

III Międzynarodowa Konferencja Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

Streszczenia

Sesja Plenarna, cz. I

Założenia reformy psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce

Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}

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

² Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Sosnowiec, Polska

Adres do korespondencji: Małgorzata Janas-Kozik, Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, ul. G. Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec, e-mail: janaskozik@gmail.com

Trwająca reforma psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w swoim podstawowym założeniu zakłada dwa cele: deinstytucjonalizację oraz zrównanie dostępu do pomocy profesjonalnej – psychologów, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych i psychiatrów dziecięco-młodzieżowych w różnych regionach kraju. Ma ona charakter ewolucyjny i systemowy.

Ewolucyjny – to znaczy, że zmiana będzie dokonywać się w czasie, hipotezy zakładane początkowo będą konsekwentnie sprawdzane i modyfikowane w zależności od potrzeb pacjentów i ich rodzin. Systemowy – gdyż obejmie nowym modelem opieki docelowo cały kraj. Po pierwszym roku wcielenia reformy w życie obecnie trwa jej ewaluacja, aby móc dokonać takich zmian, które będą najkorzystniejsze dla pacjenta i jego środowiska, jak również będzie zapewniony realny dostęp do specjalistów. Taki model wdrażania tejże reformy jest pierwszym modelem weryfikującym założenia, co sprawia, że system w sposób elastyczny i z troską myśli o pacjencie i jego środowisku, ale też kadrze profesjonalnej.

Reforma psychiatrii dzieci i młodzieży wprowadza trzy modele referencyjne opieki. I poziom referencyjny to środowiskowa poradnia psychologiczno-psychoterapeutyczna dla dzieci i młodzieży, która nie zatrudnia lekarza psychiatrii

dzieci i młodzieży. Na tym poziomie ma miejsce diagnoza psychologiczna oraz konceptualizacja psychoterapeutyczna z wdrożeniem adekwatnej pomocy terapeutycznej. Kluczową rolę odgrywa terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży, bezpośrednio pracujący w środowisku pacjenta (dom, szkoła). II poziom referencyjny to centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży z dostępem do lekarza psychiatrii dziecięco-młodzieżowego oraz oddziału dziennego. III poziom referencyjny to oddziały szpitalne całonocowe przyjmujące pacjentów głównie w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

Równolegle w reformie psychiatrii dzieci i młodzieży, oprócz opieki nad pacjentem, ma miejsce kształcenie kadr – w nowym zawodzie medycznym – terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży, w nowej specjalizacji w ochronie zdrowia – specjalizacja z psychoterapii dzieci i młodzieży oraz zmodyfikowanej specjalizacji z psychologii klinicznej o ścieżkę psychologii dzieci i młodzieży.

Jednocześnie reforma psychiatrii dzieci i młodzieży jest wspierana programami unijnymi, projektami finansowanymi przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej.

Zadania ośrodków I poziomu referencyjnego

Anita Bryńska

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

Adres do korespondencji: Anita Bryńska, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 63a, 02-091 Warszawa, e-mail: abrynska@wum.edu.pl

Zgodnie z założeniami realizowanej przez Ministerstwo Zdrowia reformy w nowym modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w pierwszej kolejności to najbliższe środowisko pacjenta, w tym środowisko rodzinne, szkolne, jest miejscem wdrażania profesjonalnej interwencji. Celem działań ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (OŚOPiP), tj. ośrodków I poziomu referencyjnego, jest zapewnienie

specjalistycznego wsparcia pacjentów dziecięcych i młodzieżowych już na samym początku – w momencie pojawienia się problemów. W codziennej pracy aktualnym wyzwaniem jest adekwatny podział zadań i koordynacja oddziaływań prowadzonych przez różnych specjalistów świadczących pomoc – psychologów, psychoterapeutów, terapeutów rodzinnych i terapeutów środowiskowych. W odniesieniu do każdego pacjenta niezbędne jest opracowanie i wdrożenie

