

- INFORMACJA O LEKU OLZAPIN** (Olanzapinum) Lek wydawany z przepisu lekarza. Tabletki powlekane 5 mg i 10 mg. **Wskazania:** Preparat OLZAPIN jest wskazany w leczeniu schizofrenii oraz w zapobieganiu nawrotom choroby afektywnej dwubiegunowej, u pacjentów u których w terapii epizodu manii uzyskano dobrą odpowiedź na leczenie olanzapiną. Preparat OLZAPIN jest skuteczny w długoterminowym leczeniu podtrzymującym pacjentów, u których stwierdzono dobrą odpowiedź na leczenie w początkowej fazie leczenia. **Dawkowanie i sposób podawania:** Schizofrenia: zalecana dawka początkowa to 10 mg na dobę. Zapobieganie nawrotom choroby afektywnej dwubiegunowej: zalecana dawka początkowa to 10 mg na dobę. W czasie leczenia schizofrenii i w celu zapobiegania nawrotom choroby afektywnej dwubiegunowej dawkę dobową można ustalać w zależności od stanu klinicznego pacjenta w zakresie 5-20 mg na dobę. Zwiększenie dawki ponad zalecaną dawkę początkową może nastąpić tylko po ponownej ocenie stanu klinicznego i nie częściej, niż co 24 godziny. Dawkowanie preparatu w specjalnych populacjach, przy współistnieniu innych czynników mogących mieć wpływ na zwolnienie metabolizmu olanzapiny, takich jak: wiek pacjentów powyżej 65 lat, niepalenie tytoniu, skłonność do spadku ciśnienia tętniczego, należy rozważyć zmniejszenie dawki początkowej. U tych pacjentów zwiększanie dawki preparatu należy przeprowadzać z największą ostrożnością. U pacjentów z zaburzoną czynnością wątroby i (lub) nerek należy rozważyć zmniejszenie dawki początkowej do 5 mg na dobę. W przypadku umiarkowanej niewydolności wątroby dawka początkowa powinna wynosić 5 mg i być ostrożnie zwiększana. Dzieci i młodzież: olanzapina nie była badana u pacjentów w wieku poniżej 18 lat. **Przeciwwskazania:** Olanzapina jest przeciwwskazana u pacjentów z potwierdzoną nadwrażliwością na substancję czynną lub jakiegokolwiek inny składnik preparatu oraz u osób z ryzykiem wystąpienia jaskry z otwartym kątem przesączania. Olanzapina nie jest wskazana w leczeniu psychoz związanych z otępieniem, jak również w zaburzeniach zachowania. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności** dotyczące stosowania: U niektórych pacjentów w początkowym etapie leczenia może wystąpić hipotonia ortostatyczna w połączeniu z tachykardią, zawrotami głowy i omdleniami, spowodowana właściwościami $\beta 1$ adrenergicznymi olanzapiny. Ryzyko hipotonii ortostatycznej i omdleń może być zmniejszone przez zastosowanie początkowych dawek 5 mg olanzapiny. Olanzapinę należy stosować ze szczególną ostrożnością u pacjentów z rozpoznaną chorobą układu krążenia (zawał mięśnia sercowego, niedokrwienie, niewydolność serca lub zaburzenia przewodnictwa), u osób ze schorzeniami naczyń mózgowych oraz w warunkach, które mogą predysponować pacjentów do wystąpienia hipotonii (odwodnienie, hipowolemia, terapia preparatami przeciwnadciśnieniowymi). W badaniach klinicznych nie zaobserwowano związku między stosowaniem olanzapiny i trwałym wydłużeniem bezwzględnej długości QT. Jednakże, tak jak w przypadku innych leków przeciwpsychotycznych, należy zachować ostrożność stosując olanzapinę z innymi lekami wydłużającymi odstęp QT, zwłaszcza u pacjentów w podeszłym wieku, pacjentów z wrodzonym zespołem wydłużonego odstępu QT, zastoinową niewydolnością serca, przerostem mięśnia sercowego, zmniejszonym stężeniem potasu lub magnezu we krwi. Olanzapinę należy stosować z bardzo dużą ostrożnością u pacjentów z napadami drgawkowymi lub z niskim progiem drgawkowym np. w chorobie Alzheimera. U pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby oraz u pacjentów leczonych lekami o właściwościach potencjalnie hepatotoksycznych należy zachować szczególne środki ostrożności. Podczas leczenia zaleca się okresową kontrolę aktywności aminotransferaz. U pacjentów, u których stwierdzono zapalenie wątroby, należy przerwać leczenie olanzapiną. Podczas stosowania neuroleptyków może dojść do zahamowania perystaltyki przewodu pokarmowego i aspiracji treści żołądkowej do układu oddechowego, niekiedy prowadzące do zgonu. Olanzapinę i inne leki przeciwpsychotyczne należy stosować z dużą ostrożnością u pacjentów z chorobą Alzheimera. U pacjentów leczonych preparatami przeciwpsychotycznymi może rozwinąć się zespół pod postacią nieodwracalnych, bezwiednych ruchów dyskinetycznych. Obserwuje się także zwiększone ryzyko rozwoju późnych dyskinez oraz prawdopodobierstwo, że będą one nieodwracalne. Dawkę olanzapiny należy ustalić w taki sposób, aby ryzyko wystąpienia późnych dyskinez było minimalne. Jeśli wystąpią dyskinezy, należy przerwać leczenie olanzapiną. Ziośliwy Zespół Neuroleptyczny (ZZN) jest zespołem objawów występujących podczas leczenia preparatami przeciwpsychotycznymi, w tym olanzapiną. W przypadku wystąpienia objawów ZZN, należy przerwać podawanie wszystkich leków przeciwpsychotycznych, w tym olanzapiny. Jeśli po ustąpieniu objawów ZZN pacjent wymaga ponownego wystawienia leków przeciwpsychotycznych decyzję należy podjąć z zachowaniem największych środków ostrożności. Olanzapina może powodować hiperprolaktynemię. Nie ma jednak wystarczających badań potwierdzających, że stosowanie olanzapiny przyczynia się do powstawania nowotworów. Terapia olanzapiną może spowodować zwiększenie masy ciała, hiperglikemię lub nasilenie objawów cukrzycy z towarzyszącą kwasicią ketonową lub śpiączką. Zaleca się monitorowanie stanu klinicznego pacjentów z cukrzycą lub predysponowanych do jej rozwoju. Ponieważ olanzapina wykazuje in vitro aktywność przeciwcholinergiczną powinna być stosowana ze szczególną ostrożnością u chorych z przerostem gruczołu krokowego lub nieodróżnioną porażeniem jelit. Ze szczególną ostrożnością należy podawać olanzapinę pacjentom, u których z różnych przyczyn występuje leukopenia, neutropenia, leukopenia polekowa, u pacjentów z zahamowaniem czynności i (lub) toksycznym uszkodzeniem szpiku wywołanym przez leki, u pacjentów z zahamowaniem czynności szpiku spowodowanym przez współistniejącą chorobę, radioterapię bądź chemioterapię, u pacjentów z hipereozynofilią lub chorobą mieloproliferacyjną. Często zgłaszano neutropenię u pacjentów leczonych jednocześnie olanzapiną i walproinianem. Nie zaleca się stosowania olanzapiny w leczeniu pacjentów przyjmujących agonistów dopaminy u pacjentów z chorobą Parkinsona, może to bowiem spowodować nasilenie objawów parkinsonizmu i omamy. Olanzapina nie jest wskazana w leczeniu pacjentów z objawami psychozy i (lub) zaburzeniami zachowania spowodowanymi otępieniem, z powodu zwiększonej śmiertelności oraz ryzyka występowania niepożądanych zdarzeń naczyńno-mózgowych. Olanzapina podlega intensywnemu metabolizmowi. Jedynie 7% leku jest wydalane w postaci niezmięnionej. Farmakokinetyka olanzapiny była podobna u pacjentów zarówno z umiarkowaną niewydolnością nerek jak i u pacjentów zdrowych, jednak u tych pacjentów należy rozważyć zastosowanie mniejszej dawki. Olanzapina nie jest usuwana poprzez dializę. Wpływ niewydolności nerek na eliminację metabolitów olanzapiny nie został zbadany. Olanzapinę należy stosować ostrożnie u osób w podeszłym wieku, zwłaszcza jeśli współistnieją inne czynniki, które mogą wpłynąć na farmakokinetykę olanzapiny. Średni okres półtrwania olanzapiny jest około 1,5 raza dłuższy u osób powyżej 65 lat, niż u pacjentów w wieku poniżej 65 lat. Klirens olanzapiny jest w przybliżeniu o 30% mniejszy u kobiet niż u mężczyzn. Nie ma jednak znaczących różnic między mężczyznami i kobietami w skuteczności i działaniach niepożądanych olanzapiny. Dostosowanie dawki ze względu na płeć nie jest konieczne. Klirens olanzapiny jest ok. 40 % wyższy u palaczy. Pomimo tego, zmiana dawkowania nie jest zwykle zalecana. Wpływ połączenia takich czynników jak: wiek, palenie tytoniu, płeć, może doprowadzić do znaczących farmakokinetycznych różnic w populacjach. Klirens u młodych palących mężczyzn może być 3 razy wyższy niż u starszych, niepalących kobiet. Modyfikacja dawkowania może być konieczna w przypadku pacjentów, narażonych na połączenie czynników mających wpływ na zwolnienie metabolizmu olanzapiny. Podczas leczenia olanzapiną bardzo rzadko <0,01% zgłaszano przejściowe występowanie zakrzepu z zatorami w układzie żylnym. Ze względu na zawartość laktozy, preparat nie należy stosować u pacjentów z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy Lappa lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy. **Stosowanie w okresie ciąży i karmienia piersią:** Nie przeprowadzono odpowiednich kontrolowanych badań u kobiet w ciąży. Należy poinformować pacjentkę, aby powiadomiła lekarza o zjściu w ciążę lub planowanej ciąży w czasie leczenia olanzapiną. Ze względu na ograniczone doświadczenie u kobiet w ciąży olanzapina powinna być stosowana w ciąży jedynie w przypadku, kiedy spodziewane korzyści dla matki przeważają nad potencjalnym ryzykiem dla płodu. Bardzo rzadko otrzymywano spontaniczne zgłoszenia o wystąpieniu drżenia, wzmożonego napięcia, znacznego spowolnienia i senność u noworodków matek, które stosowały olanzapinę w trzecim trymestrze ciąży. Karmienie piersią: w badaniu z udziałem zdrowych kobiet karmiących piersią wykazywano, że olanzapina była wydzielana z mlekiem kobiecym. U niemowląt średnia ekspozycja (mg/kg mc.) w stanie stacjonarnym stanowiła 1,8% dawki przyjętej przez matkę (mg/kg mc.). Pacjentkom powinno się odradzać karmienie piersią podczas przyjmowania olanzapiny. Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu: Ponieważ olanzapina może powodować senność i zawroty głowy należy uprzedzić pacjentów o konieczności zachowania szczególnej ostrożności podczas obsługiwanie maszyn i prowadzenia pojazdów w trakcie leczenia tym preparatem. **Działania niepożądane:** Bardzo często (powyżej 10%) występującymi działaniami niepożądanymi związanymi ze stosowaniem olanzapiny były senność i zwiększenie masy ciała. Do objawów niepożądanych zanotowanych na podstawie zgłoszeń zdarzeń niepożądanych oraz wyników badań laboratoryjnych przeprowadzonych w trakcie badań klinicznych należą: eozynofilia, zwiększenie masy ciała, zwiększenie apetytu, zwiększone stężenia glukozy, zwiększone stężenia triglicerydów, senność, zawroty głowy, akatyzja, parkinsonizm, dyskinezy, zaburzenia rytmu serca: bradykardia z niedociśnieniem lub bez niedociśnienia lub omdlenie; niedociśnienie ortostatyczne. Zaburzenia żołądkowo-jelitowe: łagodne, przemijające działanie przeciwcholinergiczne, w tym zaparcia i suchość błony śluzowej jamy ustnej. Zaburzenia ze strony wątroby i dróg żółciowych: przejściowe, bezobjawowe zwiększenie aktywności aminotransferaz wątrobowych (AIAT, AspAT), zwłaszcza w początkowej fazie leczenia. Zaburzenia w obrębie skóry i tkanki podskórnej: nadwrażliwość na światło. Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: astenia, obrzęk. Ważne informacje o niektórych składnikach leku OLZAPIN: Lek zawiera laktozę. Jeśli stwierdzono wcześniej u pacjenta nietolerancję niektórych cukrów, pacjent powinien skontaktować się z lekarzem przed przyjęciem leku. **Produkt leczniczy wydawany na receptę.** Cena urzędowa detaliczna dla dawki: 10 mg – 238,12 PLN, 5 mg – 126,53 PLN. Maksymalna dopłata dla pacjenta 3,20 PLN dla obu dawk. **Podmiot odpowiedzialny:** Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne LEK-AM Sp. z o.o. ul. Ostrzykowska 14A, 05-170 Zakroczym. Pozwolenia na dopuszczenie do obrotu nr 11281 – OLZAPIN 5 mg, 11282 – OLZAPIN 10 mg wydane przez MZ.

