

XXIX Ogólnopolska Konferencja Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

oraz

I Międzynarodowa Konferencja Psychiatrii Dzieci i Młodzieży PTP

Streszczenia

Sesja I

Zasady monitorowania prób samobójczych w Polsce i na świecie

Agnieszka Gmitrowicz

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

Wprowadzenie: Polskie statystyki samobójstw cechują się średnią wiarygodnością. Problemem są nie tylko niezgodności między sprawozdawczością Komendy Głównej Policji (KGP) i Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), lecz także brak rejestracji prób samobójczych i samouszkodzeń, zarówno w skali kraju, jak i w placówkach opieki zdrowotnej. Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) z 2014 roku monitorowanie samouszkodzeń i prób samobójczych (PS) to podstawowy element narodowych strategii zapobiegania samobójstwom, co wynika m.in. z faktu, że około 40% osób po próbach samobójczych ponawia je w ciągu roku. Udokumentowana wiedza na temat istotnie częstszego występowania zachowań samobójczych w populacji osób z zaburzeniami psychicznymi w pełni uzasadnia konieczność rejestracji samouszkodzeń i prób samobójczych w placówkach psychiatrycznych.

Celem wystąpienia jest prezentacja aktualnych form rejestracji zachowań samobójczych w Polsce oraz analiza wybranych założeń Systemu Monitorowania Samouszkodzeń i Prób Samobójczych według WHO (2016), a także możliwości wprowadzenia go w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

Wyniki: Do 2013 roku GUS sprawozdawał wyższą liczbę samobójstw dokonanych niż KGP. Natomiast od 2014 roku odnotowujemy odwrotną tendencję: KGP zarejestrowała

o prawie 4% więcej samobójstw niż GUS (6165 vs 5933), a w roku 2015 – o blisko 5% (5688 vs 5417). Brak danych na temat PS w bazach GUS uniemożliwia porównania. KGP wykazała w 2016 roku 4456 zarejestrowanych PS (w tym 372 w populacji 7–18 lat), co stanowi 4/5 liczby samobójstw ogółem ($N = 5405$, w tym populacja 7–18 lat – 103). W placówkach psychiatrycznych w okresie 14 lat Instytut Psychiatrii i Neurologii zarejestrował 168 zgonów samobójczych, z czego 1/3 dotyczyła kobiet. Eksperti WHO opracowali specjalny System Monitorowania Samouszkodzeń i Prób Samobójczych. Ważnymi etapami są zaangażowanie lokalnych władz i przygotowanie różnych opcji finansowania, które umożliwią ciągłość funkcjonowania systemu. Dalsze etapy to: opracowanie standardowych procedur postępowania i zapewnienie ich zgodności z przepisami o ochronie danych osobowych oraz przeprowadzenie szkolenia poświęconego gromadzeniu danych w specjalnie opracowanym formularzu.

Podsumowanie: W Polsce znana jest tylko liczba prób samobójczych zarejestrowanych przez policję, podczas gdy w stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży nawet co drugi pacjent jest po próbie samobójczej. Rejestracja zachowań autoagresywnych, jak również czynników ryzyka w placówkach służby zdrowia stwarza możliwość podejmowania adekwatnych działań prewencyjnych.

Debata

Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Sosnowcu (program pilotażowy psychiatrii środowiskowej w Sosnowcu)

Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}, Ireneusz Jelonek^{1,2}, Łukasz Piławski², Dorota Surma-Kuś²

¹ Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska

² Dział Psychiatrii, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., Sosnowiec, Polska

Wstęp: W psychiatrii dzieci i młodzieży, mimo iż pacjentem jest dziecko lub adolescent, opieką terapeutyczną objęta zostaje także rodzina (rodzice/opiekunowie, rodzeństwo). Byłoby optymalnie, gdyby chory mógł być leczony we własnym środowisku, czyli przebywać w domu rodzinnym lub innym ważnym dla siebie miejscu, z możliwością pomocy dotyczącej różnych środowisk i obszarów (szkoła, grupa rówieśnicza). Z myślą o komforcie leczenia, jak również przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu pracownicy Działu Psychiatrii Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o. zaproponowali stworzenie odpowiedniego programu terapeutycznego, który spełni wymienione warunki. Konsekwencją tego pomysłu było opracowanie programu terapeutycznego w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego w Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, który to program został dofinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS). Program jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014–2020. Czas jego realizacji wynosi dwa lata (1 września 2017 r. – 31 sierpnia 2019 r.). Opieką objęto 80 pacjentów, którzy byli już leczeni (w różnych formach) w Dziale Psychiatrii Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II.

Cel: Celem programu jest deinstytucjonalizacja opieki medycznej poprzez wzmocnienie opieki środowiskowej. Program bazuje na projekcie związanym z działaniami w zakresie deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych służących

zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym – zgodnie z kierunkami określonymi w wytycznych odnośnie do zasad realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EPS w obszarze zdrowia na lata 2014–2020.

Metoda: Miejscem realizacji projektu są dwa powiaty i dwie gminy w województwie śląskim: Sosnowiec i Dąbrowa Górnicza. Ideą interwencji jest ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo i trwałych usług wysokiej jakości, w tym do opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym. Zasadnicze cele programu to działanie terapeutycznych zespołów mobilnych (TZM) i objęcie programem 80 pacjentów, wcześniej hospitalizowanych w klinice w Sosnowcu.

Metoda: Projekt zakłada działalność TZM oraz infolinii dla pacjentów objętych programem. Rolą TZM jest dotarcie do chorego, jego rodziny i najbliższego środowiska (szkoła, pracownik socjalny w ramach ośrodka pomocy społecznej). Wizyty domowe mają ułatwić pacjentowi powrót do środowiska (w tym do szkoły) i zapewnić wsparcie całej rodzinie (rodzice/opiekunowie, rodzeństwo). Służą temu wizyty w szkole, rozmowy z nauczycielami, pedagogami czy psychologami szkolnymi. Kolejne ogniwa to pracownicy socjalni (jeżeli zajdzie taka potrzeba), a także samopomocowe grupy wsparcia tworzone przez pacjentów.

Wnioski: Program przyczyni się do spadku liczby rehospitalizacji i zapobieżenia wykluczeniu społecznemu.

Sesja II

Zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego u nastoletnich pacjentek chorujących na jądłowstręt psychiczny

Katarzyna Weterle-Smolińska¹, Aleksandra Banaszek², Marcin Banasiuk², Marcin Dziekiewicz², Michał Ciastoń³, Tomasz Wolańczyk¹

¹ Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

² Klinika Gastroenterologii i Żywienia Dzieci i Młodzieży, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

³ Zakład Radiologii Pediatricznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

Wstęp: Współistnienie problemów gastrologicznych u pacjentów chorujących na jądłowstręt psychiczny jest powszechnie znanym zjawiskiem. W początkowym okresie hospitalizacji psychiatrycznej osoby cierpiące na jądłowstręt psychiczny najczęściej skarżą się na dolegliwości ze strony zarówno górnej, jak i dolnej części przewodu pokarmowego. W praktyce klinicznej, ze względu na brak ścisłych

wytycznych dotyczących kwalifikacji do poszerzania diagnostyki gastrologicznej, stanowi to znaczny problem, którego rozwiązanie zależy od subiektywnej oceny lekarza psychiatry.

Cele: Wykazanie częstości i charakteru zaburzeń motoryki i ocena zależności między zgłaszanymi dolegliwościami, wiekiem, czasem trwania choroby, stopniem wyniszczenia organizmu, stosowaną przez pacjentki dietą oraz stanem

psychicznym a rodzajem i nasileniem zaburzeń motoryki przewodu pokarmowego.

Metody: Do badania zakwalifikowano dziewczęta z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. W pierwszym etapie użyto autorskiego kwestionariusza, uwzględniającego obraz choroby oraz stan somatyczny i psychiczny pacjentek. Następnie przeprowadzono badania gastrologiczne: wysokiej rozdzielczości manometrię przełyku i wielokanałową impedancję przełykową z pH-metrią. Ostatni etap badania stanowiła ocena czasu pasażu jelitowego, dokonywana metodą radiologiczną.

Wyniki: Do badania zakwalifikowano 24 pacjentki, u których wykonano badanie manometryczne; pH-impedancję przeprowadzono u 23 dziewcząt, a ocenę czasu pasażu jelitowego – u 16. Dolegliwości ze strony przewodu

pokarmowego zgłaszało blisko 90% badanych. Zaburzenia motoryki przełyku i refluks żołądkowo-przełykowy rozpoznano u około 1/4 pacjentek. Nieprawidłowy czas pasażu jelitowego stwierdzono u połowy badanych, w większości tych przypadków był on wydłużony. Wykazano szereg zależności między danymi uzyskanymi na podstawie wywiadu a motoryką przewodu pokarmowego.

Wnioski: Zaburzenia motoryki przełyku są częstym problemem wśród pacjentek chorujących na jadłowstręt psychiczny. Wyrównany stan psychiczny pozytywnie wpływa na pracę przewodu pokarmowego. Chorzy ze współtowarzyszącymi objawami depresyjnymi bądź depresyjno-lękowymi wymagają leczenia farmakologicznego częściej zgłaszają dolegliwości ze strony górnej części przewodu pokarmowego.

Czynniki wpływające na czas hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego

Dorota Chmyłko-Terlikowska

Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

Zaburzenia odżywiania należą do schorzeń o skomplikowanej naturze, a w ich etiologię może być zaangażowanych wiele różnorodnych czynników, w tym podatność genetyczna, czynniki społeczno-kulturowe i rodzinne. W tej grupie zaburzeń jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) wyróżnia się wysoką śmiertelnością i długim czasem trwania. Najczęściej dotyczy osób w okresie dorastania, z przewagą płci żeńskiej, a rozpowszechnienie szacuje się na 0,5–3,7% w ciągu całego życia. Proces leczenia jest zazwyczaj długotrwały i obejmuje szeroki zakres oddziaływań terapeutycznych. Dyskusja dotycząca najodpowiedniejszych metod leczenia i czasu jego trwania pozostaje otwarta. W pewnych okolicznościach, np. w przypadkach zagrażających życiu powikłań somatycznych lub przy niewystarczającej

opiece ambulatoryjnej, konieczna okazuje się hospitalizacja. Leczenie w warunkach stacjonarnego oddziału psychiatrycznego jest jednak powszechnie zaliczane do najbardziej kosztownych i czasochłonnych rodzajów opieki medycznej. Czas leczenia szpitalnego pacjentów z anoreksją wynosi około 3 miesięcy w Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych i Szwajcarii oraz 2–7 miesięcy w Japonii. W świetle przedstawionych informacji przewidywania dotyczące długości hospitalizacji jawią się jako interesujący cel badań dla klinicystów. Celem wystąpienia jest przegląd dostępnego piśmiennictwa na temat czynników wpływających na długość hospitalizacji chorych z jadłowstrętem psychicznym oraz czynników predykcyjnych przerywania leczenia szpitalnego w tej grupie.

Piśmiennictwo

Fairburn CG, Harrison PJ: Eating disorders. *Lancet* 2003; 361: 407–416.
Howard WT, Evans KK, Quintero-Howard CV: Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1697–1702.
Huas C, Godart N, Foulon C: Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: data from a large French sample. *Psychiatry Res* 2011; 185: 421–426.
Huntley DA, Cho DW, Christman J: Predicting length of stay in an acute psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 1049–1053.
Kahn C, Pike KM: In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001; 30: 237–244.
Kaye WH, Kaplan AS, Zucker ML: Treating eating-disorder patients in a managed care environment. Contemporary American issues and Canadian response. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 793–810.
Maguire S, Surgenor LJ, Abraham S et al.: An international collaborative database: its use in predicting length of stay for inpatient treatment of anorexia nervosa. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37: 741–777.

Mezzich JE, Coffman GA: Factors influencing length of hospital stay. *Hosp Community Psychiatry* 1985; 36: 1262–1264, 1270.
Namysłowska I: Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
Nozoe SI, Soejima Y, Yoshioka M: Clinical features of patients with anorexia nervosa: assessment of factors influencing the duration of in-patient treatment. *J Psychosom Res* 1995; 39: 271–281.
Pingani L, Catellani S, Arnone F: Predictors of dropout from inpatient treatment of eating disorders: an Italian experience. *Eat Weight Disord* 2012; 17: e290–e297.
Robison PH: Treatment for eating disorders in the United Kingdom. Part I. A survey on specialist services. *Eur Eat Disord Rev* 1993; 1: 4–9.
Steinhausen HC, Seidel R: Outcome in adolescent eating disorders. *Int J Eat Disord* 1993; 14: 487–496.
Strik Lievers L, Curt F, Wallier J et al.: Predictive factors of length of inpatient treatment in anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18: 75–84.

Wallier J, Vibert S, Berthoz S et al.: Dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: critical review of the literature. *Int J Eat Disord* 2009; 42: 636–647.

Wiseman CV, Sunday SR, Klapper F et al.: Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients. *Int J Eat Disord* 2001; 30: 69–74.

Między profilaktyką a wczesną interwencją w zaburzeniach odżywiania

Anna Bogucka-Bonikowska¹, Katarzyna Biernacka¹, Agnieszka Piróg-Balcerzak¹, Emilia Kot², Katarzyna Kucharska², Barbara Remberk¹

¹ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, Polska

² Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, Polska

W ostatnich dwóch dekadach dokonał się znaczący postęp w dziedzinie identyfikowania, oszacowywania i wdrażania programów profilaktycznych związanych z zaburzeniami odżywiania. Body Project to program oparty na zjawisku dysonansu poznawczego o najlepiej jak dotąd udowodnionej skuteczności w profilaktyce zaburzeń jedzenia. Zaprojektowany początkowo jako program profilaktyki selektywnej i wskazującej, w ciągu przeszło 16 lat został wprowadzony w 125 krajach. Programem objęto 3,5 mln dziewcząt i młodych kobiet, tym samym spełnił on kryteria profilaktyki uniwersalnej. W wystąpieniu zostaną przedstawione podstawowe zasady profilaktyki uniwersalnej na przykładzie programu Body Project. W warunkach polskich rozpoczęto działania z obszaru profilaktyki uniwersalnej poprzez stworzenie strony

internetowej www.aboco.pl. Strona kierowana jest do nastolatków i ich rodziców. Zawiera podstawowe informacje o zasadach zdrowego odżywiania, opis objawów zaburzeń odżywiania oraz zalecenia dotyczące tego, kiedy i jak szukać pomocy. Część interaktywna obejmuje kalkulator BMI i kwestionariusze samooceny. Po wypełnieniu ankiety użytkownik otrzymuje informację zwrotną, w razie potrzeby z zachętą/przynagleniem do szukania pomocy. Dane z ankiet są przetwarzane anonimowo, bez możliwości zidentyfikowania użytkownika. Celem wystąpienia jest prezentacja wstępnych danych statystycznych dotyczących częstości użytkowania strony i jej poszczególnych działów, a także zbiorcze podsumowanie wyników kwestionariuszy samooceny wypełnianych przez użytkowników.