indywidualizowanego planu diagnozy i leczenia, obejmującego m.in. zebranie pełnego wywiadu rodzinnego i rozwojowego, dotyczącego zgłaszanych problemów, przeprowadzenie diagnostycznej oceny w środowisku rodzinnym i szkolnym, przeprowadzenie kwalifikacji do psychoterapii i jej prowadzenie w formie terapii indywidualnej, grupowej lub rodzinnej, prowadzenie oddziaływań środowiskowych lub sesji wsparcia. Niezbędnym elementem jest również nadzór nad

procesem leczenia przez osoby będące superwizorami psychoterapii. Sprawny przepływ informacji, skuteczna komunikacja i dobra koordynacja powyższych działań są niezbędne do uzyskania dobrych efektów leczenia.

Tematyka wystąpienia obejmuje omówienie zagadnień związanych z zadaniami i organizacją pracy ośrodków I poziomu referencyjnego, tworzeniem indywidualizowanego planu postępowania w odniesieniu do pacjentów objętych opieką.

Testowanie modelu EZRA: dzielnica Bielany m.st. Warszawy i powiat piaseczyński

Tomasz Rowiński

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie; EZRA UKSW Sp. z o.o.; Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży Warszawa-Bielany;

Stowarzyszenie na rzecz Zdrowia Psychicznego Dziecka i Rodziny, Warszawa, Polska

Adres do korespondencji: Tomasz Rowiński, ul. Karola Miarki 13, 01-469 Warszawa, e-mail: tomasz.rowinski@ezrauksw.pl

Model EZRA (model bielański) obejmuje i opisuje współpracę pomiędzy I i II poziomem referencyjnym w psychiatrii dzieci i młodzieży. Określa on zadania I i II poziomu łącznie – jako podstawową sieć referencyjną wspierającą proces zdrowienia dziecka i rodziny. Zgodnie z założeniami poszczególne poziomy są zorganizowane w ramach wzajemnego ich odniesienia się do siebie.

Założenia teoretyczne organizacji leczenia w ramach współpracy międzysektorowej są opisane na pięciu filarach: 1) definicja i wspólne rozumienie zdrowia psychicznego; 2) zachowanie standardów leczenia; 3) praca na zasobach – szczególnie istotna zasada w pracy środowiskowej; 4) diagnoza funkcjonalna;

5) włączanie sieci oparcia społecznego dziecka i rodziny w proces leczenia.

Testowanie modelu odbywa się w dwóch różnych warunkach – jednego poziomu (dzielnica Bielany m.st. Warszawy) oraz dwupoziomowej (powiat piaseczyński) organizacji samorządu terytorialnego. Organizacja usług publicznych ma znaczenie dla wdrażania modelu oraz niesie ze sobą pewne ryzyka. W trakcie prezentacji zostaną przedstawione pierwsze wyniki i rekomendacje dotyczące organizacji leczenia w ramach modelu EZRA w różnych warunkach koordynacji i dostępnych zasobów.

I i II poziom referencyjny – koordynacja. Czy to działa?

Łukasz Pilawski¹, Ireneusz Jelonek^{1,2}, Lena Cichoń^{1,2}, Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}

¹ Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Sosnowiec, Polska

² Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wzrostu i Rozwoju, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska

Adres do korespondencji: Łukasz Pilawski, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, ul. G. Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec, e-mail: l.pilawski@centrum-pediatrii.com.pl

Wydaje się, iż współpraca pomiędzy poszczególnymi poziomami referencyjnymi jest kluczowa w kontekście realnych zmian, jakie stwarza reforma psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce. Szybka, kompleksowa i profesjonalna pomoc dzieciom, nastolatkom i ich rodzinom w fazie kryzysu zdrowia psychicznego może odwrócić obecny trend polegający na stworzeniu z izby przyjęć punktu konsultacyjnego.