- Rozporządzenie M Z z dnia 11.07.2008 w sprawie wykazu cen urzędowych hurtowych i detalicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

OMÓWIENIA KSIĄŻEK I CZASOPISM

James L. Griffith, Melissa E. Griffith

ODKRYWANIE DUCHOWOŚCI W PSYCHOTERAPII

Wydawnictwo WAM, 2008, tłum. Katarzyna Gdowska.

Duchowość i psychoterapia przez kilkadziesiąt lat podążały w zasadzie odrębnymi ścieżkami, nie licząc pewnych wyjątków, które stanowiły takie postaci jak Carl Gustaw Jung czy Paul Ricouer, próbujący połączyć ze sobą te dwa obszary. Ich relacje nacechowane były w przeważającej większości wzajemnym brakiem zaufania – przez klinicystów doświadczenia duchowe wyjaśniane były w kategoriach nerwic, z kolei duchowni różnych wyznań psychoterapeutów traktowali jako konkurencję w swoistej walce o ludzkie dusze. Jak pisze we wstępie do omawianej książki Bogdan de Barbaro, pierwszy cechował redukcjonizm psychologiczny, a drugich redukcjonizm teologiczny. W kwestii wiary większość terapeutów stara się zachowywać postawę neutralności, chociaż otwarta pozostaje kwestia, na ile jest to możliwe, zwłaszcza że wymiar duchowy uważany jest z perspektywy holistycznego podejścia do człowieka jako niezwykle istotny dla jego rozwoju i zdrowia.

Autorzy książki „Odkrywanie duchowości w psychoterapii” zauważają, iż wymiar duchowy na różne sposoby przenika w obszar terapii i pozostaje decyzją psychoterapeuty, na ile zostanie on zauważony i wykorzystany. Piszą oni: „Duchowość wkracza do terapeutycznego dialogu raczej jako jedna z wielu perspektyw, która może okazać się przydatna w rozwiązywaniu problemów związanych z relacjami, w leczeniu objawów psychopatologicznych czy w radzeniu sobie z chorobą somatyczną”. Co ciekawe, początek ich zainteresowań kwestią duchowości nie wynikał z jakichś teoretycznych przesłanek, ale z osobistych doświadczeń związanych z religijnością czy duchowością, a także z terapeutycznej praktyki. Uważna refleksja nad duchowym wymiarem funkcjonowania pacjentów, a także nad możliwościami wykorzystania tego obszaru w pracy terapeutycznej spowodowała niezwykle interesujące rozumienie obecności duchowości w terapeutycznym dialogu. Dzięki temu książka ta nie jest zbiorem teoretycznych twierdzeń dotyczących wzajemnych relacji między duchowością a psychoterapią, lecz dzieleniem się własnymi spostrzeżeniami i własnym rozumieniem przenikania się tych dwóch obszarów, co w dodatku twórczo prowokuje czytelnika do własnych przemyśleń.