Na co pomagamy, a na co nie bardzo. Skuteczność leczenia szpitalnego w zaburzeniach odżywiania – badania własne

Barbara Remberk, Anna Katarzyna Bażyńska, Joanna Brągoszewska, Piotr Niwiński, Agnieszka Piróg-Balcerzak, Lidia Popek

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, Polska

Wprowadzenie: Leczenie szpitalne anoreksji jest wskazane w przypadku nasilonych objawów, bardzo niskiej masy ciała i/lub nieskuteczności leczenia ambulatoryjnego. Korzystny efekt hospitalizacji znajduje potwierdzenie w literaturze przedmiotu, jednak z punktu widzenia konkretnego pacjenta ważna jest nie tyle poprawa w całej grupie, ile korzyści, jakie on sam odniósł z pobytu w szpitalu. Analiza skuteczności leczenia pod kątem poprawy/pogorszenia stanu indywidualnych pacjentów była celem niniejszej pracy.

Materiał i metoda: Do badania włączono 59 pacjentek leczonych w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii z powodu anoreksji. Przy przyjęciu i przy wypisie oceniono nasilenie objawów psychopatologicznych za pomocą baterii skal oceny stanu psychicznego i kwestionariuszy samooceny. Dokonano pomiarów antropometrycznych i obliczono wskaźnik BMI. Zakres poprawy oceniany był na podstawie różnicy wyników przy przyjęciu i przy wypisie. Braki danych zostały uwzględnione w dalszych obliczeniach.

Dane przeanalizowano przy użyciu pakietu Statistica oraz poddano analizie jakościowej.

Wyniki: Do badania włączono wyłącznie dziewczęta. Średni wiek badanych wynosił $16,2 \pm 1,6$ roku, a średnia długość hospitalizacji – $9,4 \pm 3,2$ tygodnia. W całej grupie zaobserwowano istotną statystycznie poprawę w zakresie analizowanych parametrów.

Jednym z kluczowych celów leczenia anoreksji jest rehabilitacja masy ciała. Poprawę w zakresie BMI zaobserwowano u większości – 94% – lecz nie u wszystkich pacjentek.

Do oceny objawów zaburzeń wykorzystano kwestionariusz samooceny EAT-26 (Eating Attitudes Test). Nasilenie objawów zmniejszyło się u 49/54 (90%) uczestniczek badania.

Do oceny objawów depresyjnych u 53 osób wykorzystano skalę Hamiltona, która jest wypełniana przez badacza, oraz skalę Becka, która jest skalą samooceny. Według skali Hamiltona redukcję objawów stwierdzono u 49 (92%) dziewcząt, według skali samooceny – u 46/52 (88%). Nie zawsze były to te same pacjentki.

W przypadku 21 osób dysponowano wynikami Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) i Skali Ogólnego Funkcjonowania dla Dzieci (Children's Global Assessment Scale, CGAS). Redukcję objawów według skali BPRS zaobserwowano u 16/21 (76%) chorych, a poprawę funkcjonowania – u 14/21 (67%).

Według Skali Ogólnego Wrażenia Klinicznego (Clinical Global Impression, CGI) w wersji dla klinicystów zmiana (poprawa) między przyjęciem a wypisem zaszła u 45/58 (78%) badanych. Natomiast w przypadku skali CGI do samooceny poprawa wystąpiła jedynie u 33/53 (62%) osób; w chwili wypisu swój stan jako gorszy niż w chwili przyjęcia oceniło 7/53 (13%) pacjentek. Niemniej korelacja między wynikiem w skali CGI według klinicysty i według pacjenta okazała się istotna statystycznie.

Zmiana w zakresie BMI była skorelowana przede wszystkim z redukcją objawów depresyjnych. Nie wykazano natomiast żadnego związku między zmianą BMI a redukcją objawów według EAT-26.

Wnioski: Leczenie szpitalne jest najbardziej skuteczne w zakresie rehabilitacji masy ciała. W zakresie pozostałych parametrów poprawa dotyczyła 60–90% chorych. Ponad 1/3 pacjentek oceniła swój ogólny stan psychiczny (CGI) w momencie wypisu tak samo lub gorzej niż przy przyjęciu. Powyższe wyniki potwierdzają tezę, że leczenie szpitalne powinno być jedynie elementem szerszego programu terapeutycznego. Ważne wydaje się również to, aby w procesie terapeutycznym uwzględniać różne obszary psychopatologii i ogólnego funkcjonowania.

Sesja III

Współpraca międzyinstytucjonalna w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce – nadzieje, wyzwania i niebezpieczeństwa

Krzysztof Sz wajca

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Katedra Psychiatrii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, Polska

W Europie poziom dostępności i jakości usług terapeutycznych dla dzieci i młodzieży jest generalnie gorszy niż dla osób dorosłych. Dzieci rzadko mogą skorzystać z profesjonalnego poradnictwa z zakresu zdrowia psychicznego – dotyczy to szczególnie dzieci z biednych i słabo wykształconych rodzin. W wielu krajach europejskich pomoc dostaje zaledwie 5–20% dzieci, które jej potrzebują. Wskaźniki te dotyczą także krajów, gdzie system wsparcia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest wyraźnie lepszy niż w Polsce. Przykładowo w Niemczech leczenie otrzymuje około 20% młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi. Nawet w krajach o nieporównanie większej niż w Polsce dostępności usług psychoterapeutycznych do 70–80% dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostaje pomoc w ramach systemu szkolnego. Dla wielu z nich jest to jedyna forma leczenia. Podobnie aktywne we wsparciu dzieci i młodzieży są systemy pomocy społecznej. W Polsce – przy poważnych niedoborach psychiatrów dziecięco-młodzieżowych i dramatycznym braku psychoterapeutów wyspecjalizowanych w pracy z tą populacją

i z rodzinami oraz wobec drastycznie ograniczonych możliwości nefarmakologicznych terapii w ramach systemu opieki zdrowotnej – rola instytucji spoza systemu ochrony zdrowia psychicznego jest jeszcze większa. Wydaje się jednak, że wsparcie zdrowa psychicznego dzieci i młodzieży nie ma charakteru systemowego, instytucje i profesjonaliści w małym stopniu ze sobą współpracują, dopiero tworzy się praktyka pracy w zespołach multiprofesjonalnych. Autor wystąpienia od dawna związany jest z pionierskim ośrodkiem terapii środowiskowej (Zespół Leczenia Domowego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży). Kierował i superwizował kilka ośrodków pracujących psychoterapeutycznie poza systemem ochrony zdrowia (w oparciu o kontrakty z miastami) oraz instytucje, które są „po drugiej stronie” – działy pieczy zastępczej, kuratorów sądowych, asystentów rodziny czy ośrodek adopcyjny. Wystąpienie, oparte na danych z piśmiennictwa i osobistych doświadczeniach, poświęcone będzie złożonej problematyce współpracy międzyinstytucjonalnej w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Między DSM-5 a ICD-11 – wybrane semantyczne aspekty współczesnej klasyfikacji w psychiatrii dzieci i młodzieży

Wojciech Kosmowski

Katedra Psychiatrii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz, Polska

Podstawowym elementem pracy lekarza jest ustalanie rozpoznania, co wymaga znajomości metod klasyfikacji i właściwego ich stosowania. Pacjentów diagnozują również przedstawiciele innych dziedzin, np. psychologowie, pedagodzy, psychoterapeuci. W pewnych przypadkach diagnozy różnych profesjonalistów nie są zgodne. Stawiane są w języku polskim, po łacinie lub po angielsku. Na ich zmiany i modyfikacje na przestrzeni lat wpływa nie tylko postęp wiedzy medycznej, lecz także inne przesłanki, np. unikanie słów czy sformułowań uznanych przez niektóre gremia za stygmatyzujące.

Na proces diagnozy rzutują ponadto przepisy prawne. W aktach różnego rzędu też przywoływane są rozpoznania medyczne. Poprzez przepisy dokonuje się niejednokrotnie ingerencji w dotychczas stosowaną nomenklaturę, np. próbuje się usunąć rozpoznania po łacinie. Stosuje się również naciski na stawianie określonych diagnoz czy używanie sformułowań niemieszczących się w systemach diagnostycznych (np. „niepełnosprawność sprzężona”). Użycie przez lekarza konkretnych słów w opisie problemów pacjenta otwiera przed dzieckiem i jego opiekunami możliwości uzyskania szerszej pomocy (np. refundacja leków, specjalistyczne usługi opiekuńcze, orzeczenie o przyznaniu form nauczania dostosowanych do potrzeb dziecka).

Celem wystąpienia jest wskazanie semantycznych aspektów stawianych diagnoz i ich implikacji praktycznych, związanych z codzienną pracą profesjonalistów różnych dziedzin w psychiatrii dzieci i młodzieży. Analizie poddano wybrane diagnozy – np. upośledzenie umysłowe, autyzm, zaburzenie hiperkinetyczne, zaburzenia zachowania – według obowiązującej klasyfikacji ICD-10, DSM-5 oraz wersji beta ICD-11 w kontekście ich używania przez specjalistów.

Zgodnie z metodologią pierwszorzędne znaczenie ma precyzja, jednoznaczność sformułowania. Można używać pojedynczych słów („oligofrenia”) i całych zwrotów („specyficzne zaburzenia mowy i języka” w ICD-10, F80 w DSM-5:

„zaburzenie tworzenia dźwięków mowy”, proponowana nazwa w ICD-11: *developmental speech and language disorders*) oraz skrótowców (ADHD). Dyskusji poddano znaczenie tych sformułowań i racje przemawiające za zmianami. Osobnym wyzwaniem są akty prawne. Na przykład Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1743) zawiera sformułowania dotyczące autyzmu i zespołu Aspergera łączące w sobie klasyfikacje DSM-5 i ICD-10 oraz wprowadza nazwę „niepełnosprawność intelektualna”. Stosowanie jej w praktyce medycznej prowadziłyby do niejednoznacznych opisów i orzeczeń (przykładowo: „niepełnosprawny intelektualnie w stopniu lekkim nie jest niepełnosprawny”).

Problemu stygmatyzacji nie sposób uniknąć, jeśli używa się języków żywych, narodowych. Nomenklatura zapożyczona z łaciny i greki nie niesie ze sobą tego niebezpieczeństwa. Używanie sformułowań anglojęzycznych, czy to w postaci skrótowców, czy pełnych nazw, jest makaronizowaniem. Nie można jednak zapominać, że słowa same w sobie nie są dla chorych szkodliwe czy stygmatyzujące. Duże znaczenie mają kontekst ich użycia oraz inne formy ekspresji: mimika, gesty towarzyszące wypowiedziom.

Praca stanowi głos w dyskusji w sprawie tłumaczenia i propagowania stosowania określonych diagnoz w medycynie. Operowanie wspólnymi rozpoznaniem pomoże profesjonalistom z różnych dziedzin w komunikacji oraz planowaniu postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Prezentowane obserwacje i wnioski mogą również zostać wykorzystane na etapie konsultacji społecznych przy opiniowaniu projektów aktów prawnych – tak by przywoływane w nich diagnozy schorzeń były zgodne z mianownictwem medycznym.

Sesja IV

Humanoid robots and modern technology in ADOS-2 and BOSCC to support the clinical evaluation and therapy of patients with autism spectrum conditions (ASC)

Agnieszka Rynkiewicz^{1,2}, Karol Grabowski³, Amandine Lassalle⁴, Simon Baron-Cohen⁵, Björn Schuller^{6,7}, Nicholas Cummins⁶, Alice Baird⁶, Nouchine Hadjikhani^{4,8}, Justyna Podgórska-Bednarz^{9,10}, Agata Pieniążek^{11,12}, Izabela Łucka¹³, Artur Mazur^{1,9,14,15}, Jacek Tabarkiewicz¹⁵

¹ Faculty of Medicine, Neurodevelopmental Disorders Research Lab, University of Rzeszów, Rzeszów, Poland

² Centre for Diagnosis, Therapy and Education SPECTRUM ASC-MED, Gdańsk and Rzeszów, Poland

³ Department of Psychiatry, Medical University of Gdańsk, Gdańsk, Poland

⁴ Harvard Medical School/MGH, Martinos Center for Biomedical Imaging, USA

⁵ Autism Research Centre, Department of Psychiatry, University of Cambridge, Cambridge, UK

⁶ Complex and Intelligent Systems, University Passau, Passau, Germany

⁷ GLAM – Group on Language, Audio, and Music, Imperial College London, London, UK

⁸ Gillberg Neuropsychiatry Centre, Gothenburg, Sweden

⁹ Faculty of Medicine, Institute of Physiotherapy, University of Rzeszów, Rzeszów, Poland

¹⁰ Association for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Rzeszów, Poland

¹¹ SOLIS RADIUS Association for People with Disabilities and Autism Spectrum Disorders, Rzeszów, Poland

¹² Medical Centre for Children with Autism Spectrum Disorders, Rzeszów, Poland

¹³ Department of Developmental, Psychotic and Geriatric Psychiatry, Medical University of Gdańsk, Gdańsk, Poland

¹⁴ Department of Paediatric Endocrinology and Diabetology, Clinical Regional Hospital № 2 Rzeszów, Rzeszów, Poland

¹⁵ Faculty of Medicine, Centre for Innovative Research in Medical and Natural Sciences, University of Rzeszów, Rzeszów, Poland

Autism spectrum condition/disorder (henceforth “autism”) is a complex neurobiological condition characterised by impairments in communication, social interaction, unusually restricted/repetitive behaviours and interests, alongside with atypical sensory processing. The authors use the term “autism spectrum condition” (ASC) coined by Simon Baron-Cohen while referring to the diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) (henceforth “autism”) to respect those individuals on the autism spectrum who feel that the term “disorder” is stigmatising, whereas ASC accounts for both the strengths and difficulties of people on the autism spectrum. While individuals with ASC present with different deficits and difficulties in their daily functioning, they often tend to be fascinated with technology and have intact, sometimes even superior ability to comprehend and manipulate closed, rule-based, predictable systems, such as robots and computers. Thus, based on this natural predilection, interdisciplinary efforts have been made by experts from diverse professional areas over the last couple of years to design personalised and effective robot-based therapies for patients with ASC. The main reason for this is that humanoid robots are perceived by patients with autism as more predictable, less complicated, less threatening, and more comfortable to communicate with than humans

with all their complex and frightening subtleties and nuances. The technology has been shown to be very effective, and thus is a rapidly developing field and an integral part of the psychoeducational therapy for individuals with autism. It has also been implemented to diagnostic instruments like ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition) and BOSCC (Brief Observation of Social Communication Change) to reduce the subjective observer bias in measuring the physical characteristics of emotional expressiveness in mimics, speech, gestures, and subtle changes in social communication behaviour of the patients. The authors review their own selected and concluded studies, as well as projects which are still in progress, with either already published or unpublished findings on the topic of humanoid robots and modern technology applied to the diagnostic assessments of ADOS-2 and BOSCC. The authors present the preliminary results of a study with BOSCC on Polish toddlers with autism who have minimal verbal abilities as well as selected data from the DE-ENIGMA project funded by Horizon 2020 (the European Union’s Framework Programme for Research and Innovation), which aims to create and evaluate the effectiveness of a robot-based technology developed to support autistic children.