Koordynacja powinna dotyczyć nie tylko ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej – psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjny) z poradnią zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży i oddziałem dziennym (II poziom referencyjny), ale również z oddziałami całodobowymi (III poziom referencyjny), tak aby przepływ informacji pomiędzy różnymi referencyjnymi poziomami opieki był płynny. Aktualne kolejki do specjalistów w poradni zdrowia psychicznego i na oddział dzienny dla dzieci i młodzieży są długie – okres oczekiwania wynosi od kilku do nawet kilkunastu miesięcy. Większość pierwszych zgłoszeń mogą obsłużyć I poziomy referencyjne, a tylko trudniejsi pacjenci bądź ci wymagający wsparcia lekarskiego, farmakoterapii czy struktury

w ramach oddziału dziennego powinni być kierowani do kolejnych poziomów referencyjnych opieki. Należy również rozważyć możliwość wsparcia dla niektórych pacjentów – udzielenia pomocy psychoterapeutycznej w ramach ambulatoryjnej psychoterapii. Sesje koordynacji i konsylia różnych specjalistów odgrywają bardzo ważną rolę w kontekście jakości sprawowanych świadczeń, dlatego tak ważne jest, aby działania te były także finansowane jako odrębne świadczenia.

Aktualnie koordynacja pomiędzy I i II poziomem referencyjnym odbywa się w bardzo ograniczonym zakresie lub nie ma jej wcale. Pracownicy ośrodków środowiskowej opieki psychologiczno-psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży podejmują działania dla szerokiego spektrum trudności natury psychicznej i nie dysponują wystarczającym wsparciem innych specjalistów. Blokują to możliwości pomocy i rodzi chęć „przerzucania” pacjenta pomiędzy różnymi poziomami czy instytucjami. Działania poszczególnych poziomów referencyjnych powinny się uzupełniać, tak aby móc świadczyć dzieciom, nastolatkom i ich rodzinom pomoc różnymi dostępnymi formami terapeutycznymi – daje to największą nadzieję na skuteczną pomoc.

Sesja Plenarna, cz. II

Zapobieganie zachowaniom samobójczym dzieci i młodzieży w opiece psychiatrycznej jako jedno z zadań NPZ na lata 2021–2025

Agnieszka Gmitrowicz

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

Adres do korespondencji: Agnieszka Gmitrowicz, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, e-mail: agnieszka.gmitrowicz@umed.lodz.pl

Wstęp: W Polsce w ostatnich latach z powodu samobójstw ginie blisko dwa razy więcej ludzi niż w wypadkach drogowych. Komenda Główna Policji w 2020 roku zarejestrowała w grupie wiekowej 7–18 lat 107 samobójstw i 736 prób samobójczych (PS). Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w ostatnich kilku latach samobójstwa były w naszym kraju drugą lub trzecią przyczyną zgonów w grupie wiekowej 10–19 lat. Przypadków samobójstw i PS jest w rzeczywistości więcej, ponieważ nie wszystkie są zgłaszane. Szacuje się, że liczba PS w populacji nastolatków jest 100-, a nawet 200-krotnie wyższa. Podejmowanie kolejnych PS istotnie zwiększa ryzyko samobójstwa. Mimo zainicjowania w 2009 roku przez psychiatrów działań na rzecz aktywnej polityki państwa w zakresie zapobiegania zachowaniom samobójczym (ZS) nastolatków nadal oddziały całodobowe mają obłożenie znacząco przekraczające liczbę zakontraktowanych łóżek, z powodu nagłych przyjęć pacjentów z wysokim ryzykiem samobójczym.

Celem prezentacji jest: 1) próba odpowiedzi na pytanie, co warunkuje ZS u nastolatków; 2) jakie działania profilaktyczne są uznane za skuteczne w redukowaniu liczby tych zachowań; 3) przedstawienie głównych zadań w 3. celu operacyjnym Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2021–2025: Zapobieganie zachowaniom samobójczym, ze szczególnym uwzględnieniem tworzenia standardów w opiece psychiatrycznej.