Zainteresowanie duchowością w psychoterapii przejawia się tutaj jako podążanie za różnorodnymi formami jej symbolicznej ekspresji, takimi jak metafory, idiomy, narracje, przekonania, duchowe praktyki indywidualne i wspólnotowe. Autorzy zakładają, iż w ten sposób doświadczenie duchowe wkracza nie tylko w obszar języka, ale też naszych interakcji z innymi ludźmi. Tak więc duchowość jest tu rozumiana w kontekście więzi z innymi, które ona buduje, stając się tym samym wymiarem, który może być wykorzystany z perspektywy klinicznej. Książka wprowadza w sposoby takiego słuchania pacjentów, które ograniczają wpływy własnych religijnie czy też kulturowo uwarunkowanych przekonań terapeuty. Griffithowie omawiają specyfikę pracy z poszczególnymi formami ekspresji duchowości – zarówno indywidualnymi, jak metafory czy rytuały, jak też wspólnotowymi. Zagadnienia te ilustrują bogatą kazuistyką z terapii indywidualnych, ale też dzielą się własnymi doświadczeniami ze współpracy z religijnymi wspólnotami. Cennym aspektem omawianej pozycji jest ukazanie wpływu duchowości na nasz rozwój i funkcjonowanie, zarówno w pozytywnym sensie, jak i wpływu destrukcyjnego. W tym drugim przypadku

dostajemy pewne wskazówki dotyczące rozpoznawania negatywnych wpływów duchowości, które odnoszą się przede wszystkim do relacji z innymi ludźmi.

Książka „Odkrywanie duchowości w psychoterapii” wydaje się bardzo cenną pozycją, poruszającą zagadnienia, które w obszarze psychoterapii są dość rzadko dyskutowane. Duża dbałość autorów o to, aby być dobrze zrozumianymi przez czytelników, przejawiająca się między innymi starannym definiowaniem używanych pojęć, czy też odnoszeniem teoretycznych zagadnień do psychoterapeutycznej praktyki, daje możliwość uporządkowania wiedzy z tego obszaru, a równocześnie prowokuje do dalszych przemyśleń. Może ona być polecana zarówno klinicytom, studentom różnych kierunków, zwłaszcza psychologii, medycyny czy teologii, jak też osobom duchownym. Ułatwia bowiem zrozumienie wpływu duchowego wymiaru funkcjonowania człowieka na jego zdrowie i powstawanie zaburzeń, a także uczy, w jaki sposób może on być włączony w terapeutyczny dialog. Myślę, iż książka ta może też przyczynić się do lepszego wzajemnego rozumienia się przedstawicieli różnych dyscyplin, które zajmują się człowiekiem, znosząc wzajemną nieufność pomiędzy psychoterapeutami i duchownymi.

Grzegorz Iniewicz

Debra A. Hope, Richard G. Heimberg, Harlan R. Juster, Cynthia L. Turk
TERAPIA LĘKU SPOŁECZNEGO. PODEJŚCIE POZNAWCZO-BEHAWIORALNE.
PODRĘCZNIK ĆWICZEŃ KLIENTA

Gdynia: Alliance Press, 2007

„Terapia lęku społecznego. Podejście poznawczo-behawioralne” to drugi po „Umysle ponad nastrojem” Ch. Padesky, a pierwszy dotyczący tego konkretnego zaburzenia, wydany w Polsce dwutomowy przewodnik dla pacjentów i terapeutów do pracy w nurcie poznawczo-behawioralnym.

Zespół wybitnych amerykańskich autorów koncepcji lęku społecznego w terapii poznawczo-behawioralnej (Hope, Heimberg), wraz ze współpracownikami (Juster i Turk) postanowili nie tylko pokazać terapeutom mechanizmy powstawania zaburzenia i sposoby pracy krok po kroku, ale także przygotowali podręcznik dla pacjenta wraz z koncepcją, przeglądem badań oraz z zestawami ćwiczeń pozwalającymi zrozumieć naturę zaburzenia, jak i przygotować pacjenta do pracy nad zmianą. Model jak i cały program skupia się nad tym, jak podtrzymywany jest lęk społeczny. Zgodnie z modelem to negatywne myśli oraz błędy poznawcze wpływają na unikanie zachowań społecznych, a ustawiczne unikanie utrudnia wejście w sytuację przez wzrost lęku.

Niniejsza recenzja to przegląd najważniejszych zagadnień prezentowanych w „Podręczniku ćwiczeń klienta”, który według rekomendacji autorów powinien być także przez terapeutów czytany jako pierwszy.

Podręcznik wydany jest w formacie A4, który nie tylko pozwala na użycie nieco większej czcionki, ale i umożliwia kserowanie poszczególnych wykresów i ćwiczeń tak, żeby pacjent mógł swobodnie notować swoje treści.

Ćwiczenia rekomendowane przez autorów zawierają prostą zrozumiałą instrukcję oraz przykładowo wypełnioną tabelę (np. Formularz monitorowania siebie s. 47)

Każdy rozdział dodatkowo zawiera następujące stałe punkty: pracę domową, która jest elementem standardowym w terapii każdego zaburzenia w podejściu poznawczo-behawioralnym oraz podsumowanie w formie testu, który zawiera zdania do oceny pod względem prawdziwości bądź fałszywości danego stwierdzenia. Pozwala to na sprawdzanie rozumienia tekstu i utrwalenie wiadomości.

Podręcznik składa się z 14 rozdziałów, których kolejność – poza ostatnim rozdziałem – zgodna jest z etapami pracy w terapii poznawczo-behawioralnej nad objawami zaburzeń lękowych.

Pierwsze trzy rozdziały poświęcone są psychoedukacji na temat: natury zaburzeń lękowych, w tym lęku społecznego, koncepcji poznawczo-behawioralnej, opisu programu i motywowania czytelnika do podjęcia terapii. Od czwartego do szóstego rozdziału autorzy koncentrują się przede wszystkim na ćwiczeniach, które pomogą każdemu czytelnikowi przyjrzeć się jego własnym, także bardzo specyficznym sytuacjom wzbudzającym lęk i powodującym unikanie, myślom i obrazom, które wywołują lęk oraz błędom myślowym. W szóstym rozdziale zaczynają się elementy pracy poznawczej poprzez racjonalną dyskusję z negatywnymi automatycznymi myślami. Siódmy i ósmy rozdział to edukacja o ekspozycji, czyli zapoznanie pacjenta z behawioralną pracą nad zaburzeniem przez zanurzanie się w sytuację wzbudzającą lęk. Kolejne trzy rozdziały (9, 10, 11) to koncentracja na najczęstszych sytuacjach społecznych, którym towarzyszy lęk. Są nimi: wykonywanie czynności, gdy patrzą na to inne osoby, rozmowy towarzyskie oraz publiczne przemawianie. Dwunasty rozdział to koncentracja na rdzeniu problemu lęku społecznego, jakim są kluczowe przekonania na temat siebie, innych ludzi i otaczającego świata. Autorzy zachęcają tu do rozpoczęcia głębszej restrukturyzacji poznawczej, która niekiedy staje się wręcz oddzielną pracą terapeutyczną nad problemami osobowościowymi (szczególnie zaburzeniem osobowości unikającej). Kolejny rozdział jest zbiorem ćwiczeń pomagających ocenić postęp w terapii, realizację celów terapeutycznych, moment zakończenia terapii. Uczy także, jak zapobiegać nawrotom. Ostatni, czternasty, rozdział autorstwa M. R. Liebowitza jest poświęcony terapii farmakologicznej lęku społecznego. Autor opisuje oddziaływanie poszczególnych grup leków na objawy lęku społecznego i w sposób bardzo przystępny tłumaczy, na co w naszym ciele dany lek oddziałuje.