Autism spectrum conditions (ASC) in females – clinical perspectives on diagnosis and new directions in assessment construct

Agnieszka Rynkiewicz^{1,2}, Michelle Garnett³, Tony Attwood³, Charlotte Brownlow⁴, Simon Baron-Cohen⁵, Nouchine Hadjikhani^{6,7}, Amandine Lassalle⁶, Ormond Sarah^{3,4}, Agata Pieniążek^{8,9}, Karolina Kalisz¹⁰, Fabienne Cazalis¹¹, Adeline Lacroix¹², Izabela Łucka¹³

¹ Faculty of Medicine, Neurodevelopmental Disorders Research Lab, University of Rzeszów, Rzeszów, Poland

² Centre for Diagnosis, Therapy and Education SPECTRUM ASC-MED, Gdańsk and Rzeszów, Poland

³ Minds & Hearts: A Clinic for Autism Specialist Conditions, Brisbane, Australia

⁴ Griffith University, Brisbane, Australia

⁵ Autism Research Centre, Department of Psychiatry, University of Cambridge, Cambridge, UK

⁶ Harvard Medical School/MGH, Martinos Center for Biomedical Imaging, USA

⁷ Gillberg Neuropsychiatry Centre, Gothenburg, Sweden

⁸ SOLIS RADIUS Association for People with Disabilities and Autism Spectrum Disorders, Rzeszów, Poland

⁹ Medical Centre for Children with Autism Spectrum Disorders, Rzeszów, Poland

¹⁰ School of Psychology, Faculty of Health Sciences and Wellbeing, University of Sunderland, Sunderland, UK

¹¹ Centre d'analyse et de mathématiques sociales, French National Centre for Scientific Research, Paris, France

¹² Department of Psychology, Université Grenoble Alpes, Grenoble, France

¹³ Department of Developmental, Psychotic and Geriatric Psychiatry, Medical University of Gdańsk, Gdańsk, Poland

The current and widely accepted features of autism spectrum condition/disorder (henceforth “autism”), linked with descriptions in the international classification systems, are based primarily on males. The authors use the term “autism spectrum condition” (ASC) coined by Simon Baron-Cohen while referring to the diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) (henceforth “autism”) to respect those individuals on the autism spectrum who feel that the term “disorder” is stigmatising, whereas ASC accounts for both the strengths and difficulties of people on the autism spectrum. ASC has traditionally been considered a male-dominated diagnosis, and the current diagnostic tools have mainly been developed for the male ASC population, thus lacking the required sensitivity to identify females with ASC. There is a growing clinical recognition that ASC may, in fact, be more common in females than has been previously accepted, spurring international researchers to investigate the unique autism symptomatology in females. Also, there is an emerging awareness that ASC in females, especially in high functioning individuals (verbally fluent with average or above average intelligence), may manifest itself differently and in a somewhat subtle manner. It is argued that such presentation may have an inhibitory potential in confirming ASC diagnosis using current diagnostic assessments and screening tools which do not reflect the unique presentation of the autism spectrum among females, demonstrated by a greater compensatory capacity and ability for social masking, camouflaging and imitation. Females on the autism spectrum are often undiagnosed, misdiagnosed, or receive the diagnoses of ASC

at a later age, which can result in adverse outcomes in their well-being, mental health, education, employment and independence. Furthermore, the autism spectrum in females is associated with adverse outcomes after puberty, including anxiety, depression, a high incidence of suicide, eating disorders, and high rates of other medical problems. Sex stereotypes may also bias a diagnostician's detection of ASC in females. There is, therefore, a pressing need to improve the current ASC diagnostic and ability of clinicians to make clinical diagnoses of autism spectrum in females, since a timely diagnosis can prevent the difficulties which ASC females experience throughout their lives and facilitate proper assessment of their needs in education, leisure, social relationships and employment. The authors present their own concluded studies and projects still in progress with Q-ASC (Questionnaire for Autism Spectrum Conditions), ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition) and BOSCC (Brief Observation of Social Communication Change), aimed at investigating autism symptomatology in females. The Questionnaire for Autism Spectrum Conditions (Q-ASC) was developed by Attwood, Garnett and Rynkiewicz (2011) to identify gender-sensitive profiles of autism spectrum symptomatology, prioritise and adjust the direction of clinical interventions, and support positive psychosocial outcomes and prognosis into adulthood. The presentation focuses on sex differences in the patterns of ASC behaviour, broadly identifying a more socially acceptable presentation in females, which may contribute to females being overlooked in a diagnostic setting.

Deficyty teorii umysłu u dzieci z ADHD

Karolina Dyrda

Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD) jest diagnozowany u około 5% dzieci. W ostatnich latach aktywność badawcza w znacznym stopniu została ukierunkowana na współwystępowanie ADHD i zaburzeń ze spektrum autyzmu (*autism spectrum disorder*, ASD). Szacuje się, iż około 30–50% osób z objawami ASD przejawia również cechy ADHD i aż 2/3 osób z ADHD wykazuje objawy ASD. W obu zaburzeniach obserwuje się trudności w zakresie kompetencji komunikacyjnych i relacji rówieśniczych, większe rozpowszechnienie wśród płci męskiej, podobne problemy adaptacyjne i zbliżone profile neuropsychologiczne. U pacjentów z ASD i ADHD stwierdza się deficyty poznania społecznego i jego składowych, w tym percepcji społecznej, rozpoznawania emocji, stylów atrybucji i teorii umysłu.

Teoria umysłu (*theory of mind*, ToM) definiowana jest jako wrodzona zdolność umożliwiająca wyciąganie wniosków o stanie umysłu innych osób, co pozwala na przypisywanie sobie i innym stanów psychicznych (przekonań, pragnień, emocji). Jej zaburzenia wiążą się z trudnościami

w tworzeniu reprezentacji mentalnych, przewidywaniu i rozumieniu emocji oraz zachowań innych ludzi. Wyróżnia się dwa komponenty ToM: poznawczy i percepcyjny. Pierwszy dotyczy umiejętności wyjaśniania zachowań ludzi na podstawie rozpoznawania ich stanów umysłowych, drugi – zdolności rozpoznawania stanów umysłu na podstawie ekspresji mimicznej. Badania wskazują, że deficyty kognitywnego komponentu ToM u dzieci z ADHD, szczególnie tych z nasilonymi deficytami uwagowymi, mają związek z problemami w zakresie funkcji wykonawczych (Anderson, 2002), a nieprawidłowości w zakresie komponentu percepcyjnego w większym stopniu dotyczą dzieci z ADHD z przewagą impulsywności i deficytów uwagi (Pelc *et al.*, 2006).

Istnieją różne hipotezy odnośnie do przyczyn nieprawidłowości teorii umysłu u dzieci z ADHD (Olbromska i Putko, 2014). Celem wystąpienia jest przegląd dostępnego piśmiennictwa dotyczącego obecności zaburzeń ToM u dzieci z ADHD, przyczyn tych nieprawidłowości, zależności między nasileniem objawów ADHD a występowaniem deficytów w poznaniu społecznym oraz wpływu farmakoterapii.

Piśmiennictwo

- Anderson P: Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child Neuropsychol* 2002; 8: 71–82.
Olbromska M, Putko A: Percepcyjny i kognitywny komponent teorii umysłu u dzieci z ADHD – przegląd badań. *Psychol Rozwoj* 2014; 19: 33–48.

- Pelc K, Kornreich CH, Foisy ML *et al.*: Recognition of emotional facial expressions in attention-deficit hyperactivity disorder. *Pediatr Neurol* 2006; 35: 93–97.

Ocena narażenia środowiskowego u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD)

Aleksandra Waligóra¹, Piotr Gorczyca², Magdalena Jarzab², Sławomir Waligóra¹, Maria Kozarska¹, Krystyna Tyrpień-Golder¹

¹ Katedra i Zakład Chemii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzę, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze, Polska

² Katedra Psychiatrii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzę, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Tarnowskie Góry, Polska

Autyzm (*autism spectrum disorder*, ASD) jako jednostka chorobowa po raz pierwszy opisany został w 1943 roku przez austriackiego psychiatrę Leo Kanner. Określił on autyzm jako zespół zaburzeń społeczno-behawioralnych, które objawiają się ograniczoną integracją społeczną, problemami w komunikowaniu się oraz powtarzającym się wzorcem zachowania i zainteresowań. ASD jest więc zaburzeniem determinującym wszystkie funkcje poznawcze oraz zaburzającym integrację sensoryczną, w różnym natężeniu ilościowym i jakościowym. Mimo iż autyzm nie jest chorobą psychiczną, lecz powszechnie występującym zaburzeniem neurorozwojowym, brakuje dobrego narzędzia diagnostycznego – rozpoznanie następuje w wyniku obserwacji zachowania i oceny historii rozwoju dziecka.

Obecnie prowadzone badania sugerują, że autyzm jest zaburzeniem wieloprzyczynowym. Oznacza to, iż może nie istnieć jedna bezpośrednia przyczyna, a autyzm stanowi raczej wynik interakcji między występującymi czynnikami genetycznymi i środowiskowymi, które mogą wpływać na powstawanie i rozwój zaburzenia.

Celem pracy było przeprowadzenie badań ankietowych w grupie opiekunów dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu zamieszkujących aglomerację Górnego Śląska. W badaniu analizowano m.in. narażenie środowiskowe. W ankiecie uwzględniono pytania dotyczące jakości życia całej jednostki rodzinnej, czyli chorujących dzieci, a także ich rodziców, w tym głównie matek w okresie okołoporodowym. Całość danych poddano ocenie statystycznej.

Sesja V

Ryzyko samobójstwa a genetyka

Rafał Szmaida, Paweł Kropiwnicki, Iwona Makowska, Agnieszka Gmitrowicz

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej, I Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

Samobójstwo to rosnący problem społeczny i medyczny na całym świecie. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (2014) każdego roku około 800 000 osób popełnia samobójstwo (to więcej niż jedna osoba na minutę). Średnio 10–20 razy tyle ludzi podejmuje próby samobójcze, a w populacji młodzieży zdarza się to nawet stukrotnie częściej.

Dotychczas poszukiwanie czynników ryzyka samobójstwa skupiało się głównie na aspektach psychologicznych i społecznych, jednak w ostatnich latach dokonał się bardzo szybki postęp w zakresie badań genetycznych i typowaniu określonych genów odpowiedzialnych za zachowania samobójcze, co wpisuje się we współczesny model „gen – środowisko”. Przykładem może być związek silnego stresu z zachowaniem samobójczym poprzez indukowanie

niekorzystnych zmian w wyższych funkcjach mózgowych – genetycznie kontrolowanej odpowiedzi osi stresu, zależnej od genu dla receptora 1 hormonu uwalniającego kortykotropinę (CRHR1).

Zbadano już znaczącą liczbę genów, których warianty mogą odpowiadać za wzrost ryzyka samobójstwa. Są to geny odpowiedzialne za regulację neuroprzebiegłości dla serotoniny, glutaminianu i kwasu gamma-aminomasłowego, ale także gen dla kortykoliberyny.

Celem pracy jest wskazanie współczesnych kierunków badań genetycznych w suicydologii. Autorzy dokonali przeglądu piśmiennictwa światowego i polskiego, który będzie podstawą pogłębionych badań klinicznych w zakresie oceny nasilenia ryzyka samobójczego w populacji nastolatków.

Zaburzenia psychiczne, emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży z wrodzonym zakażeniem HIV w Polsce

Anna Zielińska¹, Maksymilian Bielecki², Anita Bryńska¹, Magdalena Marczyńska³, Tomasz Wolańczyk¹

¹ Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

² Wydział Psychologii, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Warszawa, Polska

³ Klinika Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

Cel badania: Celami realizowanego projektu były: 1) ocena częstości występowania zaburzeń psychicznych, behawioralnych i emocjonalnych oraz 2) ustalenie związków między obecnością objawów zaburzeń psychicznych a zmiennymi klinicznymi i socjodemograficznymi wśród dzieci i młodzieży z wertykalnym zakażeniem HIV.

Materiał i metoda: Do grupy eksperymentalnej (PHIV+) zakwalifikowano 56 dzieci z wrodzonym zakażeniem HIV, w wieku 6–18 lat. Zrekrutowano dwie, dobrane pod względem płci i wieku, grupy referencyjne: 1) grupę PHEU – 24 zdrowych dzieci urodzonych przez matki zakażone HIV; 2) grupę HIV-nA – 43 zdrowych dzieci zdrowych rodziców. Do oceny zaburzeń behawioralnych i emocjonalnych posłużyły kwestionariusz dla rodziców CBCL (Child Behavior Checklist) oraz kwestionariusz samooceny YSR (Youth Self-Report). Przeprowadzono półustrukturyzowany wywiad diagnostyczny K-SADS-PL (Kiddie-SADS – Lifetime Version), przeznaczony do oceny objawów zaburzeń psychicznych. Opiekunowie osób badanych wypełnili wywiad wstępny i skalę MacArthura do oceny statusu socjoekonomicznego.

Wyniki:

1. Osoby z grupy PHIV+ nie osiągnęły wyników w przebiegu klinicznym w żadnej ze skal problemowych CBCL i YSR, ale w ocenie rodziców miały bardziej nasilone problemy w skalach Wycofanie, Problemy społeczne i Zaburzenia uwagi w porównaniu z grupą PHEU oraz bardziej nasilone problemy w skalach Wycofanie, Zachowania agresywne, Zachowania Przystępne i Zachowania eksternalizacyjne (dzieci w wieku 6–11 lat) w porównaniu z grupą HIV-nA.
2. U 22 (40%) osób z grupy PHIV+ stwierdzono występowanie przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego w chwili badania, a u 29 (52,7%) – w ciągu życia. Najczęściej diagnozowano zaburzenia lękowe (21,8%), zaburzenia eksternalizacyjne (18,2%) i zaburzenia nastroju (16,4%). Zaburzenia psychiczne występowały częściej u osób, u których leczenie ARV rozpoczęto po 12. miesiącu życia. Częstość występowania zaburzeń psychicznych, zaburzeń eksternalizacyjnych i internalizacyjnych w grupie PHIV+ nie była istotnie wyższa od częstości w grupach referencyjnych (PHEU: 37,5%; HIV-nA: 23,2%).

