więc wzrost znaczenia psychiatrii w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Największy odsetek zdiagnozowanych przez konsultanta zaburzeń stanowiły zaburzenia odżywiania (87,3%). Wśród nich dominowały jadłowstręt psychiczny i jadłowstręt psychiczny atypowy – łącznie zdiagnozowany u ok. 75% pacjentów z zaburzeniami odżywiania. U 7 pacjentów z zaburzeniami odżywiania zdiagnozowano współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych. U 9 konsultowanych pacjentów rozpoznano wyłącznie

zaburzenia psychiczne inne niż zaburzenia odżywiania. Zwraca uwagę występowanie otyłości u 5 pacjentów z tej grupy. W zaleconych przez konsultanta sposobach leczenia zdiagnozowanych zaburzeń dominuje psychoterapia, która u 50,7% pacjentów była jedyną zalecaną formą terapii. Jest to zgodne z ogólnie przyjętymi zaleceniami, dotyczącymi terapii zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży.

Terapia monitorowana depresji – potencjalizacja jonami magnezu

*Maria Radziwoń-Zaleska¹, Beata Ryszewska-Pokraśniewicz¹, Michał Skalski¹, Halina Matsumoto¹,
Bartłomiej Gmaj¹, Piotr Januszko¹, Gabriel Nowak², Andrzej Pilc²*

¹Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM, Warszawa

²Instytut Farmakologii PAN, Kraków

Magnez należy do antagonistów receptorów N–metylo–d–asparginianowych (NMDA). Blokuje miejsce w kanale jonowym receptora, a w wyższych stężeniach jest niekompetywnym antagonistą. W piśmiennictwie medycznym obserwuje się brak doniesień dotyczących zastosowania jonów Mg, jako czynnika potencjalizującego efekt p/depresyjny stosowanych leków. Dane zawarte w piśmiennictwie dotyczą badań wykonywanych na zwierzętach, oraz prób suplementacji terapii LPD jonami cynku.

Celem przedstawianej pracy jest ocena skuteczności Selektywnych Inhibitorów Zwrotnego Wychwytu Serotoniny (SSRI) po potencjalizacji terapii jonami Magnezu, w leczeniu pacjentów, u których rozpoznano dużą depresję wg klasyfikacji DSM-IV lub epizod depresyjny w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających, wg klasyfikacji ICD-10.

Przebadano 25 pacjentów z tego 13 pacjentów otrzymywało Mg, 12–placebo.

Mg i placebo dołączono do dobowej dawki fluoksetyny (20 mg).

Skuteczną poprawę stanu psychicznego, mierzoną 50% poprawą w skali HDRS uzyskano u 83% pacjentów leczonych Mg i u 78% pacjentów leczonych placebo (78%). Niewielka przewaga procentowa skuteczności, po stronie magnezu, nie jest istotna statystycznie.

Uzyskane obserwacje wymagają dalszego potwierdzenia w praktyce klinicznej z uwzględnieniem większej liczby pacjentów.

Zastosowanie farmakoelektroencefalografii (farmako-EEG) w terapii depresji

Michał Skalski¹, Maria Radziwoń-Zaleska¹, Agata Biernacka-Bazyłuk²

¹Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

²Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Farmakoelektroencefalografia (farmako-EEG, z ang.: pharmaco-EEG) jest dziedziną elektroencefalografii (EEG), zajmującą się badaniem wpływu leków na czynność bioelektryczną mózgu. Standardy farmako-EEG opracowywano od lat 70-tych w oparciu o badania wpływu leków psychotropowych na czynność bioelektryczną mózgu zdrowych ochotników; zwykle bezpośrednio po podaniu leku. W Katedrze i Klinice Psychiatrycznej WUM w Warszawie, od kilkunastu lat prowadzone są badania dotyczące zastosowania farmako-EEG w praktyce klinicznej, które potwierdziły, że zmiany w EEG pod wpływem leków są takie same u ludzi zdrowych i chorych oraz krótkotrwałe zmiany w EEG mogą być prognostykiem dla zmian w terapii długotrwałej. Zastosowanie badań farmako – EEG umożliwia optymalizację terapii depresji trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi (TLPD) nawet w odniesieniu do każdego pojedynczego pacjenta.