Omówienie i wnioski: Wpływ na liczbę ZS mają uwarunkowania środowiskowe: klimatyczne, geopolityczne, kulturowe, kalendarzowe i społeczne, w tym łatwy dostęp do środków i metod umożliwiających samobójstwo, czy niewłaściwe informowanie o ZS przez media oraz indywidualne czynniki ryzyka samobójstwa, charakterystyczne dla konkretnej osoby. Każde targnięcie się na własne życie ma swoją historię, którą można przedstawić graficznie jako proces samobójczy. W niektórych przypadkach samobójstw wykazuje się genetyczną podatność na ZS, depresję, w innych – występowanie od wczesnego dzieciństwa określonych czynników ryzyka, tj. zaburzenia więzi, zaniedbywania

czy doświadczania przemocy. Z początkiem edukacji pojawiają się stresory, związane z nauką, brakiem osiągnięć, odrzuceniem, doświadczaniem przemocy rówieśniczej w internecie. W okresie dojrzewania dochodzi do kryzysu tożsamości – często przebiegającego burzliwie, z zachowaniami impulsywnymi, konfliktami rodzinnymi, narażeniem na uzależnienie od alkoholu oraz innych substancji. Z doświadczeń krajów, które wdrożyły już strategie zapobiegania samobójstwom, wynika, że skuteczne ograniczenie liczby ZS wymaga przede wszystkim zaangażowania instytucji państwowych, organizacji pozarządowych, mediów, instytucji leczniczych, pomocowych, a także ekspertów (w tym przez doświadczenie), wolontariuszy, grup samopomocowych i osób niezrzeszonych.

Zaangażowanie ekspertów w ramach interdyscyplinarne-go Zespołu Roboczego ds. Prewencji Samobójstw i Depresji przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego (w tym zorganizowanie dwóch kongresów suicydologicznych w 2018 i 2020 roku) przyczyniło się do opracowania założeń Krajowego Programu Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym, które znalazły się w 3. celu operacyjnym NPZ 2021–2025 „Promocja zdrowia psychicznego”. Wśród 10 głównych zadań jedno (5.) ma szczególne bezpośrednie znaczenie dla populacji dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, w ramach profilaktyki wskazanej: „Opracowanie (przy udziale suicydologów i specjalistów zdrowia publicznego), aktualizacja, upowszechnianie i monitorowanie wdrażania standardów postępowania w przypadku ryzyka ZS skierowanych do adekwatnych grup osób i instytucji, m.in. służby zdrowia, pomocy społecznej, kadry pedagogicznej, rodziców, służb mundurowych, mediów i osób duchownych”. Realizacja tego zadania zaczyna się od podstaw, czyli opracowania standardów skierowanych do dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. Od efektywności tych standardów będzie zależało bezpieczeństwo nie tylko dzieci i młodzieży w kryzysie samobójczym, ale także osób sprawujących nad nimi opiekę w placówkach/centrach zdrowia psychicznego, na trzech poziomach referencyjności.

Sesja II

Fobia szkolna w czasie pandemii COVID-19

Małgorzata Dąbkowska

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

Adres do korespondencji: Małgorzata Dąbkowska, Katedra i Klinika Psychiatrii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, 85-094 Bydgoszcz, e-mail: kikpsych@cm.umk.pl

Fobia szkolna (odmowa uczęszczania do szkoły o podłożu lękowym) bywa spowodowana w 75–80% przez skrajnie nasilony lęk separacyjny. Wzrost poczucia niepewności w otaczającym świecie może wpłynąć na wzrost częstości zaburzeń lękowych w populacji wieku rozwojowego. W czasie pandemii COVID-19 w badaniach dzieci skoncentrowano się głównie na ocenie częstości lęku społecznego (Loades *et al.*, 2020) i lęku uogólnionego (Zhou *et al.*, 2020), zakładając, że przebywanie w domu ochroni przed lękiem separacyjnym. Lęk separacyjny powiązany jest przede wszystkim z niekorzystnymi czynnikami rodzinnymi, w tym brakiem bezpiecznego przywiązania we wczesnym dzieciństwie. W sensie ewolucyjnym lęk separacyjny należy do najstarszych modułów lękowych dotyczących ssaków