- Większe nasilenie problemów w zakresie skal YSR Zachowania przestępcze, Zachowania agresywne i Zachowania eksternalizacyjne stwierdzono u badanych, którzy mieli niższą niż C klasę kliniczną zakażenia HIV. Odnotowano dodatnią korelację między wynikami w powyższych skalach i skali CBCL Zaburzenia uwagi a liczbą limfocytów CD4 w momencie przeprowadzania badań oraz dodatnią korelację między wyższym logarytmem wirerii na początku leczenia ARV a wynikami w skalach CBCL Problemy społeczne, Lęk i depresja, Zachowania internalizacyjne i Wynik całkowity. Wynik w skali Problemy społeczne korelował dodatnio z logarytmem wirerii w chwili ustalenia rozpoznania zakażenia HIV.
- Istotne statystycznie różnice dla wyników skal CBCL i YSR w grupie PHIV+ stwierdzono w odniesieniu do takich zmiennych socjodemograficznych, jak płeć męska, zamieszkiwanie z opiekunem biologicznym, zamieszkiwanie w rodzinie pełnej oraz doświadczenie stresującego wydarzenia. W grupie PHEU istotne różnice w skalach CBCL wykazano dla grup wyodrębnionych ze względu na płeć, zamieszkiwanie z opiekunem biologicznym oraz doświadczenie stresującego wydarzenia.

Wnioski:

- Częstość występowania zaburzeń psychicznych w grupie PHIV+ i w grupie PHEU jest wyższa w porównaniu z grupą HIV-nA, przy czym profil rozpoznai jest charakterystyczny dla populacji ogólnej w wieku rozwojowym.
- W grupie PHIV+ występuje większe nasilenie problemów internalizacyjnych w porównaniu z osobami z grupy PHEU oraz większe nasilenie problemów eksternalizacyjnych w porównaniu z osobami z grupy HIV-nA.
- Częstsze występowanie objawów zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych w grupie PHIV+ i w grupie PHEU wiąże się z podobnymi zmiennymi socjodemograficznymi (płeć męska, niezamieszkiwanie z opiekunem biologicznym, doświadczenie stresującego wydarzenia, dla grupy PHIV+ dodatkowo niezamieszkiwanie w rodzinie pełnej).
- Cięższy przebieg zakażenia HIV i jego nasilenie przed rozpoczęciem leczenia korelują z większym nasileniem problemów internalizacyjnych, natomiast lepszy aktualny stan kliniczny – z większym nasileniem problemów eksternalizacyjnych.

Poważne powikłania somatyczne w przebiegu zaburzeń tikowych

Anita Bryńska

Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

Zaburzenia tikowe, określane mianem schorzeń neurobehawioralnych, stanowią najczęstszą postać ruchów mimowolnych u dzieci. Przewlekłe postaci zaburzeń tikowych dotyczą 0,3–1% populacji. Pierwszym elementem postępowania zawsze jest psychoedukacja, a w dalszej kolejności rozważa się zastosowanie technik behawioralnych i leczenie farmakologiczne, które powinno być dobierane w zależności od obrazu klinicznego i profilu problemów. Decyzja o rozpoczęciu farmakoterapii jest trudna, zwłaszcza że większość leków skutecznych w leczeniu zaburzeń tikowych ma poważne działania niepożądane, stąd też zawsze należy brać pod uwagę stosunek ewentualnej korzyści do ewentualnego ryzyka. Ponieważ nie ma dowodów na to, że zastosowane leczenie wpływa na odległe rokowanie i przebieg zaburzenia, farmakoterapia tików jest leczeniem wyłącznie objawowym. Istnieją ścisłe wytyczne, zgodne z aktualnymi zaleceniami ekspertów, którymi trzeba się kierować, podejmując decyzję o włączeniu farmakoterapii. Powinna ona zostać rozważona

jako opcja terapeutyczna w sytuacji, gdy tiki powodują: 1) wysoki poziom dyskomfortu (np. są przyczyną dolegliwości bólowych, wiążą się z uszkodzeniami ciała), 2) istotne problemy w funkcjonowaniu społecznym chorego (izolacja, stygmatyzacja, przemoc ze strony rówieśników), 3) istotne trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym (dołączające się objawy lękowe, depresyjne), 4) istotne zaburzenia funkcjonowania szkolnego/zawodowego (negatywnie wpływają na osiągnięcia szkolne).

Podczas wystąpienia zostaną zaprezentowane przypadki zespołów tikowych, w przebiegu których morfologia objawów, pomimo ich stosunkowo niewielkiej częstości, spowodowała wystąpienie istotnych powikłań somatycznych (uszkodzeń ciała, zmian zwyrodnieniowych). Celem prezentacji jest zwrócenie uwagi na konieczność wnikliwej oceny wpływu objawów tikowych na funkcjonowanie i zindywidualizowania planu terapeutycznego w odniesieniu do każdego chorego.

Piśmiennictwo

- Cath DC, Hedderly T, Ludolph AG et al.; ESSTS Guidelines Group: European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part I: assessment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 20: 155–171.
- Roessner V, Plessen KJ, Rothenberger A et al.; ESSTS Guidelines Group: European clinical guidelines for Tourette syndrome and

- other tic disorders. Part II: pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 20: 173–196.
- Verdellen C, van de Griendt J, Hartmann A et al.; ESSTS Guidelines Group: European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part III: behavioural and psychosocial interventions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 20: 197–207.

Ocena rozwoju mowy i komunikacji u dzieci urodzonych przedwcześnie – wyniki badań pilotażowych

Agnieszka Słopień¹, Aneta Wojciechowska², Hanna Szczapa-Krenz³, Roksana Malak⁴, Marta Mozol-Jursza¹

¹ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań, Polska

² Zakład Pedagogiki Specjalnej, Wydział Studiów Edukacyjnych, Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań, Polska

³ Klinika Neonatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań, Polska

⁴ Klinika Reumatologii i Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań, Polska

Każdego roku na świecie rodzi się przedwcześnie ponad 15 mln dzieci, a liczba ta wykazuje tendencję wzrostową (Blencowe *et al.*, 2012). Według definicji podanej przez Światową Organizację Zdrowia za przedwcześnie urodzone uważa się dziecko urodzone po ukończeniu 22., a przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży. W zależności od wieku ciążowego wyróżniono podgrupy: dzieci urodzone skrajnie przedwcześnie (*extremely preterm*, EPT) – <28. tygodnia ciąży, bardzo przedwcześnie (*very preterm*, VPT) – od 28. do <32. tygodnia ciąży, umiarkowanie przedwcześnie (*moderate preterm*, MPT) – od 32. do <34. tygodnia ciąży oraz późno przedwcześnie (*late preterm*, LPT) – od 34. do <37. tygodnia ciąży. Podgrupy te różnią się m.in. dojrzałością ośrodkowego układu nerwowego, ryzykiem powikłań i śmiertelności.

Odsetek dzieci przedwcześnie urodzonych jest odmienny w różnych regionach świata. W Polsce wynosi on 7,29%. Czynnikiem dodatkowo wpływającym na trudności dziecka jest niska urodzeniowa masa ciała, <2500 g. W 2013 roku w Polsce odsetek dzieci z urodzeniową masą ciała poniżej normy wynosił 6,20%.

Poród przedwczesny to druga co do częstości przyczyna śmierci dzieci przed 5. rokiem życia (Liu *et al.*, 2012). Szacuje się, że u ponad 30% dzieci urodzonych przed terminem występują dodatkowe problemy zdrowotne.

W części przypadków istnieje ryzyko opóźnionego lub nieharmonijnego rozwoju (Luu *et al.*, 2009). Powszechnie obserwowane w tej populacji pacjentów są też nieprawidłowości dotyczące różnych aspektów rozwoju języka, mowy i komunikacji (Barre *et al.*, 2011). Wiąże się to z przedwczesnymi narodzinami, niską urodzeniową masą ciała, jak również zwiększoną częstością obserwowanych

u dziecka trudności (np. urazy mózgu, czas hospitalizacji), płcią, czynnikami socjoekonomicznymi i środowiskiem zewnętrznym.

Umiejętności językowe są bardzo ważne dla rozwoju odpowiedniej komunikacji, wspólnego pola uwagi oraz interakcji społecznych (Durkin i Conti-Ramsden, 2007). W ocenie rozwoju języka i komunikacji zwraca się uwagę na szereg aspektów – nie tylko na mowę czynną, lecz także na jej zrozumienie, używanie gestów w komunikacji czy naprzemienność rozmowy. Język ma również subkategorie, takie jak semantyka (znaczenie), gramatyka (struktura), znajomość fonologiczna (zrozumienie dźwięków), dyskurs (integracja informacji w konwersacji) oraz pragmatyka (wykorzystanie języka odpowiednio do kontekstu).

Dane z literatury wskazują na udział czynników biologicznych, środowiskowych i klinicznych w rozwoju mowy, języka oraz komunikacji u dzieci urodzonych przed terminem. Nie wszystkie aspekty języka są jednak zbadane w takim samym stopniu.

Prześledzenie rozwoju języka, mowy i komunikacji w tej grupie wiekowej może przyczynić się do znalezienia wczesnych czynników wymagających szczególnej uwagi i terapii, co z kolei może skutkować ograniczeniem występowania poważnych zaburzeń psychicznych.

Prezentowane badania pilotażowe dotyczą pacjentów urodzonych między 28. a 32. tygodniem ciąży (aktualnie 30 osób). Obserwacja obejmuje czas od narodzin dzieci do ukończenia przez nie 3. roku życia. Pacjenci rekrutowani są od lutego 2017 roku w Klinice Neonatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Przedstawiane wyniki dotyczą okresu pobytu dzieci na oddziale neonatologicznym i czasu do ukończenia przez nie 1. miesiąca życia (wiek skorygowany).

Sesja VI

Epidemiologia depresji u dzieci i młodzieży – skala i skutki choroby

Monika Szewczuk-Bogusławska

Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

Zaburzenia depresyjne (DEP) występują w populacji dzieci stosunkowo często. Pod względem wskaźnika chorobowości są piątą grupą zaburzeń psychicznych w tej grupie wiekowej. Wiele badań dostarcza danych na temat zaburzeń

depresyjnych u dzieci, wskaźniki chorobowości różnią się jednak znacząco w zależności od kategorii zaburzeń. Inne dane uzyskuje się dla całej grupy zaburzeń depresyjnych (DEP), inne – gdy analizowane są one oddzielnie jako

duża depresja (*major depressive disorder*, MDD), dystymia czy depresja nieokreślona (*not otherwise specified*, NOS). Kolejny aspekt depresji wieku rozwojowego dotyczy depresji podprogowej (DP). Depresję podprogową definiuje się jako taką, w której występują co najmniej dwa objawy, ale mniej niż pięć spośród wymaganych do postawienia diagnozy MDD (zgodnie z klasyfikacją DSM-IV), lub taką, w której nie występują zaburzenia funkcjonowania. Depresja wywiera bardzo istotny, niekorzystny wpływ na funkcjonowanie młodego człowieka. Wpływ choroby na codzienne funkcjonowanie można szacować na różne sposoby, a jednym z nich jest ocena stopnia niepełnosprawności podczas choroby.

Cele:

1. Prezentacja aktualnych wskaźników chorobowości dla depresji u dzieci i młodzieży, w tym współchorobowości.
2. Przedstawienie i omówienie bezpośrednich i pośrednich kosztów depresji z uwzględnieniem jakości życia, funkcjonowania, kosztów społecznych i medycznych, a także rodzaju świadczeń leczniczych.

Wyniki: Na całym świecie na DEP choruje około 47 milionów dzieci. Średni wiek zachorowania w grupie dzieci i młodzieży przypada na okres między 11. a 14. rokiem życia. Średnia wieku w momencie rozpoczęcia choroby to 12 lat. Wiek stanowi bardzo ważną zmienną w epidemiologii DEP u dzieci; zachorowalność na depresję (nowe przypadki choroby) wynosi 1–2% w wieku 13 lat oraz 3–7% w wieku 15 lat. Zachorowalność na depresję zachowuje

tendencję wzrostową do okresu wczesnej dorosłości. Płeć stanowi kolejną istotną zmienną w epidemiologii DEP u dzieci. Chorobowość przed okresem dojrzewania jest wyższa wśród chłopców lub taka sama wśród chłopców i dziewcząt. W okresie dojrzewania następuje zmiana proporcji na rzecz wyższej chorobowości u dziewcząt, a potem młodych kobiet. W grupie 13–18-latków ryzyko zachorowania na depresję jest 2–3 razy wyższe wśród dziewcząt niż wśród chłopców, a w przypadku epizodu ciężkiego – nawet 4-krotnie wyższe.

W badaniach dotyczących młodzieży oszacowano, że 63% osób chorujących na depresję doświadcza znaczącej niepełnosprawności w co najmniej jednym obszarze codziennego funkcjonowania.

Okolo 60% adolescentów chorych na depresję jest poddawanych jakiemś leczeniu w ciągu roku poprzedzającego badanie, jednak mała liczba osób otrzymuje leczenie adekwatne do diagnozy (33,9%) albo leczenie w specjalistycznych instytucjach psychiatrycznych. Dane epidemiologiczne sugerują niekorzystny trend występujący w ostatniej dekadzie: wyższe wskaźniki zachorowalności i wzrost liczby nieleczonych pacjentów w grupie młodzieży i młodych dorosłych.

Wnioski: Depresja to częsta i poważna w skutkach choroba okresu rozwojowego. Duża liczba dzieci chorych na depresję nie jest leczona z powodu depresji. Istnieje konieczność poprawy w zakresie diagnostyki i terapii depresji w okresie rozwojowym.

Próby samobójcze i ryzyko samobójstwa u dziewcząt z zaburzeniami zachowania

Monika Szewczuk-Bogusławska¹, Błażej Misiak², Małgorzata Kaczmarek-Fojtar³

¹ Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

² Katedra i Zakład Genetyki, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

³ Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

Zaburzenia zachowania (*conduct disorder*, CD) występują u 2,1% populacji młodzieży, u dziewcząt 3–4 razy rzadziej niż u chłopców. Powszechnie znany jest związek między różnymi zaburzeniami psychicznymi u dzieci i młodzieży a ryzykiem samobójstwa. Niewiele istnieje jednak danych dotyczących częstości prób samobójczych u dzieci z diagnozą zaburzeń zachowania oraz ryzyka samobójstwa w tej grupie pacjentów.

Cele:

1. Oszacowanie częstości prób samobójczych u dziewcząt z CD na podstawie retrospektywnych danych z wywiadu i dokumentacji medycznej, a także określenie aktualnego ryzyka samobójstwa.
2. Ocena związku między próbami samobójczymi w przeszłości i aktualnym ryzykiem samobójstwa a częstością występowania samouszkodzeń.