Zmiana standardów leczenia zaburzeń depresyjnych, czyli praktycznie odejście od leków TLPD i dominacja leków SSRI spowodowały konieczność opracowania nowych standardów farmako-EEG.

Na podstawie przeprowadzonych badań, prowadzonych w Oddziale Klinicznym Katedry i Kliniki Psychiatrycznej WUM w ramach terapii monitorowanej depresji, u 64 pacjentów leczonych TLPD lub SSRI

z powodu epizodu depresyjnego, podjęto próbę analizy uzyskanych wyników, z uwzględnieniem identyfikacji ewentualnych czynników prognostycznych. Uwzględniając wystąpienie profilu p/depresyjnego w badaniu farmako-EEG lub jego brak, stwierdzono inną charakterystykę profilach farmako-EEG po lekach z grupy SSRI w porównaniu z lekami z grupy TLPD; nie stwierdzono istotnie statystycznych różnic pomiędzy grupą pacjentów młodszych i starszych. Uzyskane obserwacje wymagają dalszego potwierdzenia z uwzględnieniem większej liczby pacjentów.

Psychiatria a medycyna sądowa. Część 1 – związki historyczne

Rafał Skowronek¹, Anna Skowronek², Czesław Chowaniec³, Władysław Nasitowski³

¹Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2, Jastrzębie-Zdrój

²Szpital Miejski, Żory

³Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej SUM w Katowicach, Katowice

Nie wszyscy pamiętają, że psychiatria, szczególnie psychopatologia, i psychologia sądowa wchodziły dawniej w ścisły zakres zainteresowań - a wręcz były działem - medycyny sądowej. Świadczyć może o tym choćby dawna nazwa naczelnego, polskiego czasopisma sądowo-lekarskiego – „Archiwum Medycyny Sądowej, Psychiatrii Sądowej i Kryminalistyki”. To właśnie medycy sądowi pod koniec XIX i w pierwszej połowie XX wieku współtworzyli podwaliny psychiatrii, nie tylko sądowej, zajmowali się jej nauczaniem oraz prowadzili obserwacje i wydawali opinie sądowo-psychiatryczne. Wspólne początki medycyny i psychiatrii sądowej wynikały ze wspólnego podmiotu i przedmiotu zainteresowań, natomiast stopniowe wyodrębnienie się psychiatrii było konsekwencją szybkiego rozwoju obu dyscyplin i konieczności specjalizacji. Celem pracy jest ukazanie roli medyków sądowych, jaką odegrali oni w rozwoju polskiej psychiatrii i psychologii sądowej. Przykładem są sylwetki oraz publikacje trzech kolejnych, wybitnych krakowskich medyków sądowych – prof. Leona Blumenstoka-Halbana (1838–1897), prof. Leona Wachholza (1867–1942) oraz prof. Jana Stanisława Olbrychta (1886–1968), którzy pozostawili po sobie cenny dorobek, zarówno pod postacią podręczników (fundamentalne dzieło „Psychopatologia sądowa na podstawie ustaw obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej”, „O zaburzeniach umysłowych u dzieci i młodzieży: podręcznik dla rodziców, wychowawców i nauczycieli” czy „Krytyczne uwagi w sprawie uranicznego poczucia płciowego” Wachholza), jak i artykułów (np. „Patologiczne upojenie alkoholowe” Olbrychta) oraz licznych wykładów (np. wykłady z „Psychiatrii sądowo-lekarskiej” Halbana) i opinii wydawanych dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości (np. „Wybrane przypadki z praktyki sądowo-lekarskiej” Olbrychta).