Podręcznik pacjenta, co także podkreślają autorzy, nie może zastąpić terapii w gabinecie, pod okiem terapeuty. Zawarty w nim program stanowi zarówno wskazówkę dla pacjenta, jak terapia będzie przebiegać, jak i dla samego terapeuty, co zastosować, żeby zwiększyć skuteczność. Podręcznik na pewno może skrócić proces terapeutyczny do kilkunastu sesji dzięki posługiwaniu się jednym językiem przez terapeutę i pacjenta, dzięki zapoznaniu z doniesieniami na temat skuteczności tej metody w postępowaniu terapeutycznym. Podręcznik poleciłabym zarówno osobom dorosłym, jak i starszej młodzieży.

Katarzyna Romanowicz

Debra A. Hope, Richard G. Heimberg, Cynthia L. Turk
TERAPIA LĘKU SPOŁECZNEGO. PODEJŚCIE POZNAWCZO-BEHAWIORALNE.
PRZEWODNIK TERAPEUTY
Gdynia: Alliance Press, 2007

„Przewodnik terapeuty” składa się z trzech części. Podstawowych informacji dla terapeuty, z Przewodnika terapeuty – sesja po sesji oraz z Dodatku w postaci Materiałów oceny klinicznej.

Pierwsza część stanowi wytyczne co do: formy terapii (indywidualna, grupowa czy samodzielna), kwalifikacji terapeutów, stosowanych leków. Wprowadzone też zostały informacje na temat występowania lęku społecznego i jego specyficznego, i niespecyficznego podtypu w populacji amerykańskiej. Zaprezentowane zostały badania na temat przetwarzania informacji w lęku społecznym (wg Velijaca i Rapee 1998 osób z lękiem

społecznym wykrywa istotnie więcej negatywnych niż pozytywnych reakcji publiczności podczas prezentacji) oraz przedstawiony został rozszerzony model poznawczo-behawioralny lęku społecznego, w którym osoba z lękiem społecznym postrzega sytuację społeczną jako niosącą możliwość negatywnej oceny. Osoba, gdy staje przed publicznością, skanuje zachowania i tworzy (zniekształcony) obraz publiczności oraz zniekształcony obraz „ja” widzianego oczami publiczności. Wreszcie autorzy pokazują, jak przeprowadzić dobór i ocenę kliniczną pacjentów rozpoczynających, będących w trakcie i kończących program terapeutyczny.

Druga część składa się z 14 rozdziałów (od 4 do 17) i, poza pierwszym, odpowiada każdemu z rozdziałów zawartym w Podręczniku klienta. Pierwszy rozdział to procedura postępowania z protokołem terapii zalecanym i przebadanym przez autorów. Według protokołu terapia powinna składać się z 16 sesji przeprowadzonych w ciągu 20 tygodni (zatem pacjent może odwołać maksymalnie 4 sesje) oraz trzech sesji konsultacyjnych przed rozpoczęciem procesu terapeutycznego i 1–2 po zakończeniu. Autorzy wspominają także o wyposażeniu gabinetu do terapii i stylu budowania sojuszu terapeutycznego w terapii poznawczo-behawioralnej. Kolejne rozdziały (od 5 do 8) poświęcone są temu, jak przeprowadzać psychoedukację pacjenta, restrukturyzację poznawczą oraz ekspozycje. Podobnie jak w Podręczniku ćwiczeń wprowadzone są także sposoby pracy ze specyficznymi lękami (wykonywanie czynności, gdy patrzą na to inne osoby, rozmowy towarzyskie oraz publiczne przemawianie). Na wstępie każdego z tych rozdziałów autorzy wskazują, czy rozdział, a zatem i sesja jest wymagany do pracy (rozdziały 1–8, 12–13 w Zeszytach ćwiczeń), czy jest opcjonalny (rozdziały 9–11; 14), określają ramy czasowe (ile maksymalnie czasu należy przeznaczyć na rozdział i zawarte w nim ćwiczenia), zarys sesji, prace domowe oraz ksero do wykonania. Dokładnie omówione są wszystkie ćwiczenia znajdujące się w rozdziałach Podręcznika klienta, wraz z trudnościami, na które zarówno początkujący jak i bardziej zaawansowany terapeuta może natrafić. Zaprezentowane są też najczęściej zadawane pytania wraz z odpowiedziami.

Trzecia, ostatnia, część to materiały do oceny klinicznej, w skład której wchodzi przykładowe testy behawioralne (wymagające konfrontacji z bodźcem wywołującym lęk, na przykład opis hobby na forum, gdzie klinicysta ocenia zakres objawów oraz intensywność unikania) oraz skale miar lęku społecznego m.in. Skala Lęku Społecznego Leibowitza (LSAS) wraz z instrukcjami obliczania wyników.

Przewodnik terapeuty w pełni zasługuje na nazwę „przewodnik”. Rzeczywiście w książce nie tylko pokazane jest, jak można w koncepcji poznawczo-behawioralnej pracować z pacjentem z zaburzeniem lęku społecznego, ale także, jak dobrać osoby do terapii, co brać pod uwagę, czego się wystrzegać, a co z kolei zwiększy szanse powodzenia. Bardzo istotna jest obecność konkretnych testów, które ułatwią zarówno dobór do terapii, jak i pozwalają przyjrzeć się postępowaniu.

Przewodnik terapeuty uczy doświadczonych terapeutów, jak w sposób kontrolowany i ustrukturalizowany zwiększyć skuteczność postępowania w procesie terapeutycznym. Młodym i mniej doświadczonym terapeutom ułatwia bezpieczniejsze „zanurzenie” w nową sytuację. Książka ta powinna być lekturą obowiązkową na kursach szkoleniowych w terapii (nie tylko poznawczo-behawioralnej) jako przykład przebadanego, przemyślanego i przetestowanego protokołu terapeutycznego.

Obie pozycje polecam jako niezbędny materiał utrwalający i doskonalący warsztat, a także jako materiał wzorcowy do tworzenia własnych protokołów terapeutycznych innych zaburzeń.

Katarzyna Romanowicz

KRONIKA

Sprawozdanie

7th International Congress of Neuropsychiatry Cancun, 3–6 grudnia 2008

W dniach 3-6 grudnia uczestniczyłem jako wykładowca oraz członek międzynarodowego komitetu organizacyjnego 7 kongresu International Neuropsychiatric Association (INA). Kongres odbywał się w miejscowości wypoczynkowej Cancun, położonej w szczycie półwyspu Jukatan, nad Morzem Karaibskim, uważanej obecnie za meksykański kurort nadmorski numer 1. Współorganizatorem kongresu było Meksykańskie Towarzystwo Neuropsychiatryczne (Asociación Mexicana de Neuropsiquiatria).

Neuropsychiatria zaczyna uzyskiwać coraz większą tożsamość jako odrębna dziedzina wiedzy i nauki. W kontekście integracji neurologii i psychiatrii można ją zdefiniować jako „neurologię” zaburzeń psychicznych plus „psychiatrię” chorób neurologicznych. Znalazło to odzwierciedlenie w tematyce konferencji. W jej trakcie odbyło się 16 wykładów plenarnych i 14 sympozjów. Przedstawiono również 30 doniesień posterowych. Tematyka sympozjów obejmowała m.in. historię neuropsychiatrii, zagadnienia neuropsychiatrii płatów czołowych, neuropsychiatrii stwardnienia rozsianego, neuropsychiatrii uzależnień, neurobiologii zaburzeń afektywnych, techniki stymulacji mózgu w depresji lekoopornej, rolę hormonów steroidowych w zdrowiu i zaburzeniach psychicznych oraz badania epidemiologiczne zmian naczyniowych i metabolicznych w zaburzeniach psychicznych.