Metoda: Do badania zakwalifikowano 190 dziewcząt w wieku 13–18 lat. Wszystkie pacjentki przebywały w momencie badania w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii we

Wrocławiu. Na podstawie wyników uzyskanych za pomocą kwestionariusza MINI-Kid (Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents) potwierdzono diagnozę CD i określono ryzyko samobójstwa. Źródłami informacji na temat prób samobójczych i samouszkodzeń były: dokumentacja medyczna (wypisy ze szpitala psychiatrycznego), wywiad od rodziców/opiekunów oraz wywiad od pacjentek.

Wyniki: Na podstawie wywiadu stwierdzono, że 31% dziewcząt deklaruje co najmniej jedną próbę samobójczą w przeszłości, a z analizy dokumentacji medycznej wynikało, że 8,9% badanych było hospitalizowanych po próbie samobójczej. Oszacowano, iż wysokie ryzyko samobójstwa w momencie badania dotyczy 3,2% osób. Stwierdzono istotny statycznie związek między próbami samobójczymi w przeszłości a częstością samouszkodzeń.

Wnioski: Zaburzenia zachowania u dziewcząt wiążą się z dużym ryzykiem zarówno próby samobójczej, jak i samobójstwa.

Ortoreksja – oddzielna jednostka chorobowa, spektrum zaburzeń odżywiania czy wariant zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych?

Izabela Łucka¹, Dorota Janikowska-Hołowieńko², Patryk Domarecki¹, Teresa Plenikowska-Ślusarz³, Małgorzata Domarecka⁴

¹ Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska

² Wojewódzki Szpital Reumatologiczny w Sopocie, Sopot, Polska

³ Wydział Zarządzania, Uniwersytet Gdański, Gdańsk, Polska

⁴ Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Gdański, Gdańsk, Polska

Cele: Celami pracy były: 1) zbadanie rozpowszechnienia ortoreksji w populacji uczącej się młodzieży i młodych dorosłych oraz 2) próba znalezienia odpowiedzi na pytanie, czy ortoreksja jest oddzielną jednostką chorobową, rodzajem zaburzeń odżywiania, czy też wariantem zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych.

Materiał i metoda: Grupę badaną stanowiły 864 osoby, w tym 599 kobiet i 265 mężczyzn. Średnia wieku kobiet wynosiła $20,21 \pm 3,27$ roku, zaś mężczyzn – $18,93 \pm 3,67$ roku. Zastosowano autorski kwestionariusz zbierający podstawowe informacje o badanych oraz kwestionariusze diagnostyczne: ORTO-15, opracowany przez Doninio i wsp. (walidacja w Polsce – Janas-Kozik i wsp.), EAT-26 (Eating Attitudes Test) autorstwa Garnera i Garfinkela, MOCI (Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory), przygotowany przez Hodgsona i Rachmana, oraz BDI-II (Beck

Depression Inventory II) Becka. Wyniki opracowano za pomocą metod statystycznych.

Wyniki: Ryzyko występowania ortoreksji stwierdzono u 27% badanych (za punkt odcięcia przyjęto wynik 35). Osoby te uzyskały istotnie wyższe wyniki w teście zaburzeń odżywiania EAT. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w wynikach testu MOCI ani w występowaniu i głębokości depresji. Najwyższy wskaźnik ryzyka ortoreksji zaobserwowano w grupie gimnazjalistów, najniższe nasilenie zachowań ortorektycznych – wśród licealistów. Osoby, u których można podejrzewać ortoreksję, mają istotnie wyższy wskaźnik BMI. **Wnioski:** Na podstawie przeprowadzonego badania uważamy, że ortoreksja nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej. Wpisuje się ona w spektrum zaburzeń odżywiania. Nie potwierdziliśmy związku między zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi a ortoreksją.

Rozpowszechnienie ortoreksji u młodzieży z anoreksją i bulimią psychiczną oraz nadwagą i otyłością

Magdalena Walnik

Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., Sosnowiec, Polska

Wstęp: Ortoreksja (*orthorexia nervosa*) to zaburzenie przejawiające się patologiczną fiksacją na spożywaniu jedynie zdrowej, właściwej żywności.

W przeciwieństwie do jadłowstrętu psychicznego czy żarłoczności psychicznej ortoreksja koncentruje się na jakości pożywienia, a nie na jego ilości. Głównym dążeniem ortorektyków nie jest utrata masy ciała, lecz chęć osiągnięcia „doskonałości” i „czystości” poprzez restrykcyjne selekcjonowanie, odpowiednie przygotowywanie i konsumowanie żywności. Ortoreksja, podobnie jak jadłowstręt psychiczny, może skutkować niedoborami i utratą masy ciała oraz wywoływać szereg komplikacji zdrowotnych. Występowanie objawów ortoreksji jest bardziej prawdopodobne u młodych osób obarczonych nadwagą lub otyłością i związane z obecnością zaburzeń odżywiania.

Metodyka: Analizowana grupa kliniczna składała się z 42 osób z diagnozą restrykcyjnej postaci jadłowstrętu psychicznego, 12 osób z bulimią psychiczną i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego, 15 osób z otyłością i 15 osób z nadwagą oraz po 1 rodzicu/opiekunie faktycznym osób

badanych. Grupę kontrolną stanowiły osoby bez rozpoznania klinicznego zaburzeń odżywiania, nadwagi i otyłości (32 osoby) oraz po 1 rodzicu/opiekunie. Wiek adolescentów mieścił się w przedziale 15–21 lat, natomiast średni wiek wyniósł 17,5 roku.

Badani z zaburzeniami odżywiania byli pacjentami Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Centrum Pediatrii w Sosnowcu lub pacjentami ambulatoryjnymi Poradni Psychiatrycznej dla Dzieci tego szpitala. Osoby z otyłością i nadwagą to uczestnicy programu mającego na celu pomoc dzieciom i młodzieży w walce z otyłością i nadwagą, realizowanego na terenie szpitala, a także uczniowie gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych z wybranych miast województwa śląskiego. Grupa kontrolna składała się z uczniów gimnazjów, szkół ponadgimnazjalnych i studentów pielęgniarstwa z wybranych miast województwa śląskiego, jak również ich rodziców/opiekunów. Rozpoznanie anoreksji i bulimii psychicznej ustalane było na podstawie kryteriów zawartych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji

Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 i klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5. Do stwierdzenia nadwagi i otyłości wykorzystano wskaźnik wagowo-wzrostowy (BMI).

W badaniu użyto polskiej wersji kwestionariusza ORTO-15 oraz przystosowanych do warunków polskich: Kwestionariusza Zachowań Związanych z Jedzeniem, Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania i Kwestionariusza Wywiadu.

Wyniki: Najwyższy odsetek występowania ortoreksji dotyczył osób z bulimią (50%), a w dalszej kolejności – adolescentów z anoreksją (36%), nadwagą (27%), otyłością (20%) i grupy kontrolnej (12,5%). Równocześnie wykazano, że badane grupy młodzieży nie różniły się statystycznie istotnie pod względem średniej wartości współczynnika ryzyka ortoreksji. Stwierdzono istotnie wyższe ryzyko ortoreksji w przypadku uczestnictwa w zajęciach pozalekcyjnych i palenia papierosów przez adolescentów. Wykazano, że im wyższe wartości czynników: restrykcje dietetyczne,

dążenie do bycia szczupłym, nieefektywność, obawy przed dojrzeniem, tym wyższe prawdopodobieństwo ortoreksji. Nie odnotowano istotnej statystycznie zależności między ryzykiem wystąpienia cech ortoreksji u adolescentów i u ich opiekunów.

Wnioski:

1. Wyniki wskazują na zwiększone zagrożenie ortoreksją wśród osób z anoreksją i bulimią psychiczną oraz nadwagą i otyłością.
2. Czynniki, które najwyraźniej wpływają na obecność cech ortoreksji wśród adolescentów, to uczestnictwo w zajęciach pozalekcyjnych i palenie papierosów.
3. Istnieją zależności między ryzykiem ortoreksji a czynnikami świadczącymi o zaburzeniach odżywiania oraz tendencjach do nadwagi i otyłości.
4. Nie wykazano związku między ryzykiem wystąpienia objawów ortoreksji u młodzieży a ryzykiem wystąpienia tychże objawów u opiekunów.

Samouszkodzenia (NSSID) w zaburzeniach zachowania – analiza kryteriów NSSID według DSM-5

Monika Szewczuk-Bogusławska

Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

Samouszkodzenia, którym nie towarzyszą intencje samobójcze (*non-suicidal self-injury disorder*, NSSID), od wielu lat są przedmiotem obserwacji i badań. W klasyfikacji DSM-5 zostały zakwalifikowane jako jednostka nozologiczna wymagająca dalszych badań potwierdzających jej odrębność i szacujących rzetelność kryteriów diagnostycznych. Aktualnie proponowane kryteria samookaleczeń bez tendencji samobójczych obejmują: wymaganą liczbę dni w ciągu roku, kiedy dokonywane są samouszkodzenia, metody samookaleczeń (kryterium A), funkcje samookaleczeń (kryterium B), objawy psychopatologiczne występujące bezpośrednio przed aktem samookaleczenia lub z dużą częstotliwością mimo braku samookaleczenia (kryterium C). Ponadto wymagane jest potwierdzenie osobistego dyskomfortu albo zaburzeń funkcjonowania w różnych sferach życia w związku z samookaleczeniami (kryterium E). Diagnozę wyklucza się, gdy samouszkodzenia są akceptowane kulturowo (np. tatuże) – kryterium D – lub gdy występują w przebiegu innych chorób psychicznych (np. niepełnosprawności intelektualnej czy zaburzeń ze spektrum autyzmu) – kryterium F.

Cel: Weryfikacja hipotezy, że dziewczęta z zaburzeniami zachowania (*conduct disorder*, CD), które spełniają kryteria NSSID (na podstawie kryteriów A i E), różnią się pod względem nasilenia poziomu agresji, objawów depresyjnych, lękowych oraz samooceny od osób z diagnozą CD, które nie spełniają kryteriów DSM-5. Kryteria B i C zostały potwierdzone, jednak wyłączone z dalszych analiz ze względu na uniwersalny charakter (niezwiązany z częstością ani wpływem na funkcjonowanie). Do badania nie

kwalifikowano osób, które spełniły kryterium D, i osób z diagnozą mieszczącą się w kryterium F.

Metoda: Zakwalifikowano 180 dziewcząt w wieku 13–18 lat z rozpoznaniem CD, które w chwili prowadzenia badania przebywały w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii we Wrocławiu. Kryterium A weryfikowano na podstawie wywiadu zawierającego pytania dotyczące częstości występowania i stosowanych metod samouszkodzenia. Do oceny kryterium F użyto kwestionariusza GAF (Global Assessment of Functioning). W celu oceny nasilenia objawów psychopatologicznych zastosowano kwestionariusze: BPAQ (Buss–Perry Aggression Questionnaire), CDI (Children’s Depression Inventory), STAI (State-Trait Anxiety Inventory) oraz SES (Rosenberg Self-Esteem Scale).

Wyniki: Potwierdzono różnice w nasileniu lęku jako cechy, objawów depresyjnych, gniewu i wrogości oraz różnice w samoocenie między osobami, które spełniają kryteria DSM-5, a osobami, które nigdy nie dokonywały samouszkodzeń. Nie odnotowano różnic w funkcjonowaniu między grupami. Stwierdzono, że dziewczęta spełniające kryteria DSM-5 cechuje większe nasilenie agresji fizycznej, gniewu i wrogości niż te dokonujące samouszkodzeń sporadycznie. Ponadto wykazano, że osoby spełniające kryteria funkcjonują gorzej niż osoby rzadko dokonujące samouszkodzeń.

Wnioski: Dziewczęta, które spełniają kryteria NSSID, cechuje wyższy poziom agresji niż osoby, które sporadycznie dokonują samouszkodzeń. Niejednoznaczne różnice nasilenia innych objawów wskazują na konieczność dalszych badań w celu ewentualnej weryfikacji kryteriów DSM-5.

Badania przesiewowe w kierunku zaburzeń neurorozwojowych. Fakty, mity, zagrożenia

Anna Rozetti¹, Ewa Kusideł², Miłosz Rozetti^{1,3}

¹ Centrum Diagnostyki i Terapii Autyzmu NAVICULA w Łodzi, Łódź, Polska

² Katedra Ekonometrii Przestrzennej, Uniwersytet Łódzki, Łódź, Polska

³ Wydział Psychologii, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Warszawa, Polska

Zaburzenia ze spektrum autyzmu oraz inne, często współwystępujące z nimi zaburzenia neurorozwojowe stanowią coraz poważniejszy problem społeczny. Wczesna diagnoza i szybko rozpoczęte oddziaływania terapeutyczne są jedynym sposobem na ograniczenie zakresu i nasilenia długofalowych skutków tych zaburzeń.

Problematyka wystąpienia związana jest z poszukiwaniem odpowiedzi na pytania: Czy organizowanie badań przesiewowych na terenie miejskich placówek (żłobki, przedszkola) ma sens? W jaki sposób należy planować takie badania, żeby były zarówno skuteczne, jak i ekonomiczne? Czy wartość predykcyjna kwestionariuszy przesiewowych jest taka sama wtedy, gdy rodzice najpierw sami zgłaszają obawy związane z rozwojem własnego dziecka, a dopiero potem wypełniają kwestionariusz, oraz wtedy, gdy wypełniają kwestionariusz podczas rutynowych badań przesiewowych? Czy owa wartość predykcyjna jest różna, kiedy kwestionariusz dotyczący danego dziecka wypełniają różne osoby? Próba odpowiedzi na te pytania zostanie podjęta na podstawie badań przeprowadzonych w ramach miejskiego programu przesiewowego „Badamy Dzieci w Łodzi”.

Omawiane badania odnosiły się do zaburzeń ze spektrum autyzmu, ale dzięki nim udało się zauważyć również inne zagrożenia neurorozwojowe w populacji dzieci. Respondentami typowanymi do wypełnienia kwestionariusza były grupy: matek, ojców, rodziców wypełniających

kwestionariusz wspólnie, a także opiekunów dzieci ze żłobka. W badaniach wykorzystano metodę quasi-eksperymentu psychologicznego. W części pierwszej użyto techniki ankietowania z zastosowaniem kwestionariusza przesiewowego M-CHAT-R (Modified Checklist for Autism in Toddlers), służącego do przydzielenia dzieci do grupy pozadyspersyjnej (czyli grupy niskiego ryzyka zaburzeń) lub do grupy osób, które powinny zostać poddane kolejnemu etapowi badań przesiewowych w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu. W drugiej części badań wykorzystano technikę obserwacji z użyciem wystandaryzowanego narzędzia obserwacyjnego SACS-R (Social Attention and Communication Study – Revised), dzięki któremu dokonano weryfikacji grupy wyłonionej za pomocą M-CHAT-R jako grupy z podwyższonym ryzykiem. Następnie wytypowano dzieci, które powinny zostać skierowane na badania specjalistyczne w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu do odpowiedniej placówki referencyjnej albo na pogłębioną diagnostykę w kierunku innych zaburzeń psychicznych lub neurorozwojowych do poradni psychologiczno-pedagogicznej bądź poradni zdrowia psychicznego.