Każdy lek może być trucizną – lamotrygina jako środek samobójczy

Rafał Skowronek¹, Rafał Celiński², Małgorzata Korczyńska², Joanna Kulikowska², Czesław Chowaniec²

¹Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju, Katowice

²Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej SUM w Katowicach, Katowice

Lamotrygina jest lekiem przeciwpadaczkowym nowej generacji, ale znalazła również zastosowanie jako stabilizator nastroju w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD). Zatrucia tą substancją, a zwłaszcza zatrucia śmiertelne, zdarzają się wyjątkowo rzadko. Na skutek przedawkowania LTG najczęściej obserwuje się: zmiany skórne, senność, nudności, wymioty, ataksję, podwójne widzenie i zawroty głowy. W cięższych intoksykacjach mogą pojawić się: drżenia mięśniowe, dyskinezy, śpiączka, drgawki i zaburzenia ze strony układu oddechowego. W niniejszym doniesieniu przedstawiono przypadek śmiertelnego, samobójczego zatrucia lamotryginą. W pracy wykorzystano dostępną dokumentację sądowo-lekarską oraz wyniki badań toksykologicznych zabezpieczonego materiału, przeprowadzonych w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Dodatkowo przedstawiono metabolizm lamotryginy oraz możliwe interakcje z innymi lekami i ksenobiotykami.

Lamotrygina od 16 grudnia 2010 r., zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia, jest lekiem refundowanym dla pacjentów z ChAD. Rozszerzenie wskazań do stosowania leku i wprowadzenie jego refundacji są ze wszech miar pozytywne, ponieważ wiążą się z większą dostępnością leku dla chorych

i poprawą skuteczności terapii. Należy jednak pamiętać, że większa dostępność leku przekłada się na częstsze występowanie działań niepożądanych. Wśród pacjentów chorych psychicznie realnym zagrożeniem jest wykorzystywanie lamotryginy jako trucizny dla celów samobójczych.

Ocena skuteczności działania atomoksetyny u dzieci i młodzieży z ADHD: metaanaliza spójności 15 badań klinicznych przeprowadzonych w 4 regionach geograficznych

Yoko Tanaka¹, Ling Jin¹, Himanshu Upadhyaya¹, Marcin Bugaj²

¹Eli Lilly and Company, Lilly Corporate Center, Indiana, Indianapolis

²Dział Medyczny, Eli Lilly Polska Sp. z o.o., Warszawa

Cel: Atomoksetynę zatwierdzono w leczeniu ADHD w Stanach Zjednoczonych, Europie oraz innych krajach. Niniejsza metaanaliza miała na celu ocenę zgodności wpływu leczenia oraz tolerancji atomoksetyny u dzieci i młodzieży z ADHD w 4 regionach geograficznych.

Metody: Połączono dane z 15 badań fazy ostrej przeprowadzonych metodą podwójnie ślepej próby z grupą kontrolną placebo (2 w Azji, 4 w EU, 1 w Rosji oraz 8 w USA), uzyskując wynik w postaci 2569 pacjentów pediatrycznych z ADHD wg kryteriów DSM-IV. Skuteczność oceniono za pomocą skali ADHD Rating Scale-IV lub SNAP-IV-ADHD.

Wyniki: Wykazano ogólne podobieństwo cech demograficznych pacjentów we wszystkich regionach. W porównaniu z pacjentami z Azji większa liczba pacjentów z USA, EU i Rosji spełniła kryteria diagnostyczne dla podtypu mieszanego ADHD, natomiast mniejsza liczba dla podtypu z deficytem uwagi. U pacjentów z Azji wykazano niższy całkowity wynik wyjściowy w skali oceny ADHD oraz w podskali nadpobudliwości. Po leczeniu fazy ostrej trwającym 6–10 tygodni atomoksetyna istotnie zmniejszyła objawy ADHD w porównaniu z placebo we wszystkich 4 regionach. Skutki leczenia wykazały marginalną niezgodność i umiarkowaną niejednorodność wśród 4 regionów (odsetek pacjentów, u których wynik w skali oceny ADHD zmniejszył się o 40% w porównaniu z wynikiem wyjściowym; atomoksetyna w porównaniu z placebo: Azja 40%, 24%; EU 40%, 12%; Rosja 54%, 33%; USA 45%, 22%). Najczęstsze zdarzenia niepożądane wynikające z leczenia obejmowały osłabienie apetytu oraz ból głowy.