Piśmiennictwo

Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N *et al.*: Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020; 59: 1218–1239.e3.

i ukształtował się już w erze mezozoicznej (140 mln lat temu). Pandemia, która zubożyła życie, w tym rodzinne, może generować wzrost liczby dzieci odczuwających lęk separacyjny pomimo przebywania w domu. Po otwarciu szkół więcej dzieci może mieć problemy z opuszczeniem domu i uczęszczaniem do szkoły. Kryzys pandemiczny dotknął w szczególności sposób dzieci, zamykając szkoły. Według danych UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) w szczytowym momencie – w kwietniu 2020 roku – ponad 1,5 miliarda uczniów w ponad 190 krajach na całym świecie doświadczyło zamknięcia szkół z przyczyn epidemiologicznych (co stanowi ponad 90% wszystkich uczniów). Szereg czynników leżących u podłoża fobii szkolnej uległo nasileniu podczas pandemii COVID-19.

Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL *et al.*: Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020; 29: 749–758.

Sesja III

Czynniki zapalne w jadłowstręcie psychicznym

Marta Tyszkiewicz-Nwafor¹, Katarzyna Jowik¹, Elżbieta Paszyńska²,
Agata Dutkiewicz¹, Agnieszka Słopeń¹, Monika Dmitrzak-Węglarz³

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

² Zakład Stomatologii Zintegrowanej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań, Polska

³ Zakład Genetyki w Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań, Polska

Adres do korespondencji: Marta Tyszkiewicz-Nwafor, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, ul. Szpitalna 27/33, 61-572 Poznań

Wstęp i cel: Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*, AN) jest zaburzeniem metaboliczno-psychiatrycznym, w którego etiopatogenezie istotną rolę mogą odgrywać nieprawidłowości w wydzielaniu cytokin, neuropeptydów i neuroprzekazników oraz interakcje między nimi. Głównym celem prezentowanego badania była przekrojowa analiza białek związanych z układem immunologicznym u pacjentek z AN. Ponadto zbadano korelacje pomiędzy tymi cząsteczkami a wybranymi neuropeptydami o udowodnionym udziale w etiopatogenezie AN.

Metodologia: Do badania włączono nastoletnie dziewczęta hospitalizowane w ostrym stadium restrykcyjnej postaci AN oraz dziewczęta stanowiące grupę kontrolną (GK). Zmierzono u nich poziomy 24 białek związanych z układem immunologicznym, w tym cytokin, chemokin i proteinaz. Ponadto oznaczono poziomy wybranych adipocytokin, hormonów przewodu pokarmowego oraz neuropeptydów produkowanych w ośrodkowym układzie nerwowym.

Wyniki: Poziomy CXCL1, CXCL9, FGF2, GrB, IL1, IL6, IL8, MMP8, MMP9, CTSS były statystycznie niższe w AN niż w GK. Stężenia wielu białek związanych z odpornością pozostają niezmiennione pomimo stanu metabolicznego i psychicznego chorych. Ponadto stwierdzono istotne korelacje między leptyną a CXCL1, CXCL9, GrB, IL1, IL6 i MMP8. Receptory leptyny były skorelowane z GrB, podczas gdy rezystyna była związana z MMP9.

Wnioski: Sugerujemy, że początkowy etap restrykcyjnej postaci AN u młodzieży w pierwszym roku choroby nie jest związany ze stanem prozapalnym. Niektóre zmiany białek związane z układem immunologicznym mogą być zależne do nieprawidłowych poziomów neuropeptydów, głównie leptyny i rezystyny. Przyszłe badania powinny wyjaśnić, które z tych zmian są pierwotne i wtórne w stosunku do utraty wagi oraz czy normalizują się one wraz ze wzrostem masy ciała. Może to pomóc w zrozumieniu złożonej etiopatogenezy AN i poszukiwaniu nowych metod leczenia.