Badania – na terenie 30 łódzkich żłobków – prowadzili pracownicy Centrum Diagnostyki i Terapii Autyzmu NAVICULA w Łodzi. Populacja objęta badaniem liczyła 542 osoby spośród 1200 dzieci spełniających kryterium wiekowe (16–30 miesięcy).

Warsztaty

Psychoterapia depresji u osób młodych

Lidia Popek

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, Polska

Jeżeli w okresie dzieciństwa lub adolescencji wystąpi pierwszy epizod depresji, może on zakłócić lub nawet uniemożliwić dalszy satysfakcjonujący rozwój, szczególnie że istnieje wysokie ryzyko nawrotów choroby, w pierwszym roku sięgające nawet 33%. W związku z tym postępowanie terapeutyczne w zaburzeniach depresyjnych powinno rozpoczynać się jak najwcześniej i obejmować leczenie fazy ostrej, następnie podtrzymywanie poprawy objawową z dążeniem do możliwie najlepszego funkcjonowania pacjenta oraz zapobieganie nawrotom.

Obraz kliniczny zaburzeń depresyjnych jest zróżnicowany, czasami utrudniający albo uniemożliwiający rozpoczęcie psychoterapii. Często stopień nasilenia objawów wymaga

interwencji farmakologicznej, a prowadzenie psychoterapii jest możliwe dopiero wówczas, gdy stan psychiczny chorego poprawi się. Postępowanie terapeutyczne wymaga uzgodnienia z pacjentem, a jeżeli nie ukończył on 18 lat – również z jego rodzicami. Młodzi dorośli samodzielnie podejmują decyzje dotyczące terapii, ale nierzadko wymagają rodzinnego lub środowiskowego wsparcia w postaci motywacji do rozpoczęcia procesu psychoterapii i do jego kontynuacji. W licznych opracowaniach dotyczących psychoterapii zwraca się uwagę, że stosowane metody powinny respektować wymagania medycyny opartej na dowodach (*evidence-based medicine*, EBM). Obecnie wymieniane są trzy podejścia terapeutyczne o potwierdzonej skuteczności w leczeniu

młodych osób z depresją. Są to: terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive behavioural therapy*, CBT), psychoterapia interpersonalna (*interpersonal psychotherapy*, IPT) oraz terapia rodzinna oparta na więzi (*attachment-based family therapy*, ABFT). Systematyczny przegląd badań dotyczący psychoterapii psychodynamicznej, zarówno długoterminowej (*long-term psychodynamic psychotherapy*, LTPP), jak i krótkoterminowej (*short-term psychodynamic psychotherapy*, STPP), wykazał, że istnieją wskazania do stosowania tego podejścia w leczeniu zaburzeń internalizacyjnych u młodych osób, szczególnie depresji u dzieci i młodzieży. W postępowaniu terapeutycznym z młodymi pacjentami warto skorzystać z zaleceń American Academy Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) dotyczących znaczenia psychoedukacji, sposobu funkcjonowania zespołu terapeutycznego, współpracy z rodzicami oraz instytucjami oświatowymi. W ostatnich latach rozwija się trzecia fala

interwencji terapeutycznych. Do testowanych podejść należą: terapia akceptacji i zaangażowania (*acceptance and commitment therapy*, ACT), terapia dialektyczno-behawioralna (*dialectical behaviour therapy*, DBT) i terapie oparte na uważności (terapia poznawcza oparta na uważności – *mindfulness-based cognitive therapy*, MBCT, redukcja stresu oparta na uważności – *mindfulness-based stress reduction*, MBSR). Dotychczasowe wyniki wydają się obiecujące, ale konieczne są dalsze badania, szczególnie nastawione na obserwację efektów długoterminowych i wpływu wymienionych interwencji na zapobieganie nawrotom. Celem psychoterapii powinno być takie działanie, które prowadzi do ustąpienia objawów lub ich minimalizacji, ponieważ w przeciwnym wypadku utrzymują się podostre objawy depresji i zwiększa się ryzyko nawrotów, a tym samym nasila się kryzys w rozwoju psychospołecznym młodej osoby.

Terapia poznawczo-behawioralna pacjentów w okresie adolescencji z objawami nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) – doświadczenia własne

Witold Pawliczuk

Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD) jest zaburzeniem często występującym wśród dzieci i młodzieży. Obraz kliniczny tego zaburzenia zmienia się wraz z wiekiem, a tym samym pojawiają się nowe problemy, z jakimi pacjenci w okresie adolescencji zgłaszają się do terapii (np. konflikty z opiekunami, trudności z utrzymaniem relacji rówieśniczych, problemy z planowaniem działań, rozwiązywaniem problemów, wytrwałością czy koncentracją

uwagi podczas nauki). W trakcie warsztatu omówiony zostanie protokół terapii poznawczo-behawioralnej ADHD S. Young i J. Bramham, przeznaczony do pracy z młodzieżą i młodymi dorosłymi. Zaprezentowane zostaną niektóre techniki radzenia sobie z objawami osiowymi oraz problemami towarzyszącymi zawarte w tym protokole. Autor podzieli się również własnymi spostrzeżeniami i doświadczeniami z pracy z pacjentami z objawami ADHD.

Rozwój kompetencji społecznych poprzez trening teorii umysłu u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Karolina Dyrda, Renata Bieniek-Pocielej

Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

W procesie terapii zaburzeń ze spektrum autyzmu (*autism spectrum disorder*, ASD) stosuje się różnorodne metody, adekwatne do poziomu funkcjonowania osób objętych rehabilitacją i do obszarów ich największych trudności. Najczęściej wykorzystywane są cztery rodzaje metod: behawioralne, edukacyjne i rozwojowe oraz poznawczo-behawioralne w odniesieniu do osób z mniej nasilonymi objawami, dobrze funkcjonujących poznawczo. Coraz więcej programów terapeutycznych opiera się na stymulowaniu deficytowych funkcji poznawczych. Jednym z nich jest

program uczenia dzieci „czytania umysłu”, bazujący na pięciu poziomach rozumienia stanów wiedzy: prostym wizualnym przyjmowaniu perspektywy, złożonym wizualnym przyjmowaniu perspektywy, rozumieniu zasady, że „zobaczyć znaczy wiedzieć”, przewidywaniu zachowania danej osoby na podstawie jej stanu wiedzy oraz rozumieniu fałszywych przekonań (Howlin *et al.*, 2010). Inne programy koncentrują się na rozwijaniu teorii umysłu i funkcji wykonawczych czy też treningach kompetencji społecznych opartych na rozwijaniu teorii umysłu. Polskie doświadczenia w tym

zakresie to programy terapeutyczne ukierunkowane na rozwój różnych poziomów teorii umysłu oraz programy bazujące na rozpoznawaniu emocji, umiejętności rozwiązywania problemów, rozwijaniu umiejętności współpracy, komunikacji i uczestniczenia w interakcjach (Pisula, 2015). Celem warsztatu jest dostarczenie praktycznej wiedzy na temat interwencji terapeutycznych rozwijających teorię

Piśmiennictwo

Howlin P, Baron-Cohen S, Hadwin J: Jak uczyć dzieci z autyzmem czytania umysłu. Wydawnictwo Jak, Kraków 2010.

umysłu w odniesieniu do dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Wspólnie z uczestnikami zastanowimy się, w jaki sposób opracowywać całe programy terapeutyczne oraz jak tworzyć pojedyncze ćwiczenia, aby poprawić funkcjonowanie dzieci z ASD w obszarze kompetencji społecznych i komunikacyjnych.

Pisula E: Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2015.

Edukacja studentów różnych dziedzin w psychiatrii dzieci i młodzieży – nowoczesność i integracja

Wojciech Kosmowski

Katedra Psychiatrii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz, Polska

W psychiatrii dzieci i młodzieży niejednokrotnie wymagana jest współpraca z przedstawicielami dziedzin innych niż medyczne. Ważne, by już na etapie edukacji przeddyplomowej przekazywać informacje i uczyć umiejętności, które będą mogły zostać wykorzystywane przez różnych profesjonalistów. Metody powinny być różnorodne, angażować studenta, uwzględniać rolę kultury w rozumieniu zaburzeń psychicznych i wskazywać możliwości dokształcania. Szczególne wyzwanie stanowi zmiana metod edukacji i wprowadzenie VI roku studiów medycznych, mające umożliwić studentom zdobywanie umiejętności praktycznych.

Celem warsztatu jest wymiana doświadczeń różnych środowisk w prowadzeniu działań na rzecz edukacji studentów w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży. Szkolenie to powinno mieć odniesienie do Europejskich ram kompetencji w psychiatrii (European Framework for Competencies in Psychiatry, EFCP) – aby być dla studentów medycyny podstawą i wstępem do ich zdobycia czy późniejszej współpracy ze specjalistami w dziedzinie psychiatrii. Dla studentów innych dziedzin ważne jest zaś to, by rozumieli rolę lekarza psychiatry w opiece zdrowotnej, a w swoich profesjonalnych zadaniach – np. pielęgniarki, psychologa, psychoterapeuty, pracownika socjalnego – mogli korzystać ze wsparcia lekarza specjalisty, gdy niosą pomoc dzieciom, młodzieży i ich rodzinom dotkniętym zaburzeniami psychicznymi. Podczas pierwszej części warsztatu zostaną przedstawione wypracowane w Bydgoszczy (w Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika oraz na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego) metody edukacji w zakresie

psychiatrii dzieci i młodzieży z użyciem nowoczesnych technologii oraz przykładowe scenariusze możliwe do zastosowania w centrach symulacji medycznych. Obejmują one badanie stanu psychicznego, metody zbierania wywiadu i sprawdzania wiadomości za pomocą filmów wideo.

Druga część prezentacji obejmuje metody pozwalające osiągnąć większe zaangażowanie studentów w proces dydaktyczny. Są to gotowe scenariusze zajęć i przykłady zadań polegających na poszukiwaniu źródeł w internecie według wskazówek asystenta, a ponadto metody korzystania ze wskazanych stron WWW (np. portal eMedicine – Medscape, wybrane portale organizacji rządowych, np. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – PARPA, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA), książek (np. J. Korczaka, A. Kępińskiego), artykułów w czasopismach profesjonalnych i popularnych poświęconych psychiatrii, wraz z prezentowaniem wybranych zasobów koleżankom i kolegom z grupy ćwiczeniowej.

Trzecia część zawiera elementy związane z warsztatem pracy profesjonalisty: schematy zbierania wywiadu, badania stanu psychicznego, diagnostyki różnicowej, przygotowania do konsylium i konsultacji profesorskiej, rozwiązywania przypadków. Wszystko to pomoże studentom przygotować się do pracy zawodowej oraz zdobyć niezbędne umiejętności i wiedzę.

Dla uczestników warsztatu dostępne będą materiały z przykładami prezentowanych rozwiązań. Ułatwią one dyskusję i wymianę doświadczeń różnych osób oraz instytucji w prowadzeniu edukacji.

Postery

Psychoterapia zaburzeń snu u dzieci – autorski model terapii

Małgorzata Talarczyk

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań, Polska

Problem: W ostatnich latach w ramach praktyki ambulatoryjnej coraz częściej zdarzało mi się pracować z rodzinami, które szukały pomocy z powodu lęku nocnego i zaburzeń snu u dziecka. Opisane sytuacje dotyczyły dzieci w wieku 7–12 lat, a pojawienie się objawów poprzedzał zwykle wieloletni okres bezproblemowego spania dzieci we własnych pokojach.

W przypadkach lęku nocnego i zaburzeń snu u dzieci prowadziłam terapię rodzinną w paradygmacie systemowym oraz terapię indywidualną dziecka w podejściu behawioralno-poznawczym.

Metody i techniki pracy terapeutycznej: W ramach indywidualnej terapii behawioralno-poznawczej dziecka stosowanymi technikami były trening relaksacyjny i systematyczna desensytyzacja.

W pracy terapeutycznej z rodziną wykorzystywałam podejście systemowe, w ramach którego formułowałam hipotezy związane zarówno z rozwojową fazą rodziny, jak i ze specyficzną sytuacją każdej z rodzin. Praca terapeutyczna z rodziną zawierała także elementy behawioralne, polegające na propozycji stosowania wzmocnień pozytywnych przy wprowadzaniu rekwizytu nazwanego przeze mnie „nocnym łącznikiem”.

1. Idea „nocnego łącznika” – poszukując rozwiązania, które zapewniałoby dziecku poczucie bezpieczeństwa i emocjonalnej bliskości z rodzicami przy zachowanej odległości fizycznej, przyjąłam hipotezę, że bliskość psychiczną przy zachowanym dystansie fizycznym może dziecku dawać poczucie więzi. Szukając odpowiedniej formy w celu sprawdzenia tej hipotezy, uwzględniłam możliwości rozwojowe dzieci: okres między 7. a 12. rokiem życia cechuje faza myślenia konkretnego. Oznacza to, że zaproponowana forma symbolicznej więzi powinna być zarazem konkretnym rekwizytem. Przejawem więzi mogło więc stać się jednocześnie symboliczne połączenie i konkretne „związanie”. Dlatego też jako rekwizyty służące do „nocnego połączenia” i „powiązania” dziecka z rodzicem

proponowałam sznurki albo linki. Tak właśnie powstała idea „nocnego łącznika”.

2. „Nocny łącznik” przydzielany był rodzicom naprzemiennie: jednej nocy był w rękach matki, a kolejnej – w rękach ojca. Każdy z rodziców na zmianę przywiązywał sobie jeden koniec sznurka do palca dłoni lub do nadgarstka. Drugi koniec sznurka dziecko przywiązywało do swojego łóżka bądź szafki nocnej, w taki sposób, aby sznurek znajdował się w zasięgu ręki.
3. Przyjęłam następujące hipotezy dotyczące strategicznych funkcji „nocnego łącznika”:
 - D. Zachowana zostaje więź emocjonalna z rodzicami przy braku bliskości fizycznej. Kształtowanie tego typu więzi może pełnić funkcję modelującą w odniesieniu do relacji dziecko–rodzic w fazie rodziny z dorastającym dzieckiem i w fazie pustego gniazda.
 - E. Zachowanej więzi towarzyszy dystans, konieczny do rozwoju separacji. Bez poczucia bliskości emocjonalnej z jednoczesnym przyzwoleniem na oddalenie trudne lub niemożliwe jest doświadczanie przez dziecko separacji od rodziców.
 - F. Wyeliminowana zostaje funkcja podtrzymująca objawy, jaką było spełnianie oczekiwań dziecka, czyli spanie razem z rodzicem.
 - G. Rodzic jest dostępny, gdy dziecko tego potrzebuje, co sprzyja modelowaniu relacji typowych dla fazy rodziny z dzieckiem dorastającym. W procesie terapii modelowanie to przebiega na zakontraktowanych przez rodzinę warunkach.
 - H. Zaangażowanie obojga rodziców – zawarcie kontraktu przewidującego symetryczny udział matki i ojca – jest sytuacją modelującą zmiany relacji z dzieckiem.
 - I. Zastosowanie „łącznika” jest sytuacją zaplanowaną i dokładnie określoną przez terapeutę, co wzmacnia poczucie bezpieczeństwa zarówno dziecka, jak i rodziców.