Na konferencji dużo uwagi poświęcono zagadnieniu zaburzeń neurokognitywnych i otępieniu. Najczęstszą postacią zespołów otępiennych stanowią choroba Alzheimerera

i otępienie naczyniopochodne, jak również postaci zawierające elementy obu tych zespołów. Odrębnym zespołem jest otępienie czołowo-skroniowe (frontotemporal degeneration – FTD), znane również jako choroba Picka. W zależności od lokalizacji zmian w korze czołowej wyróżnić tu można m.in. afazję pierwotną postępującą (primary progressive aphasia – PPA) oraz wariant behawioralny FTD (bvFTD). Tematyka PPA stanowiła treść wykładu plenarnego, jaki wygłosił prof. Marsel Mesulam z Chicago. Przedstawił on m.in. badania genetyczno-molekularne w tej chorobie (związek PPA z mutacją genu progranuliny zlokalizowanego na chromosomie 17) oraz możliwości różnicowania z chorobą Alzheimerera na podstawie genotypowania polimorfizmu genu ApoE. Z innych ciekawych informacji dotyczących zaburzeń neurokognitywnych należy wymienić propozycję podziału tzw. łagodnego zaburzenia poznawczego (mild cognitive impairment – MCI) na typ neurodegeneracyjny i typ naczyniowy.

Na kongresie przedstawiłem referat plenarny pt. „**Predisposition to major psychoses and genes of cognitive functions**”. Przesłaniem referatu było wykazanie, że geny predysponujące do schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej odgrywają rolę w czynnościach poznawczych, zwłaszcza dotyczących funkcji kory przedczołowej. Należą tutaj m.in. geny związane z układami dopaminergicznym, glutaminergicznym i neurotrofowym (BDNF). Przedstawiono również pierwsze wyniki związane z badaniem funkcjonalnego polimorfizmu genu macierzy metaloproteinazy-9 (matrix metalloproteinase-9: MMP-9). Jak wykazał ostatnio zespół badawczy z Instytutu Nenciego w Warszawie pod kierownictwem prof. Leszka Kaczmarka, MMP-9 odgrywa rolę w czynnościach kory przedczołowej

i hipokampa związanych z uczeniem się. Wstępne wyniki badań wykonane w ośrodku poznańskim wskazują, że gen MMP-9 może być związany z predyspozycją zarówno do schizofrenii, jak i choroby afektywnej dwubiegunowej.

Drugim polskim uczestnikiem kongresu był prof. Andrzej Pile z Instytutu Farmakologii PAN w Krakowie, który przedstawił doniesienie ustne pt. „Glutamatergic and serotonergic interaction in antidepressant-like effects of MTEP, an mGlu5 receptor antagonist”. Wyniki tej pracy wskazują, że antagonistyczny wpływ na metabotropowe receptory glutaminergiczne typu 5 może mieć znaczenie w farmakologicznej terapii depresji.

W trakcie kongresu odbyły się również wybory nowego przewodniczącego INA.

Dotychczasowy prezydent INA Constantin Soldatos z Grecji przekazał swoje stanowisko prof. Koho Miyoshi z Japonii. Ustalono, że kongres INA w roku 2009 odbędzie się w Kioto (Japonia).

Półwysep Jukatan jest znany jako miejsce cywilizacji Majów. W odległości 150 km od Cancun znajduje się Chichen-Itza, jedno z głównych centrów tej cywilizacji, która największy rozkwit przeżywała w okresie 300-900 A.D. Spośród kilkuset obiektów architektury Majów w tym ośrodku niewątpliwie najbardziej spektakularna jest piramida Kukulcan uznana ostatnio za jeden z „nowych” cudów świata.

Prof. dr hab. **Janusz Rybakowski**
Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Maria Orwid

23 lipca 1930–9 lutego 2009

Z nieoczekiwanym odejściem Pani Profesor Marii Orwid psychiatria straciła postać cechującą się oryginalnością myślenia, bezkompromisowością postaw i głębokim zaangażowaniem w sprawy pryncypialne.



Urodziła się w małym galicyjskim Przemyślu i była jedynym dzieckiem adwokata o socjalistycznych poglądach, dr Adolfa Pfefera i jego żony Klary z Weinstocków. Zdecydowanie ojca, który nalegał na nadanie jej imienia Maria spowodowało, że do rozpoczęcia nauki szkolnej nie była zarejestrowana w żadnych księgach stanu cywilnego. Nie miała zresztą długo pobierać nauk w regularnym systemie edukacyjnym. Historia spowodowała, że po dwu latach nauki w szkole prowadzonej przez Przemyską Gminę Żydowską kontynuowała ją przez następne dwa w szkole rosyjskiej, a od 1941 do 1945 roku mogła uczyć się jedynie tyle, na ile pozwalały zmienne losy dziecka umieszczonego w getcie przemyskim, potem w ukryciu poza gettem, a w końcu na aryjskich papierach we Lwowie.

Od 1945 roku, adoptowana przez drugiego męża matki, dr Daniela Orwida, zamieszkała z rodzicami w Krakowie i jak wiele dzieci w Jej wieku gorączkowo uzupełniała edukację licealną. Zamierzała zostać tancerką, potem filozofem, albo socjologiem, lecz za radą starszego przyjaciela – lekarza z wykształcenia, a świata znanego jako pisarz – Stanisława Lema wybrała studia medyczne z góry planując, że zostanie psychiatrą. Studia zaczęła w Uniwersytecie Jagiellońskim. Zanim je skończyła z Uniwersytetu wyodrębniono Akademię Medyczną.

Po uzyskaniu dyplomu w 1954 roku zdobyła stypendium kandydackie w Katedrze Psychiatrii. Był to czas, kiedy stopień naukowy doktora był, na krótko, zastąpiony stopniem kandydata nauk. W krakowskiej Klinice Psychiatrycznej zdobyła specjalizację w psychiatrii.

Jej formalnymi opiekunami naukowymi byli profesor Eugeniusz Brzezicki, a potem profesor Karol Spett. Ale jej prawdziwym przewodnikiem w psychiatrii i badaniach

naukowych był, wówczas jeszcze doktor, Antoni Kępiński. Pod jego kierunkiem zajmowała się początkowo psychopatologią schizofrenii, badając zjawisko opisane przez Eugeniusza Bleulera jako autyzm. Nie opublikowała jednak wyników swoich badań, które okazała się być zbieżne z opublikowanymi już wynikami badań Eugeniusza Minkowskiego. Pod koniec lat pięćdziesiątych została członkiem zespołu Kępińskiego prowadzącego badania byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu. Uczestniczyła także w reformie krakowskiej Kliniki Psychiatrycznej polegającej na wprowadzeniu w drugiej połowie lat pięćdziesiątych zasad społeczności terapeutycznej i psychoterapii – grupowej i indywidualnej.

Była współautorką pierwszych w Polsce, po 1956 roku, opracowań na temat psychoterapii grupowej. Doktoryzowała się w 1963 roku z problemów adaptacji społecznej byłych więźniów Auschwitz do życia poobozowego.