Wnioski: wykazano skuteczność atomoksetyny w leczeniu ADHD w 15 badaniach klinicznych przeprowadzonych w 4 regionach. Obecna metaanaliza wykazała pewien stopień niejednorodności między regionami w zakresie skuteczności leczenia.

Koordinacja sensoryczno-motoryczna oko-ręka i pamięć proceduralna u osób HIV- i HIV+ uzależnionych od opioidów

Piotr Walecki¹, Wojciech Lason¹, Katarzyna Pasgreta², Ewelina Nowińska², Edward Jacek Gorzelańczyk³

¹Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

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

³Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o.o., CM UMK w Toruniu, Instytut Filozofii UKW w Bydgoszczy, Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu, Bydgoszcz, Bydgoszcz

Wstęp: Celem badania jest ocena koordynacji sensoryczno-motorycznej oko-ręka, pamięci proceduralnej i uczenia się motorycznego u osób HIV- i HIV+ uzależnionych od opioidów leczonych metadonem w programie leczenia substytucyjnego. U osób HIV- i HIV+ uzależnionych od opioidów stwierdzono zaburzenia funkcji psychomotorycznych.

Materiały i metody: Zbadano 28 pacjentów HIV- (19M i 9K) i 39 HIV+ (23M i 16K) leczonych metadonem w programie substytucyjnym (średnia wieku: HIV- 40,1 lat, HIV+ 38,4 lat, średnia dobową dawką metadonu: HIV- 69,82 ml, HIV+ 69,95 ml, czas trwania uzależnienia: HIV- 23,2 lata, HIV+ 20,4 lata). Do oceny koordynacji oko-ręka oraz uczenia się motorycznego zastosowano komputerową wersję testu prowadzenia wirnika (ang. Pursuit Rotor Task, PRT). Grupa kontrolna to 30 osób HIV- nieuzależnionych od opioidów dobranych pod względem cech demograficznych.

Wyniki: Stwierdzono, że osoby uzależnione HIV+ mają o ponad 25% niższą sprawność psychomotoryczną dotyczącą koordynacji oko-ręka w porównaniu do osób uzależnionych HIV- oraz o ponad 50% niższe sprawność w porównaniu do osób nieuzależnionych HIV-. Dynamika uczenia się motorycznego u osób uzależnionych HIV- i HIV+ ma tendencję wzrostową. U osób uzależnionych HIV+ w porównaniu do osób z grupy uzależnionych HIV- oraz osób z grupy kontrolnej stwierdzono więcej drżeń o dużej amplitudzie i niskiej częstotliwości i mniej drżeń o małej amplitudzie i wysokiej częstotliwości. Stwierdzono, że różnica pomiędzy wynikami testu jest istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Wnioski: W grupie osób uzależnionych HIV+ stwierdzono słabszą koordynację motoryczną oko-ręka w porównaniu do osób uzależnionych HIV- oraz nieuzależnionych HIV- i nie stwierdzono zaburzeń uczenia się motorycznego.