Hiperseksualność – nowe spojrzenie, stare trudności diagnostyczne i terapeutyczne

Ewelina Dubas-Szweda¹, Maja Krefft^{2,3}

¹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, Wrocław, Polska

² Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

³ Centrum Neuropsychiatrii Neuromed, Wrocław, Polska

Hiperseksualizm opisywany jest jako powtarzające się intensywne zainteresowanie fantazjami seksualnymi, odczuwanie popędu seksualnego i związane z tym zachowania, prowadzące do niekorzystnych konsekwencji.

W ICD-10 wzmoczone potrzeby seksualne wymieniane są w ramach organicznych zaburzeń psychicznych i nieorganicznych zaburzeń seksualnych oraz w dziale dotyczącym zaburzeń nastroju – w opisie manii. W ICD-11 kategoria

„nadmierny popęd seksualny” zostanie zastąpiona „kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi” i wyłączona do działu zaburzeń kontroli impulsów. Definiowana będzie jako stała tendencja do braku kontroli intensywnych impulsów seksualnych w dłuższym czasie, co rzutuje na funkcjonowanie społeczne, rodzinne, zawodowe i inne, prowadząc do jego degradacji.

Prezentowany opis przypadku dotyczy pacjentki, u której silne pobudzenie seksualne wystąpiło około 13. roku życia i objawiało się utrzymywaniem kontaktów intymnych z licznymi starszymi partnerami za pieniądze. Towarzyszyły temu ucieczki z domu oraz ryzykowne używanie substancji psychoaktywnych i alkoholu. Mnogość i charakterystyka

objawów długo skłaniały specjalistów do rozpoznawania zaburzeń zachowania i nieprawidłowo kształtującej się osobowości. Powodowało to odsunięcie w czasie postawienia prawidłowej diagnozy, a co za tym idzie – wdrożenia skutecznej terapii. Rozpoznanie u pacjentki choroby afektywnej dwubiegunowej i zastosowanie węglanu litu (750 mg na dobę) w połączeniu z olanzapiną (15 mg na dobę) wpłynęło stabilizująco na jej nastrój, a zarazem obniżyło popęd seksualny.

W opisie tego przypadku zajmujemy się diagnostyką różnicową zaburzeń zachowania oraz choroby afektywnej dwubiegunowej u młodzieży, jednocześnie zestawiając kontekst hiperseksualności obecny w ICD-10 z nową kategorią kompulsywnych zachowań seksualnych, która ma się pojawić w ICD-11.

Praktyczne aspekty wsparcia środowiskowego dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi na przykładzie działań Fundacji FOSA

Alina Kaszkiel-Suska, Daria Sas-Bojarska

Fundacja Oparcia Społecznego Aleksandry FOSA, Gdańsk, Polska (Alina Kaszkiel-Suska – prezes Fundacji FOSA, oligofrenopedagog, terapeuta środowiskowy; Daria Sas-Bojarska – koordynator ŚDS, psychoterapeuta certyfikowany PTP, psycholog)

Wystąpienie obejmie prezentację środowiskowych form wsparcia dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi stosowanych w Środowiskowym Domu Samopomocy „Młodzieżowy Szopen” i uzupełnianych takimi formami, jak kluby samopomocy, mieszkania wspomagane, poradnictwo rodzinne czy centrum informacji i wsparcia, realizowanymi przez Fundację FOSA od 2008 roku.

Środowiskowy Dom Samopomocy, który od 16 lat zapewnia wsparcie w trzech pionach: psychoterapeutycznym, treningowym i szkolnym, stanowi ofertę unikatową w skali kraju. Działalność ŚDS bazuje na ścisłej współpracy z rodzicami uczestników oraz nauczycielami i wychowawcami. Role członków zespołu terapeutycznego przenikają się i są różnorodne. Placówka jako „bezpieczna matka” udziela wsparcia, a bogate w aktywizację społeczną formy pracy

terapeutycznej reprezentują „aktywnego ojca”. Życie w placówce toczy się w oparciu o społeczność terapeutyczną. Relacja z uczestnikami jest realna, a przeniesienia i przeciwprzeniesienia mogą być kontenerowane w zespole terapeutycznym i umieszczane w procesach psychoterapeutycznych indywidualnych pacjentów. System wsparcia młodzieży stosowany przez Fundację FOSA uzupełniają formy ambulatoryjne i klubowe, dające możliwość kontynuacji terapii przez uczestnika i szerszego objęcia pomocą jego rodziny.

Na koniec wystąpienia zostaną przedstawione wnioski i refleksje dotyczące działalności Fundacji FOSA, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia budowy międzyresortowej sieci oparcia oraz brakujących elementów w obszarze psychiatrii środowiskowej dzieci i młodzieży na terenie Gdańska i województwa pomorskiego.

Inteligencja emocjonalna (IE) w zaburzeniach psychicznych u dzieci i młodzieży

Joanna Halicka, Monika Szewczuk-Bogusławska

Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, Polska (Joanna Halicka – studia doktoranckie)

Inteligencja emocjonalna (IE) jest zbiorem umiejętności społecznych, który obejmuje zdolność postrzegania i rozumienia emocji u siebie i innych oraz regulację w celu podjęcia adekwatnego działania, umożliwiającego adaptacyjne zachowanie czy rozwiązanie problemu. Na EI składają się zdolność rozumienia siebie i własnych emocji, kierowania nimi i ich kontrolowania oraz empatia.

Badania wskazują na bezpośredni związek między poziomem IE a zaburzeniami psychicznymi oraz wskaźnikami

dostosowania społecznego (w tym funkcjonowaniem w różnych obszarach i jakością życia).

Celami prezentacji są: 1) przegląd narzędzi do badania IE oraz jej komponentów, 2) omówienie wyników badań dotyczących związku IE z różnymi zaburzeniami psychicznymi w okresie rozwojowym.

Najpopularniejsze testy i kwestionariusze do badania IE to: MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test), PKIE (Popularny Kwestionariusz Inteligencji

Emocjonalnej), SSRI (Schutte Self-Report Inventory, polska adaptacja – INTE, Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej), DINEMO (Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej), EQ-i (BarOn Emotional Quotient Inventory, polska adaptacja – Inwentarz Bar-Ona do Pomiaru Ilorazu Emocjonalnego), TIE (Test Inteligencji Emocjonalnej), TEIQue (Trait Emotional Intelligence Questionnaire), SIE-T (Skala Inteligencji Emocjonalnej – Twarze), TRE (Test Rozumienia Emocji), LEAS (Levels of Emotional Awareness Scale, polska adaptacja – SPSE, Skala Poziomów Świadomości Emocji), TMMS (Trait Meta-Mood Scale). Wszystkie wymienione narzędzia poza MSCEIT mają polską walidację.

Narzędzia badające zdolność do rozumienia i interpretacji własnych emocji to INTE, PKIE (skala: AKC/ROZ), DINEMO (skala: JA), EQ-i (skala: Intrapersonalna), TEIQue (skala: Wgląd i wiedza emocjonalna) oraz SPSE, który bada zdolność do nazywania emocji i rozumienia relacji między słowami a emocjami. Rozumienie i interpretację emocji innych można ocenić, stosując: INTE, PKIE (skala: EMP), DINEMO (skala: INNI), EQ-i (skala:

Interpersonalna), TEIQue (skala: Percepcja emocji i empatia), TMMS (skala: Umiejętności emocjonalne). Kolejny składnik EI – regulację emocjonalną – badają: PKIE (skala: KON), EQ-i (skala: Przystosowanie, Radzenie sobie ze stresem), TEIQue (skala: Regulacja nastroju), TMMS (skala: Samokontrola). Z kolei narzędzie SIE-T bada wyłącznie zdolność do rozpoznawania emocji na twarzach innych osób.

Powyższe narzędzia służą do badania dorosłych i młodzieży.

Rekomendowane narzędzia do badania IE to PKIE oraz INTE – ze względu na ocenę największej liczby obszarów oraz najwyższe wyniki trafności.

Związek IE z zaburzeniami psychicznymi u dzieci i młodzieży został potwierdzony w wielu badaniach. Niski poziom IE u dzieci i młodzieży koreluje z częstszym występowaniem depresji, ADHD, zaburzeń lękowych i zaburzeń zachowania. U nastolatków ma także związek z nadużywaniem substancji psychoaktywnych i uzależnieniem od nich, dokonywaniem samookaleczeń, nieprawidłowymi relacjami społecznymi, wysokim poziomem agresji i autoagresji.

Wakacyjna terapia grupowa jako element kompleksowego leczenia pacjentów z diagnozą zaburzeń odżywiania w Centrum Neuropsychiatrii Neuromed we Wrocławiu – doświadczenia własne

Piotr Musiał¹, Małgorzata Kaczmarek-Fojtar²

¹ Centrum Neuropsychiatrii Neuromed, Wrocław, Polska

² Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

Celem wystąpienia jest przedstawienie własnych doświadczeń związanych z prowadzeniem dwutygodniowej, wakacyjnej terapii grupowej dla pacjentów w okresie adolescencji z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania. Chcielibyśmy zaprezentować znaczenie i miejsce tej formy oddziaływań terapeutycznych w kompleksowym leczeniu osób z zaburzeniami odżywiania w Centrum Neuropsychiatrii we Wrocławiu. Od 15 lat grupa terapeutyczna jest prowadzona w ramach dziennego oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży. Do grupy kierowani są pacjenci w okresie wczesnej adolescencji (13–17 lat) z rozpoznaniem zarówno jałdłowstrętu psychicznego, jak i żarłoczości psychicznej. Maksymalna liczebność grupy to 12 osób. Grupa zwykle jest homogeniczna pod względem płci (dziewczeta) i ma charakter zamknięty. W ciągu 2 tygodni odbywa się 20 sesji, każda trwa 1,5 godziny. Przed przyjęciem do grupy pacjentki wraz z rodzicami umawiane są na spotkania konsultacyjno-kwalifikacyjne, których celem jest rozeznanie psychopatologii i wyjaśnienie celu udziału w grupie terapeutycznej. Już na tym etapie ujawniają się obawy związane z konfrontacją z grupą, tendencje do bardzo silnej rywalizacji przez porównywanie się z wyobrażeniem o wyglądzie innych uczestniczek terapii, lęki związane z objawami. Warunkiem

uczestnictwa jest decyzja lekarza psychiatry o możliwości leczenia w trybie ambulatoryjnym. W trakcie dwutygodniowej terapii pacjentki są pod opieką psychiatry dziecięcego. W grupie uczestniczą osoby będące na różnych etapach leczenia; zawsze jest przynajmniej jedna pacjentka, która dopiero zaczyna leczenie, i pacjentka, która je kończy. Daje to możliwość weryfikacji motywacji do leczenia, wsparcia związanego z przekazem, że wyleczenie jest możliwe, a także pokazuje dziewczętom etapy zdrowienia/chorowania, na których aktualnie się znajdują. Często grupa staje się bodźcem do modyfikacji leczenia. Niektóre pacjentki podejmują decyzję o rozpoczęciu psychoterapii indywidualnej, mimo że wcześniej się opierały, albo wyrażają zgodę na hospitalizację na oddziale stacjonarnym. Praca w grupie w znacznej części opiera się na arteterapii (psychorysunek, psychodrama) i zawiera elementy psychoedukacji. Zwykle korzystamy z następujących form arteterapii: Rysunkowy Test Obrazu Ciała „Nagusek” Katarzyny Schier, „Narysuj siebie jako różę”, „Ja zewnętrzne – Ja wewnętrzne”, „Postać z baśni”, „Wspólny dom”, „Lustro”, „Obrys ciała”, „Ślepiec”. Pomagają one pacjentkom w uzyskaniu wglądu we własną popędowość i konfliktowość. Umożliwiają refleksję i pracę z zaburzeniami w obrazie percepcji własnego ciała, są

pretekstem do poruszania tematu kobiecości. Ułatwiają też zauważenie niektórych problemów w społecznym funkcjonowaniu uczestniczek oraz często nierealizowanych zadań rozwojowych zarezerwowanych dla adolescencji.

Techniki pracy wzbogacone są o dialog terapeutyczny, klaryfikację, omawianie procesu grupowego. Dają one możliwość werbalizacji stanów psychicznych za pomocą słów, powiązania życia wewnętrznego z objawami. Pacjentki konfrontują się z tym, na ile są w stanie zobaczyć straty, zubożenie życia wynikające z chorowania, a na ile zaprzeczają temu, uciekając się do fascynacji objawami i przekonywania siebie, że choroba zapełnia pustkę w ich życiu.

Z naszych doświadczeń wynika, iż to krótkie doświadczenie grupowe umożliwia przede wszystkim pogłębienie diagnozy funkcjonowania pacjentek i pracę z zaburzeniami percepcji w obrazie własnego ciała oraz konfrontuje z motywacją do leczenia, a często z jej brakiem. Celami są uzyskanie refleksji dotyczącej odpowiedzialności za objawy i zachowanie oraz konfrontacja z bezsilnością wobec objawów i poczuciem omnipotencji wobec innych ludzi. W trakcie wystąpienia chcielibyśmy zaprezentować własne refleksje i doświadczenia w oparciu o wytwory pacjentek uczestniczących w terapii grupowej.

Nietypowy zespół objawów psychopatologicznych jako przejaw zaburzeń metabolicznych. Hiperamonemia typu II – opis przypadku

Piotr Niwiński, Barbara Remberk

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, Polska

Cel: Celem pracy jest przeanalizowanie objawów prezentowanych przez 16-letnią pacjentkę szpitala psychiatrycznego prowadzących do postawienia diagnozy zaburzenia cyklu mocznikowego, deficytu transkarbamylazy ornityny.

Metoda: Analiza przebiegu leczenia na podstawie dokumentacji medycznej dokonana przez zespół leczący pacjentkę.

Wyniki: Piętnastoletnia dziewczynka, dotychczas niehospitalizowana psychiatrycznie, została skierowana do Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii przez lekarza psychiatrę z rozpoznaniem wstępnym mutyzmu wybiórczego. W skierowaniu wysunięto podejrzenie psychozy lub zespołu stresu pourazowego.