W połowie lat sześćdziesiątych w londyńskim Instytucie Psychiatrii szkoliła się w psychiatrii młodzieżowej w Tyson Unit kierowanym wówczas przez brytyjskiego twórcę tej gałęzi psychiatrii, dr Wilfrieda Warrena i w psychoterapii grupowej pod kierunkiem dr Boba Hobsona. Po powrocie założyła w Klinice oddział psychiatrii młodzieżowej, opierając go na zasadach społeczności terapeutycznej i psychoterapii. Szybko jednak zorientowała się, że w terapii młodzieży z zaburzeniami psychicznymi nie może nie uwzględniać pracy z rodzinami. Podjęła, z psychologiem dr Wandą Badurą-Madej, badania nad relacjami w rodzinach pacjentów młodzieżowych hospitalizowanych w oddziale. Wyniki tych badań, wyznaczające kierunki terapii rodzin, były podstawą przyznania jej w 1976 roku stopnia naukowego docenta. Warto może przypomnieć, że ówczesne ciało przyznające ten stopień – Centralna Komisja Kwalifikacyjna – decyzję tę podjęła niełatwo, zarzucając jej jednostronność dorobku naukowego. Warsztat naukowy i metodologię pracy z rodzinami w psychiatrii poszerzała pod kierunkiem Yrjö Alanena w Uniwersytecie w Turku, korzystając ze stypendium Światowej Organizacji Zdrowia. W 1989 roku otrzymała tytuł naukowy profesora.

W 1978 roku założyła pierwszą w Polsce uniwersytecką Klinikę Psychiatrii Dzieci i Młodzieży i kierowała nią do 2000 r. Organizując klinikę psychiatrii dzieci i młodzieży skutecznie nalegała na powiązanie jej z psychiatrią ogólną, a nie, jak wówczas sugerowano – z pediatrią. Wyzaczyła w ten sposób kierunek rozwoju tej specjalności w naszym kraju. W niełatwych warunkach wypracowała wraz zespołem model opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży zorientowany na opiekę środowiskową, uwzględniającą metody oddziaływania psychoterapeutycznego, ze szczególnym naciskiem na terapię rodziny i ograniczający do niezbędnej konieczności leczenie w warunkach szpitalnych. Kierowała pracami nad relacjami między najistotniejszymi zaburzeniami psychicznymi, występującymi zwłaszcza u adolescentów i ich powiązaniem z relacjami rodzinnymi. Zastosowała w Polsce zasady myślenia systemowego w psychiatrii. W swoisty sposób zmodyfikowała paradygmatyczną dla podejścia systemowego zasadę postrzegania rodziny jako pacjenta. Jej oryginalne podejście do

psychopatologii okresu dzieciństwa i dorastania podnosiło kontekstualność objawów psychopatologicznych obserwowanych u dzieci i dorastających.

W latach dziewięćdziesiątych powróciła do badań nad następstwami traumy. Początkowo były to prace nad traumą w rodzinie, potem podjęła problem późnych następstw traumy II wojny światowej u Żydów i Romów. W oparciu o Klinikę zorganizowała zespół badawczy, a potem terapeutyczno-badawczy, który zajął się następstwami traumy nazistowskiej eksterminacji Żydów oraz zagadnieniem międzygeneracyjnego przekazu traumy.

Wykładała psychiatrię i psychiatrię dzieci i młodzieży w programie studiów przed-dyplomowych na Wydziale Lekarskim UJ CM, ale była też współautorką programu nauczania podyplomowego psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, kiedy szkolenie podyplomowe lekarzy było reformowane w latach dziewięćdziesiątych. Już w tym stuleciu kierowała programem szkolenia podyplomowego w krakowskiej Katedrze Psychiatrii.

Była czynnym członkiem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Uczestniczyła w zakładaniu Sekcji Naukowej Psychoterapii tego Towarzystwa. Była także współautorką programu szkolenia w psychoterapii i procedur uznawania kwalifikacji do jej samodzielnego stosowania, które Sekcja Psychoterapii opracowała jako pierwsza w Polsce. Założyła też Sekcję Naukową Terapii Rodzin PTP i była jej pierwszą przewodniczącą. W uznaniu zasług Polskie Towarzystwo Psychiatryczne wyróżniło ją godnością Członka Honorowego. Należała do wielu międzynarodowych towarzystw terapii rodziny. Była członkiem założycielem International Family Therapy Association i honorowym członkiem European Family Therapy Association. **Aktywnie współpracowała z Deutsche Akademie für Psychoanalyse, która przyznała jej złoty medal Akademii.** Była także członkiem założycielem i przez wiele lat członkiem zarządu World Association for Dynamic Psychiatry. Organizowała w Krakowie światowy kongres terapii rodzin w 1990, oraz światowy kongres psychiatrii dynamicznej w 2005 roku.

Wśród jej innych aktywności międzynarodowych koniecznie przypomnieć trzeba udział w założeniu Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego, a potem Polsko-Izraelskiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego. Była honorową przewodniczącą tego ostatniego.

Prócz wymienionych już godności honorowego członkostwa towarzystw naukowych, które ceniła, była też laureatką licznych nagród i odznaczeń.

Ostatnim jej osobistym osiągnięciem było uzyskanie tytułu Sprawiedliwego Wśród Narodów Świata dla nieżyjącej już pani Teofili Kic, która przechowywała ją i jej matkę w swoim mieszkaniu w Przemysłu, kiedy uciekły z getta.

Bogactwo życia zawodowego, wyrazistość poglądów, konsekwentna realizacja zamysłów i planów zawodowych nie zabierały Pani Profesor całego czasu i nie wypełniały Jej życia ze szczętem. Angażowała się w wiele ważnych spraw. Była obecna wszędzie tam, gdzie działały się sprawy ważne opowiadając się za sprawiedliwością,

równymi szansami dla wszystkich, a przeciw dyskryminacji, nietolerancji, łamaniu praw człowieka i nieuczciwości.

Otwarta wobec ludzi miała przyjaciół na całym świecie. Jej przyjaźń ceniły kobiety i mężczyźni. Słuchała innych uważnie i zawsze znajdowała dla każdego czas.

Opisała swoje dzieciństwo, czas zagłady i swoje życie zawodowe w wydanej w 2006 roku książce „Przeżyć... I co dalej”. Zawarte w tytule pytanie jest już skierowane nie do samej Autorki, a do nas, których pozostawiła.

Jacek Bomba

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC w „Psychiatrii Polskiej”

„Psychiatria Polska” jest organem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, czasopismem naukowym publikującym przede wszystkim prace z zakresu psychiatrii, indeksowanym w Index Medicus/MEDLINE, EMBASE/Excerpta Medica, PsycINFO i Index Copernicus.

W kwalifikacji prac do druku uwzględniane są zasady Deklaracji Helsińskiej, w przypadku publikacji prac badawczych – oceny komisji bioetycznych i stosowanie międzynarodowych reguł prowadzenia eksperymentów na zwierzętach.

1. Redakcja przyjmuje do druku: a) prace oryginalne (badawcze, kliniczne, doświadczalne, teoretyczne), b) prace poglądowe, c) prace kazuistyczne, d) doniesienia tymczasowe, spostrzeżenia kliniczne, problemy dyskusyjne, polemiki, e) listy do redakcji dotyczące prac publikowanych w czasopiśmie, jak i problemów istotnych dla naszego środowiska, f) notatki kronikarskie i informacyjne (w tym sprawozdania ze zjazdów naukowych krajowych i zagranicznych, pobytów naukowych za granicą), wspomnienia pośmiertne, komunikaty itp., g) omówienia książek. Redakcja nie publikuje w jednym numerze więcej niż dwie prace tego samego autora.

2. Objętość – łącznie z rycinami, tabelami, wykazem piśmiennictwa i streszczeniem – nie może przekraczać dla prac oryginalnych, poglądowych i kazuistycznych 15 stron, doniesień tymczasowych i listów do redakcji 5 stron, omówień książek, notatek kronikarskich i informacyjnych i in. 2 stron znormalizowanego maszynopisu.

3. Tekst prac oryginalnych winien być podzielony na kolejne rozdziały: wstęp, materiały, metoda, wyniki, omówienie wyników, wnioski.

4. W pracach oryginalnych, poglądowych, kazuistycznych oraz doniesieniach tymczasowych, poniżej tytułu w języku polskim należy wpisać tytuł w języku angielskim, następnie nazwisko autora, nazwę instytucji i nazwisko jej kierownika. Dotyczy to publikacji, opartych na materiale, metodologii i środkach tych instytucji.