Terapia przez sztukę

Joanna Waniek

Poradnia Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Chorym psychicznie, przytłoczonym bezmiarem cierpienia, często odrzuconym przez rodziny, pracodawców, społeczność trudno wyrwać się ze schematów w których żyją. Kontakt z obrazem, rzeźbą, filmem, spektaklem może im pozwolić na identyfikację. Napisano dużo o terapeutycznej roli inspiracji przez sztukę, wpływie na zmianę myślenia, aktywności, wyzwaniu własnej twórczości artystycznej. Uprawianie sztuki pozwala zaspokoić niezrealizowane pragnienia, marzenia, ambicje, pozwala ujawnić temperament twórcy. Napisano dużo o terapeutycznej roli inspiracji przez sztukę, wpływie na zmianę myślenia, aktywności, wyzwaniu własnej twórczości artystycznej. Monsiel przetrwał wojnę dzięki odkryciu w sobie artystycznej formy ekspresji emocji. Innymi przykładami kreatywności osób cierpiących z powodu kryzysów psychicznych są Adolf Wölfli i Heinrich Anton Müller. Semir Zeki stwierdza, że skoro aktywność neuronalna decyduje o sprawach moralności, prawa, religii i ekonomii to w nie mniejszym stopniu dotyczy to sztuki. Pozostaje pytanie na ile różni się aktywność neuronalna odbiorcy i twórcy sztuki. Drugie pytanie dotyczy ewentualnej różnicy pomiędzy osobą tzw. zdrową a obciążoną chorobą psychiczną. Przyjęto założenie, że zarówno bierny jak i czynny kontakt ze sztuką leczy, a współczesna neurobiologia dostarcza na to dowodów naukowych.

"Co mnie nie zabija czyni mnie silniejszym" - przypadek kliniczny pacjenta po podjęciu spektakularnej próby samobójczej

Anna Warzecha¹, Aleksandra Stolarska², Aldona Świętojańska-Leśniańska²

¹Szpital Powiatowy, Chrzanów

²Oddział Psychiatryczny w Szpitalu Powiatowym, Chrzanów

Przypadek kliniczny pacjenta po podjęciu spektakularnej próby samobójczej

Właśnie tym cytatem (F. Nietzsche) posłużył się pacjent podsumowując powód swojej hospitalizacji. 55- letni mężczyzna, dotychczas nie leczony psychiatrycznie, żonaty, bezdzietny, pracujący w zawodzie nauczyciela.

Hospitalizowany początkowo w OIT, w czasie późniejszym w oddziale psychiatrycznym szpitala powiatowego, po tym jak we wrześniu ub.r. podjął próbę samobójczą na którą składały się:

- liczne nacięcia skóry przedramion , skóry szyi
- rany klute powłok jamy brzusznej
- przecięcie powłok brzusznych z następczą ewakuacją i rozkawałkowaniem jelita cienkiego
- skok z wysokości I piętra zakończony złamaniem obu kości promieniowych, stłuczeniem krwotocznym płata czołowego, licznymi złamaniami kości twarzoczaszki

W prezentowanym przez nas opisie przypadku staraliśmy się wyjaśnić przyczyny podjętej próby samobójczej, jak najdokładniej opisać stan pacjenta w okresie poprzedzającym zdarzenie, jak również stan psychiczny w trakcie hospitalizacji w Oddziale Psychiatrycznym.

Antipsychotic Prescribing in Dementia - Cambridgeshire Results and Lessons Learnt

Ruth Wightman

University of Cambridge Clinical School, Cambridge

An audit of antipsychotic prescribing in dementia- the results of the Cambridgeshire region. Looking at how anti-psychotics should be prescribed in order to have the maximum benefits with minimum risk, and examining whether we are achieving these goals in the Cambridgeshire region.

MultiFamily Work in an Inpatient Setting

Ruth Wightman

University of Cambridge Clinical School, Cambridge

An overview of the formal and informal interactions between families when resident on a child psychiatric inpatient unit. This presentation looks at the possible therapeutic benefit of these interactions, as well as discussing their potentially harmful side effects.

EdukacjaMedyczna.pl – nowe zestawy testów

W tym rozdziale prezentujemy fragment najnowszego opracowania – zestawy testów „na papierze”. **Zostanie opublikowane na początku 2012 roku.**

Przypominamy, że baza pytań serwisu EdukacjaMedyczna.pl zawiera obecnie prawie **11 000 pytań testowych, w tym 600 historyjek** (=opisów przypadków). Liczba pytań z psychiatrii przekroczyła już 2000 sztuk.