Przy przyjęciu chora pozostawała bez kontaktu słownego, na niektóre pytania odpowiadała kiwnięciem głowy. W badaniu somatycznym stwierdzono BMI 14,5. Wygląd pacjentki odpowiadał bardziej 12-letniej niż 16-letniej dziewczynce. Przez ostatnie dwa lata nie zmieniły się jej waga ani wzrost, co spowodowało zmianę kanału na siatce centylowej. Zarówno w przeszłości, jak i w trakcie pobytu na oddziale chora eliminowała z diety szereg produktów, odmawiała jedzenia mięsa.

Ustalono rozpoznanie wstępne całościowych zaburzeń rozwojowych i mutyzmu selektywnego. Wdrożono leczenie aripirazolem w dawce maksymalnej 7,5 mg na dobę. W toku dalszej obserwacji, w związku z ograniczaniem ilości i selektywnością przyjmowania pokarmów, diagnozę uzupełniono o jadłowstręt psychiczny atypowy. Chora została włączona do programu zaburzeń odżywiania. Zwiększono kaloryczność posiłków, dodano pokarmy mięsne i odżywkę. Stan pacjentki uległ znacznemu pogorszeniu. Była splątana, zagubiona, bez kontaktu słownego, pobudzona i dziwaczna

w zachowaniu. Objawy o zmiennym nasileniu utrzymywały się przez kolejne dni.

Badanie przedmiotowe, badania neuroobrazowe, rentgen klatki piersiowej i badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej nie wykazały odchyłeń od stanu prawidłowego. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono hiperglikemię – 123 mg/dl oraz poziomy transaminaz ALAT i AspAT powyżej 200 IU/ml. Ponieważ gwałtowne pogorszenie stanu pacjentki zbiegło się w czasie ze zwiększeniem podaży białka, oznaczono również poziom amoniaku. Wynosił on 240,0 µg/dl przy normie do 80 µg/dl.

Dziewczynka została przeniesiona do Oddziału Chorób Metabolicznych Centrum Zdrowia Dziecka.

Wnioski: Cykl mocznikowy to zachodzący w mitochondriach i cytoplazmie komórek wątroby proces przekształcenia aminokwasów (ornityny, cytruliny i argininy) w mocznik w celu wydalenia amoniaku z organizmu. Zaburzenia cyklu mocznikowego, związane z deficytem jednego z enzymów, należą do najpowszechniejszych wad metabolicznych. Najczęściej występuje wrodzony niedobór transkarbamylazy ornitynowej (OTC) – jako skutek nieprawidłowej ekspresji genu *OTC*, znajdującego się na chromosomie X p21.1. Choroba nazywana jest hiperamonemią typu II.

Klasyczna, pełnoobjawowa postać choroby występuje u osób płci męskiej, już w pierwszych dniach życia. Nieleczona hiperamonemia typu II w tej postaci prowadzi do śmierci.

Łagodna postać choroby może ujawnić się w późniejszym wieku, a objawy – występować między okresami pełnego zdrowia. Czynniki wyzwalającymi nadmierną akumulację amoniaku mogą być ostre infekcje lub stres, a także zwiększona podaż białka w diecie.

Ocenia się, że 17–20% heterozygot może być dotkniętych częściowym deficytem OTC. U tych osób w okresie zaostrożenia mogą występować objawy hiperamonemii: utrata apetytu, wymioty, zmiany w zachowaniu, problemy ze snem i zaburzenia świadomości.

U kobiet hiperamonemia typu II może przez wiele lat pozostawać nierozpoznana. Co bardzo istotne, dekompenzacja związana z wymienionymi wyżej czynnikami jest stanem zagrożenia życia.

Czy jest nasza zgoda na przemoc w oddziałach psychiatrii dziecięcej?

Bożena Piróg z Zespołem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego

Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, Wrocław, Polska

1. Rodzaje przemocy w oddziale – obserwacje własne.
2. Jak przemoc jest przeżywana przez dzieci, rodziców, personel?
3. Czy wiemy, jakie niesie skutki w krótkiej i dłuższej perspektywie?
4. Statystyki dotyczące stosowania przemocy w oddziale wrocławskim.
5. Czy są dostępne lepsze sposoby radzenia sobie z niewspółpracującym pacjentem? Doświadczenia innych.
6. Czy chcemy, by było inaczej?

Objawy depresji a korzystanie z internetu przez uczniów szkół ponadgimnazjalnych

Szymon Mizera¹, Karolina Jastrzębska¹, Rafał Niewiadomski¹, Martyna Nowakowska¹, Anna Sobieraj¹, Lena Cichoń^{2,3}, Małgorzata Janas-Kozik^{2,3}

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska

² Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska

³ Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., Sosnowiec, Polska

Wstęp: Internet w ciągu zaledwie kilkunastu lat stał się elementem codziennego życia. Z roku na rok stawał się coraz bardziej nieodzowną częścią funkcjonowania – na płaszczyźnie zarówno gospodarczej, jak i społecznej. Wraz z udogodnieniami związanymi z internetem pojawiły się zagrożenia. Coraz częściej słyszymy o przypadkach uzależnienia od internetu. Jednymi z grup najbardziej zagrożonych są młodzież i młodzi dorośli. Korzystanie z nowych technologii komunikacyjnych uznawane jest za czynność, od której można się uzależnić i która może negatywnie rzutować na rozwój psychiczny, fizyczny i emocjonalny człowieka.

Cele:

1. Zbadanie sposobu korzystania z internetu przez uczniów szkół ponadgimnazjalnych pod kątem możliwości istnienia uzależnienia od internetu. Poznanie skali problemu.
2. Identyfikacja objawów depresji oraz zebranie podstawowych informacji na temat respondentów pod kątem możliwej korelacji z istniejącym uzależnieniem od internetu. Znalezienie czynników ryzyka.

Metoda:

W badaniu zastosowano anonimową ankietę, złożoną z trzech części. Pierwsza część obejmowała ogólne informacje na temat respondenta: jego wiek, płeć, stosowane używki (papierosy, alkohol, narkotyki, dopalacze) czy sposób spędzania wolnego czasu (sport, hobby, zajęcia pozalekcyjne). W drugiej części znajdował się kwestionariusz Internet Addiction Test (IAT) autorstwa Kimberly Young, zaadaptowany do polskich warunków przez zespół Pawła

Majchrzaka i Niny Ogińskiej-Bulik. Kwestionariusz składa się z 20 pytań dotyczących różnych zachowań i odczuć związanych z korzystaniem z internetu. Pytania odnoszą się m.in. do zaniechania obowiązków z powodu internetu i kontroli czasu spędzanego w internecie. Możliwe są odpowiedzi od 1 do 5, świadczące o częstotliwości występowania poszczególnych zjawisk, i odpowiedź 0 – nie dotyczy. Test ocenia korzystanie z internetu pod kątem łagodnego, umiarkowanego i ciężkiego poziomu uzależnienia. Trzecią część badania stanowiła skala depresji Becka – skala samooceny głębokości depresji. Składa się ona z 21 pytań, możliwe są cztery warianty odpowiedzi, od 0 do 3 punktów, w zależności od intensywności objawów. Ankiety wręczano uczniom szkół średnich i zawodowych w latach szkolnych 2015/2016 i 2016/2017. Grupa była rekrutowana na podstawie dobrowolnej zgody na udział w badaniu. Wiek badanych zawierał się w przedziale 18–21 lat. Wszyscy respondenci uczęszczali do szkół w Katowicach. Zbadano 1002 osoby.

Wyniki: Kryteria nadużywania internetu spełnia 1,1% badanych. Większą grupę (9,3%) stanowią osoby zagrożone jego nadużywaniem (wynik testu IAT powyżej 50 punktów). Według testu IAT 49% badanych dość często, często lub zawsze spędza w internecie więcej czasu, niż zamierzały; 37,7% zaznaczyło odpowiedź „Łapię się na tym, że mówię »jeszcze kilka minut«, kiedy nadal jestem w sieci”, a 25,5% zaniebuje obowiązki szkolne z powodu ilości czasu spędzanego w internecie. Osoby dysfunkcyjnie korzystające

z internetu częściej wykazywały objawy depresji (64,4% vs 31,6% w całej grupie badanej).

Wnioski:

1. Uzyskane wyniki świadczą o występowaniu zagrożenia uzależnieniem od internetu wśród uczniów szkół

ponadgimnazjalnych. Szczególnym problemem wydaje się brak kontroli młodych ludzi nad czasem spędzanym w internecie.

2. Istnieje związek między nadmiernym korzystaniem z internetu a objawami depresji.

Poważne czyny zabronione a zaburzenia psychiczne (analiza przypadków pacjentów hospitalizowanych w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie)

Małgorzata Wałęcka¹, Katarzyna Biernacka²

¹ Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie, Garwolin, Polska

² Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Garwolinie, Garwolin, Polska

Wstęp: Popelniane czyny zabronione uwarunkowane są różnymi czynnikami, takimi jak zaburzenia psychiczne, czynniki biologiczne i środowiskowe.

Cel: W ramach badania porównano i przeanalizowano grupy nieletnich pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi przebywających w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w latach 2005–2017, którzy popełnili poważne czyny zabronione.

Materiał i metoda: Do badania włączeni zostali pacjenci hospitalizowani lub poddani obserwacji sądowo-psychiatrycznej w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie.

Wyniki: Porównano grupy pacjentów, u których rozpoznano całościowe zaburzenia rozwoju, zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, uszkodzenie centralnego układu nerwowego i cechy nieprawidłowo kształtującej się osobowości (w tym osobowości dyssocjalnej). Osoby uwzględnione w analizie popełniły poważne czyny zabronione, takie jak zabójstwo i próba zabójstwa.

Wnioski: Wyniki analizy porównawczej wskazują na różnorodne związki rozpoznanych klinicznych z popełnianymi czynami zabronionymi.

Nadpobudliwość psychoruchowa a dysfunkcje tarczycy u dzieci

Marta Serafin-Czaja¹, Magdalena Jarzab¹, Aleksandra Waligóra², Piotr Gorczyca¹, Robert Pudło¹

¹ Katedra Psychiatrii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzcu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Tarnowskie Góry, Polska

² Katedra i Zakład Chemii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzcu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze, Polska

Cel badania: Celem była ocena zależności między zaburzeniami funkcji tarczycy a zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD) i jego poszczególnymi komponentami (zaburzenia koncentracji/uwagi, nadruchliwość, impulsywność) oraz ocena zależności między zaburzeniami funkcji tarczycy a innymi zespołami z nadpobudliwością psychoruchową, w szczególności zaburzeniami ze spektrum autyzmu (*autism spectrum disorder*, ASD).

Metoda: Badanie opierało się na retrospektywnej analizie grupy 67 dzieci (44 chłopców i 23 dziewcząt) w wieku 4–17 lat skierowanych do poradni zdrowia psychicznego z powodu nadpobudliwości psychoruchowej. W tej grupie 43 osoby spełniały kryteria diagnostyczne ADHD, a 29 osób spełniało jednocześnie kryteria diagnostyczne ASD i ADHD.

Jeśli chodzi o diagnostykę tarczycy, 12 osób spełniało

kryteria niedoczynności, 1 osoba – kryteria subklinicznej niedoczynności, 1 osoba – kryteria nadczynności tarczycy, a 53 osoby były w stanie eutyreozy.

Wyniki i wnioski: Najczęstszym zaburzeniem w badanej grupie była niedoczynność tarczycy (19%), nie zaobserwowano jednak związku ADHD z występowaniem niedoczynności ani też związku nadruchliwości, impulsywności czy zaburzeń koncentracji uwagi ze stężeniem TSH, fT3, fT4. Zaobserwowano natomiast wyższą częstość występowania niedoczynności tarczycy u dzieci z ASD (graniczna istotność statystyczna) oraz istotny statystycznie związek ASD ze stężeniem TSH (wyższe stężenie TSH u chorych z ASD). Dokładna analiza związku zaburzeń funkcji tarczycy z ASD wymaga poszerzenia grupy badanych, konieczne jest również uzupełnienie wywiadu o dane związane z chorobami tarczycy u matek.

Badanie wybranych parametrów snu wśród uczniów

Bogna Andrzejczak¹, Janusz Śmigiełski², Agnieszka Gmitrowicz¹

¹ Klinika Psychiatrii Młodzieżowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

² Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koninie, Konin, Polska

Cel: W badaniu podjęto próbę analizy wybranych parametrów snu wśród uczniów szkół ponadpodstawowych z uwzględnieniem wieku i płci uczestników. **Materiał:** Przebadano 125 uczniów w wieku 12–18 lat z losowo dobranych szkół ponadpodstawowych; 56% osób stanowili chłopcy ($n = 70$), a 44% – dziewczęta ($n = 55$). **Metoda:** Uczniowie odpowiadali na 18 pytań zawartych w Kwestionariuszu Oceny Zaburzeń Snu, dokonując samodzielnej, subiektywnej oceny parametrów snu i własnych zachowań mogących wpływać na sen. Następnie porównano określone parametry snu między grupą dziewcząt i chłopców oraz między grupą wczesnych (12–14 lat) i późnych adolescentów (15–18 lat). **Wyniki:** Co trzeci ankietowany zgłosił występowanie problemów ze snem; ponad połowa z tych osób podała, że problemy utrzymują się dłużej niż miesiąc. Ponad 50% ankietowanych zadeklarowało, iż sypia krócej niż 8 godzin w ciągu jednej nocy. Blisko połowa uczniów nie kładła się spać o regularnych porach i miała wydłużoną latencję snu. Największą trudność sprawiało

badanym poranne budzenie się. Blisko połowa uczestników stwierdziła, że wybudza się w nocy, przeważnie raz bądź dwa razy. Dwie trzecie ankietowanych miało poczucie zbyt krótkiego snu, a ponad połowa z nich czuła się zmęczona bądź senna w ciągu dnia. Więcej niż 1/3 badanych miało poczucie zbyt płytkiego snu. Między dziewczętami i chłopcami odnotowano istotne statystycznie różnice w zakresie poczucia zbyt krótkiego snu, poczucia zmęczenia w ciągu dnia oraz poczucia senności w ciągu dnia – w przypadku każdego z tych parametrów dziewczęta częściej zgłaszały występowanie niekorzystnych zjawisk. W porównywanych grupach wiekowych wykazano tylko jedną różnicę istotną statystycznie – dotyczyła ona używania substancji psychoaktywnych, po które znacznie częściej sięgali starsi adolescenti. **Wnioski:** Problemy ze snem są zauważalne już wśród młodzieży szkolnej i niejednokrotnie mają charakter przewlekły. Częściej obserwowano je w grupie dziewcząt, nie odnotowano różnic w parametrach snu między grupami młodzieży młodszej i starszej.