Na ostatniej stronie pracy należy zamieścić adres dla korespondencji.

5. Do wszystkich prac należy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim o objętości min. 150, maks. 250 słów. Do prac oryginalnych, kazuistycznych oraz doniesień tymczasowych powinno to być streszczenie ustrukturuwane. Należy w nim wyróżnić w odrębnych akapitach: 1. cel badań, 2. metodę, 3. wyniki, 4. wnioski.

Poniżej należy wpisać słowa kluczowe (nie więcej niż trzy) spośród wymienionych w Medical Subject Headings (MeSH).

6. Prace należy nadsyłać w 3 egzemplarzach maszynopisu, pisanych jednostronnie na papierze formatu A4. Na jednej stronie powinno być 1800 znaków. Można to uzyskać:

a) pisząc na komputerze pismem Times New Roman CE 12 punktów, odstęp między wierszami – 2, marginesy – lewy 3,5 cm, prawy 1 cm, górny 3,5 cm, dolny 3 cm (prosimy o nieużywanie pisma courier i innych krojów czcionki, zmniejszających liczbę znaków na stronie).

b) pisząc na maszynie do pisania 60 znaków w wierszu (przerwy między wyrazami liczą się jako znaki) i 30 wierszy na stronie;

W momencie nadsyłania pracy do redakcji, oczekujemy jedynie maszynopisów. Dyskietkę z wersją tekstu, uznaną przez autora za ostateczną (zapisaną w edytorze Word dla Windows), należy nadesłać po zapoznaniu się z recenzjami (patrz p. 12 regulaminu ogłaszania prac).

Tytuły i podtytuły powinny być pisane pismem tekstowym (nie wersalikami).

W liczbach miejsca dziesiętne należy oddzielać przecinkami (nie kropkami).

Akapity rozpoczyna się wcięciem przy użyciu odpowiedniego polecenia z menu: format, akapit (nie spacje).

Maszynopis nie może zawierać maszynowych wyróżnień, takich jak spacjowanie (rozstrzelenie), pogrubienie i wersaliki (duże litery). Jeżeli autor chce zastosować wyróżnienia w druku, powinien ołówkiem podkreślić: linią przerywaną wyrazy, które chce rozspacjować, ciągłą (pogrubienia) lub falistą (kursywa). Wielkość i krój liter tytułów i śródtytułów ustala redakcja zgodnie z jednolitym stylem graficznym czasopisma.

Tabele i rysunki należy dołączyć do artykułu osobno, wskazując w tekście miejsca, gdzie mają

być umieszczone. Tabele należy wykonać w programie Word dla Windows a wykresy (rysunki) w programie Excel, CorelDraw lub Word dla Windows. Tabele, wykresy i rysunki należy zapisać na dyskietce jako osobne pliki w formacie programu, w którym zostały wykonane. Szerokość tabel i rysunków nie może przekraczać 13 cm (szerokość łamu czasopiśma). W tabelach i opisach rysunków należy używać pisma Arial Narrow CE wielkości 10 punktów.

Ilustracje półtonowe należy zapisać na dyskietce jako czarno-białe (256 odcieni szarości, rozdzielczość 300 dpi), w formacie TIF lub EPS, w proporcjach, w jakich mają być drukowane. W wypełnieniach wykresów nie należy używać kolorów, tylko odcieni szarości lub czarno-białych wzorów. Do artykułu należy dołączyć wysokiej jakości wydruk czarno-białych tabel, wykresów i rysunków takiej wielkości, jaka ma być publikowana. Ilość tabel, wykresów i rysunków powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

7. W celu uzyskania zwięzłości redakcja uprzejmie prosi o uwzględnianie wyłącznie niezbędnego piśmiennictwa, ściśle związanego z tematem pracy. W spisie piśmiennictwa należy podawać tylko te pozycje, które są cytowane w tekście, przy czym w tekście należy podać numer pozycji piśmiennictwa w nawiasie kwadratowym. Każda pozycja piśmiennictwa powinna być pisana od nowego wiersza i poprzedzona numerem, powinna zawierać (standard Vancouver):

Zapis dla artykułu z czasopiśma: nazwiska autorów, inicjały imion, tytuł artykułu, tytuł czasopiśma (zgodny z Index Medicus), rocznik, tom, strony. **Wzór:** Kowalski N, Nowak A. Schizofrenia – badania własne. Psychiatr. Pol. 1919; 33: 210-223.

Zapis dla pozycji książkowej: nazwiska autorów, inicjały imion, tytuł, miejsce publikacji, wydawca, rok wydania. **Wzór:** Kowalski ZG. Psychiatria. Sosnowiec: Press; 1923.

Zapis dla rozdziału z książki: nazwiska autorów, inicjały imion, tytuł, W: nazwiska i inicjały imion redaktorów tomu, tytuł, miejsce wydania, wydawca, rok, strony. **Wzór:** Szymański BM. Stany depresyjne. W: Kowalski AM, Głogowski P. red. Podręcznik psychiatrii, wyd. 2. Krosno: Psyche; 1972. s. 203-248.

8. W każdej nadsyłanej pracy należy odnotować fakt jakiegokolwiek formy finansowania lub dofinansowania opisywanych badań lub samego opracowania (np. w przypisie na pierwszej stro-

nie: „badania sponsorowane przez firmę ...”) lub stwierdzić: „Badanie nie było sponsorowane”. Do prac doświadczalnych zawierających wyniki badań na ludziach (kryjących element ryzyka) należy dołączyć pisemną akceptację projektu badań właściwej terenowej komisji etyki.

9. Redakcja prosi uprzejmie o przestrzeganie poprawności mianownictwa psychiatrycznego oraz stosowania międzynarodowych (niefirmowych) nazw leków. Należy stosować skróty wg międzynarodowego układu jednostek miar (SI).

10. Do pracy należy dołączyć oświadczenie, że nie została ona skierowana do druku w innym czasopiśmie.

11. Autorzy po nadesłaniu pracy otrzymują zawiadomienie o jej nadejściu, co nie jest równoznaczne z przyjęciem pracy do druku. Prace nie odpowiadające wymaganiom regulaminu będą odsyłane autorom do przeredagowania i nie będą rozpatrywane merytorycznie przed doprowadzeniem ich do poprawności formalnej. W razie niezakwalifikowania pracy do druku redakcja zwraca ją autorowi.

12. Prace oryginalne, pogładowe i kazuistyczne oraz doniesienia tymczasowe i spostrzeżenia kliniczne są recenzowane anonimowo przez co najmniej dwóch recenzentów. Po otrzymaniu uwag recenzentów, autor proszony jest o nadesłanie tekstu z uwzględnionymi ewentualnymi uwagami recenzentów na dyskietce lub e-mailem (patrz p. 6) **w terminie do 3 miesięcy. Niedotrzymanie tego terminu będzie uważane za rezygnację z publikacji tej pracy.** Zakwalifikowanie pracy do druku następuje po otrzymaniu dyskietki i wydruku tekstów i rysunków, wykresów itp., spełniających wszystkie wymogi merytoryczne i formalne.

13. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawienia usterek stylistycznych i mianownictwa oraz dokonywania potrzebnych skrótów bez porozumienia z autorem.

14. Autorzy otrzymują po 20 odbitek na koszt redakcji.

15. Jeżeli autor otrzyma korektę do poprawy, należy poprawić tylko rzeczywiste błędy druku. Korekta po poprawieniu i podpisaniu przez autora winna być odesłana w określonym przez redakcję terminie. W przypadku niedotrzymania tego terminu, redakcja nie gwarantuje uwzględnienia poprawek dokonanych przez autora.

BIBLIOTEKA PSYCHIATRII POLSKIEJ

w serii ukazały się m.in. następujące pozycje (*jeszcze dostępne u wydawcy*):

Wyłącznie dla prenumeratorów naszych czasopism oferujemy promocyjną cenę sprzedaży książki pt.