Zaloguj się i sprawdź czy wiesz!!! - www.EdukacjaMedyczna.pl

Zamów już teraz testy z kluczem odpowiedzi – ostatnia strona tej książki.

Nr 1. Kto upoważnia Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego do wglądu w dokumentację medyczną osoby korzystającej ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital?

- A. pacjent, przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub faktyczny.
- B. kierownik szpitala psychiatrycznego.
- C. lekarz prowadzący.
- D. lekarz prowadzący po uzyskaniu zgody pacjenta.
- E. ordynator (lekarz kierujący oddziałem) po uzyskaniu zgody pacjenta.

Nr 2. Które z niżej wymienionych dokumentów **nie wymaga** osobistego zbadania pacjenta, a lekarz może je wydać na podstawie przedstawionej przez rodzinę dokumentacji lub udzielonego wywiadu?

- A. orzeczenie o stanie zdrowia.
- B. opinia o stanie zdrowia.
- C. skierowanie do szpitala psychiatrycznego.
- D. skierowanie do psychologa.
- E. żaden z powyższych.

Nr 3. 45-letnia pacjentka z rozpoznaniem zaburzeniem depresyjnym nawracającym, hospitalizowana z powodu zaostrzenia choroby, obecnie w stanie poprawy po 6 tygodniach leczenia, chce skorzystać z przepustki weekendowej. Nie zdradza nasilonych zaburzeń nastroju, zaprzecza myślom samobójczym, chce się przekonać, czy będzie w stanie dobrze funkcjonować w domu. Skoro jej stan nie stanowi zagrożenia dla jej życia albo życia lub zdrowia innych osób, kto wyraża zgodę na przepustkę:

- A. lekarz prowadzący.
- B. ordynator (lekarz prowadzący oddziałem).
- C. lekarz dyżurny.
- D. prawidłowe są odpowiedzi A i B.
- E. prawidłowe są wszystkie odpowiedzi.

Nr 4. W ocenie lekarza dobro hospitalizowanego pacjenta wymaga jego ubezwłasnowolnienia. Jak wygląda prawidłowe postępowanie w takim przypadku?

- A. lekarz prowadzący powiadamia o tym sąd opiekuńczy.
- B. ordynator (lekarz kierujący oddziałem) powiadamia sąd opiekuńczy.
- C. lekarz prowadzący powiadamia prokuratora.
- D. ordynator (lekarz kierujący oddziałem) powiadamia prokuratora.
- E. kierownik psychiatrycznego zakładu opieki zdrowotnej powiadamia prokuratora.

Nr 5. 76-letni pacjent z rozpoznanym zespołem otępieniem w godzinach wieczornych niepokoi się, błądzi po oddziale, utrudnia pielęgniarce przygotowanie leków dla innych chorych, zapala światło na salach pacjentów. Lekarz dyżurny uznał, że jego zachowanie nie stanowi zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby. Jaką formę przymusu bezpośredniego można zastosować wobec pacjenta?

- A. przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie, izolację.
- B. przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie.
- C. przytrzymanie i przymusowe podanie leków.
- D. tylko unieruchomienie.
- E. nie można w takim przypadku zastosować przymusu bezpośredniego.

Nr 6. Badanie stanu psychicznego osoby, przeprowadzone na żądanie sądu, prokuratora lub innego uprawnionego organu, nie powinno się odbywać w:

- A. publicznym zakładzie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
- B. innym zakładzie opieki zdrowotnej.
- C. rodzinnym ośrodku diagnostyczno-konsultacyjnym.
- D. miejscu zamieszkania tej osoby.
- E. areszcie śledczym.

Odpowiedzi na powyższe pytania znajdują się po konferencji w Aktualnościach serwisu EdukacjaMedyczna.pl.

Indeks alfabetyczny

A

Agius Mark	11, 13, 31
Alptekin Köksal	10, 13
Araszkiewicz Aleksander	60, 61, 62

B

Barabasz Aleksandra	38
Bauer Alexandra	33
Bednarz Aleksandra	29
Beil Julia	29, 51
Biedrzycki Sławomir	57
Biernacka-Bazyłuk Agata	66
Bobes Julio	11, 13
Bocheńska Anna	29
Bomba Jacek	37
Bratek Agnieszka	29
Brodniak Włodzimierz	14
Brykalski Jan	47
Bubenikova-Valesova Vera	32
Bugaj Marcin	50, 59, 68
Butler Sophie	13

C

Carlson Janice	50
Celiński Rafał	34, 67
Chojnowski Janusz	14
Chowaniec Czesław	34, 47, 67
Cieślak Urszula	48
Czarnecki Damian	49
Czuma Krzysztof	17

D

Danek Michał	49
Dąbkowska Monika	50
Dąbkowski Mirosław	50
Detke Holland	50, 59
Dębska Ewa	34
Doughty Richard	31

F

Feit Julia	57, 59, 60, 63
Firkowska-Mankiewicz Anna	15
Florkowski Antoni	15
Frey Przemysław	34
Furczyk Karolina	30

G

Gajda Maksymilian	30
Gardner Jenny	13
Garhyan Parag	50
Gawęda Agnieszka	39, 42
Gmaj Bartłomiej	66
Gmitrowicz Agnieszka	15
Gojowy Anna	51
Gorczyca Piotr	65
Gorzelańczyk Edward Jacek	49, 57, 59, 60, 63, 68
Gorzowska Agnieszka	37
Górka Marek	16
Górniak Eliza	30
Grochowska Marzena	16
Grudzińska Irena	30, 54

H

Heitzman Janusz	52, 58
Hese Robert T.	38
Hoffmeyer André	33
Holland Jonathon	31
Holt Clare	13
Hyrnik Joanna	38, 39

J

Jabłoński Marcin	16, 38, 41
Janas-Kozik Małgorzata	38, 39, 42
Janoska Agata	51
Janota Bertrand	52
Januszko Piotr	66
Jarema Marek	52
Jaskólski Adam	53
Jelonek Ireneusz	38, 39
Jemni M	26
Jimenez A	26
Jin Ling	68

K

Kałwa Agnieszka	39
Kane John	59
Kastory-Bronowska Monika	17
Kirste Thomas	33
Konarska Zuzanna	30, 54
Korczyńska Małgorzata	67