Doświadczenie choroby schizofrenicznej w świetle dziesięcioletniej katamnezy
pod red. J. Wciórki (dla prenumeratorów 10 zł, poza prenumeratą 15 zł)

Epidemiologia zaburzeń psychicznych
pod red. A. Kiejny i J. Rymaszewskiej (30 zł)

Genetyka molekularna zaburzeń psychicznych
pod red. J. Rybakowskiego i J. Hauser (25 zł)

Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: podejścia, metody, techniki. Tom 2.
pod. red. B. Józefik i M. Pileckiego (35 zł)

Mózg i psyche. W stulecie utworzenia Katedry Psychiatrii i Neuropatologii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Pokłosie jubileuszowego sympozjum
pod red. Jacka Bomby i Macieja Pileckiego (35 zł)

Pacjenci z podwójną diagnozą – problemy diagnostyczne i terapeutyczne
pod red. J. Meder (35 zł)

Powikłania somatyczne jadłowstrętu psychicznego
pod red. J. Rabe-Jabłońskiej (35 zł)

Problemy zdrowia psychicznego kobiet
pod red. J. Meder (25 zł)

Psychiatria Konsultacyjna. Psychiatria Liaison
pod red. S. Ledera i C. Brykczyńskiej (12 zł)

Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej
pod red. S. Ledera i C. Brykczyńskiej (20 zł)

Psychoonkologia
pod red. K. de Walden-Gałuszko (25 zł)

Psychoterapia schizofrenii
pod. red. J. Meder i M. Sawickiej (35 zł)

Psychoterapia, psychiatria społeczna – wybrane zagadnienia
Stefan Leder (25 zł)

Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie
pod red. J. Meder (20 zł)

Rola czynników zakaźnych w zaburzeniach psychicznych
pod red. F. Rybakowskiego (30 zł)

Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia
Konstantinos Tsirigotis, Wojciech Gruszczyński (35 zł)

Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie
pod red. J. Bomby (20 zł)

Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie 2.
pod red. J. Bomby i B. de Barbaro (25 zł)

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie 3.

pod red. A. Cechnickiego i J. Bomby (30 zł)

Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie 4.

pod red. J. Bomby, M. Rostworowskiej, Ł. Müldnera-Nieckowskiego (35 zł)

Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej

Jerzy W. Aleksandrowicz, Jerzy A. Sobański (30 zł)

Współwystępowanie zaburzeń psychicznych a choroba afektywna dwubiegunowa

Bartosz Grabski, Dominika Dudek (25) *Nowość*

Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych

pod red. A. Borkowskiej (30 zł)

Zaburzenia psychiczne u mężczyzn. Wybrane zagadnienia.

pod red. J. Meder i M. Sawickiej (30 zł). *Nowość*

Zachowania agresywne. Przeciwdziałanie, leczenie

pod red. J. Meder (35 zł) *Nowość*

Podane ceny obejmują opłaty pocztowe. Zamówione pozycje przesyłamy po otrzymaniu potwierdzenia wpłaty pod adres nadawcy wpłaty, o ile nie otrzymamy innego adresu przesyłki. Instytucje prosimy o wyraźne wskazanie płatnika odbiorcy rachunku oraz odbiorcy zeszytów. Dodatkowe opłaty z tytułu zamówień za zaliczeniem pocztowym pokrywa odbiorca

Dział kolportażu KRW PTP:
31-138 Kraków, ul Lenartowicza 14
tel. +48 (012) 633-12-03, (012) 633-38-69
fax (012) 633-40-67

www.kom-red-wyd-ptp.com.pl

redakcja@psychiatriapolska.pl

CENY PRENUMERATY I POJEDYNCZYCH EGZEMPLARZY

oraz sposób zamawiania wydawnictw

Komitetu Redakcyjno-Wydawniczego
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

PSYCHIATRIA POLSKA

2009 – prenumerata roczna	80,00 zł
2009 – pojedynczy zeszyt	25,00 zł

Dla członków PTP prenumerata bezpłatna
(w ramach składki członkowskiej)

Dla lekarzy w trakcie specjalizacji (po przedstawieniu
zaświadczenia kierownika specjalizacji) prenumerata
roczna – 40 zł

2008 – prenumerata roczna	80,00 zł
2008 – pojedynczy zeszyt	25,00 zł
2007 – prenumerata roczna	80,00 zł
2007 – pojedynczy zeszyt	25,00 zł

PSYCHOTERAPIA

2009 – prenumerata roczna	60,00 zł
2009 – pojedynczy zeszyt	20,00 zł

Dla członków PTP prenumerata bezpłatna
(w ramach składki członkowskiej)

2008 – prenumerata roczna	60,00 zł
2008 – pojedynczy zeszyt	20,00 zł
2007 – prenumerata roczna	60,00 zł
2007 – pojedynczy zeszyt	20,00 zł

Dział kolportażu przyjmuje wpłaty w formie przelewów na rachunek bankowy wydawnictwa. Można ich dokonywać używając blankietów dołączonych do naszych czasopism, innych blankietów dostępnych w bankach i placówkach pocztowych a także w formie przelewów za pośrednictwem Internetu. W ten sam sposób prosimy przekazywać należności za książki z serii „Biblioteka Psychiatrii Polskiej” (wykaz dostępnych pozycji – na następnej stronie).

Zwracamy się z prośbą o możliwie wyraźne wypełnianie blankietów, co pozwoli wyeliminować ewentualne nieporozumienia przy realizacji prenumerat czasopism. Prosimy o wpisanie w rubrykach: „tytułem” – tytułów i numerów zamawianych zeszytów, tytułów książek, ich redaktorów oraz ilości egzemplarzy.

Osoby i instytucje zainteresowane otrzymaniem faktury za zamawiane wydawnictwa prosimy o wyraźne zaznaczenie tego na blankiecie wpłaty lub poinformowanie o tym telefonicznie działu kolportażu KRW PTP pod numerami telefonu: (012) 633-12-03; (012) 633-38-69, tel/fax. (012) 633-40-67.

Uwaga! Prenumerata może być realizowana dopiero po jej opłaceniu.

ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

VOLUME 11 ISSUE 1 MARCH 2009

CONTENT

- 5 **Psychotherapy of small children**
Hanna Jaklewicz, Lidia Popek
- 11 **Psychotherapy effectiveness and the possibility of personality traits changes depending on the patients' age**
Agnieszka Białas
- 21 **KON-2006 Neuritic Personality Questionnaire**
Jerzy W. Aleksandrowicz, Katarzyna Klasa, Jerzy Sobański, Dorota Stolarska
- 31 **Desensitization of conflicted feelings: using the ATOS to measure early change in a single-case affect phobia therapy treatment**
Maneet Bhatia, Mariana Gil Rodriguez, Darren M. Fowler, Johanne E.G. Godin, Martin Drapeau, Leigh McCullough
- 39 **Application of the concept of egosyntonicity to the assessment of anorexic patients' competence**
Małgorzata Starzomska
- 45 **Mother's perception of their closeness-caregiving and intrusiveness toward adult sons with a diagnosis of schizophrenia or drug addiction**
Szymon Chrzęstowski, Marta Zagdańska
- 53 **The impact of alcohol dependence on the course and psychopathology of schizophrenia**
Beata Konarzewska, Regina Popławska, Beata Galińska, Agata Szulc, Tomasz Markowski
- 61 **Psychodynamic psychopharmacology concept by D. Mintz and B. Belnap – discussion of the discipline in relation to treatment-resistant patients**
Sławomir Murawiec
- 69 **Working memory and executive functions in hyperthyroid patients with Graves' disease**
Karolina Jabłkowska, Małgorzata Karbownik-Lewińska, Katarzyna Nowakowska, Roman Junik, Andrew Lewiński, Alina Borkowska