Kossowska Agnieszka	54	Ogłodek Ewa	60, 61, 62
Kosteczko Ksenia	29	Opio Małgorzata	48
Koszevska Iwona	40	Orzechowska Agnieszka	41
Kothare Prajakti	50		
Kotrys Krzysztof	17	P	
Kowal Agnieszka	31	Paliga Jakub	43
Koweszko Tytus	19, 58	Parnowski Tadeusz	20
Kozłowski Robert	40	Pasgreta Katarzyna	59, 60, 63, 68
Krasnodębska Anna	51	Pawlaszczyk Adam	16, 21
Krupka-Matuszczyk Irena.....	7	Pilecki Andrzej	66
Krupka-Matuszczyk Irena	40	Pilecki Maciej	37, 43
Krysta Krzysztof	55, 56	Pilszyk Anna	52, 58
Krzystanek Marek	18	Płaszczycza Nina	63
Kszczotek Maja	52	Prażmowska Dorota	64
Kulikowska Joanna	67	Przywarka Irena	64
Kurczyna Katarzyna	65	Pyrkosz Katarzyna	65
L		R	
Laskowska Ewa	59	Radziwoń-Zaleska Maria	66
Lasoń Wojciech	57, 60, 63, 68	Raniszevska Izabela	60
Leśnicka Agata	40, 57	Ratnayake Thilak	9, 23
Lin Daniel	59	Reynolds Heather	33
Litmanowski Paweł	59	Rozenfeld Magdalena	45
Liu Kathy	13	Rubinowska Agnieszka	43
Luks Małgorzata	48	Rybakowski Filip	24
		Ryszewska-Pokraśniewicz Beata	66
M			
Markiewicz Inga	18, 52, 58	S	
Markowska-Regulska Katarzyna	41	Schubert Susanne	33
Marx Ivo	31	Sethuraman Gopalan	59
Maśnica Michał	51	Sidło Agata	29
Matharoo J	26	Skalski Michał	66
Matsumoto Halina	66	Skowronek Anna	34, 47, 67
McDonnell David	50, 59	Skowronek Rafał	30, 34, 47, 67
Mertlova Marketa	32	Sobiś Jarosław	65
Mędrzycka Katarzyna	41	Stolarska Aleksandra	69
Mosiołek Anna	19, 58	Szczegielniak Anna	34
Mucic Davor	9, 19	Szymańska Bogna	35
Murawiec Sławomir	20, 38, 41		
		Ś	
N		Święcicki Łukasz	43
Naber Dieter	59	Świętojańska- Leśniańska Aldona	69
Nasiłowski Władysław	47, 67		
Niemann Anna-Lena	31	T	
Nowak Gabriel	66	Tanaka Yoko	68
Nowak Marta	39, 42	Teipel Stefan	33
Nowińska Ewelina	59, 60, 63, 68	Thome Johannes	10, 24, 31, 33
		Tkaczuk Iwona	64
O		Twarowska-Hauser Joanna	25
Oficjalska Helena	58		

U		Y	
Upadhyaya Himanshu	68	Young Allan	9, 26
W		Z	
Walczyzna-Leśko Anna	48	Zaklińska Joanna	54
Walecki Piotr	57, 59, 63, 68	Zaluska Maria	45, 47, 52
Waniek Joanna	69	Zaman Rashid	10, 13, 26, 31
Warchał Agnieszka	44	Zhang Catherine	35
Warzecha Anna	69	Zhao Fangyi	50
Wciórka Jacek	25	Ziólkowski Marcin	49, 57, 59
Wightman Ruth	35, 70	Zullo Leonardo	36
Woliński Michał	44	Ż	
Wydra Katarzyna	34	Żelazkowska Martyna	36
Wyrzykowska Katarzyna	45		

Zamówienie „EdukacjaMedyczna.pl na papierze. 1000 pytań z psychiatrii”

Formularz zamówienia

Zapraszamy do złożenia deklaracji chęci zamówienia pierwszego numeru czasopisma: „Psychiatria”

Wydawnictwo zawierać będzie m.in. 1000 pytań testowych oraz opisów przypadków z zakresu psychiatrii. Testy skierowane do lekarzy przygotowujących się do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, a opisy przypadków także dla lekarzy już po egzaminie.

Termin publikacji: koniec stycznia 2012.

Cena 1 egzemplarza: 99 zł + koszty wysyłki.

Ta cena obowiązuje wyłącznie zamówienia złożone podczas konferencji w Wiśle. Standardowa cena 130 zł.

Imię i nazwisko:

Ulica, nr domu i mieszkania:

Kod pocztowy: Miejscowość:

Adres e-mail:

Liczba egzemplarzy:

Uwagi (np. dane do faktury):

.....
.....
.....

Podpis

Data:

Przed wysłaniem czasopisma, zostanie za pomocą e-mail, przesłana prośba o potwierdzenie zamówienia z numerem konta do przelewu. Po zaksięgowaniu wpłaty, przesyłka zostanie wysłana.

Prosimy o oddanie wypełnionego formularza w recepcji konferencji.



verte

Na drugiej stronie tej kartki znajduje się formularz zamówienia
„EdukacjaMedyczna.pl na papierze. 1000 pytań z psychiatrii”