Prezentacja pacjentki z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, jadłowstrętem psychicznym i zaburzeniami konwersyjnymi w kontekście traumy bezpośredniej i międzypokoleniowej

Lidia Popek

Oddział Psychiatryczny dla Dzieci w Józefowie, Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii, Józefów, Polska

Adres do korespondencji: Lidia Popek, Oddział Psychiatryczny dla Dzieci w Józefowie, Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii, ul. 3-go Maja 127, 05-420 Józefów, e-mail: lidia.popek@centrumzagorze.pl

Celem wystąpienia jest zaprezentowanie przebiegu diagnozy i terapii pacjentki, w której współwystępowały zaburzenia ze spektrum autyzmu, jadłowstręt psychiczny i zaburzenia konwersyjne. Historia choroby dotyczy kilku hospitalizacji między 13.

a 15. rokiem życia dziecka. Istotnym elementem wystąpienia jest powiązanie zaburzeń pacjentki z historią rodziny. Zostanie również zaprezentowane rozumienie objawów psychopatologicznych w kontekście traumy bezpośredniej i międzypokoleniowej.

Niekorzystne wydarzenia życiowe a stosunek do odżywiania u dzieci w wieku szkolnym

Ewa Bryl¹, Tomasz Hanć¹, Paula Szczesniewska¹, Agata Dutkiewicz²,
Marta Tyszkiewicz-Nwafor², Agnieszka Słopień², Monika Dmitrzak-Węglarz³

¹ Instytut Biologii i Ewolucji Człowieka, Wydział Biologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań, Polska

² Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, Polska

³ Zakład Genetyki w Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, Polska

Adres do korespondencji: Tomasz Hanć, Instytut Biologii i Ewolucji Człowieka, Wydział Biologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, ul. Uniwersytetu Poznańskiego 6, 61-614 Poznań, tel.: +48 61 829 57 15, e-mail: tomekh@amu.edu.pl

Wstęp: Niekorzystne wydarzenia życiowe mogą mieć wpływ na rozwój psychiczny dorastających dzieci. Coraz częściej zaburzenia odżywiania obserwowane są nie tylko u młodzieży i młodych osób dorosłych, ale również u młodszych dzieci. Traumatyczne wydarzenia życiowe mogą przyczynić się do rozwoju zaburzeń odżywiania.

Cel: Ocena związku pomiędzy niekorzystnymi wydarzeniami życiowymi a postrzeganiem ciała i postawami wobec jedzenia.

Materiały i metody: W badaniu wzięło udział 276 chłopców i 254 dziewczynki w wieku 6–12 lat z poznańskich szkół podstawowych. Do oceny postaw wobec jedzenia i postrzegania obrazu własnego ciała został wykorzystany kwestionariusz Children's Eating Attitudes Test (ChEAT), a do oceny występowania niekorzystnych wydarzeń życiowych – kwestionariusz Traumatic Events Screening Inventory (TESI).

Wyniki: U chłopców doświadczenie przemocy wiązało się z wyższym wynikiem testu ChEAT ($F = 5,9, p = 0,015$)

i większą liczbą punktów na podskalach testu dotyczących odchudzenia ($F = 4,01, p = 0,04$), a u dziewczynek narażenie na przemoc miało związek z niższym wynikiem ChEAT i mniejszą liczbą punktów na podskalach dotyczących odchudzenia. Dzieci, które doświadczyły śmierci bliskiego członka rodziny, odczuwają większą presję otoczenia na zwiększenie masy ciała ($F = 4,07, p = 0,04$). Chłopcy, którym umarła bliska osoba, mają wyższy wynik na podskalach testu dotyczących koncentracji na obrazie własnego ciała, natomiast u dziewczynek wyniki na tej podskali są niższe ($F = 5,63, p = 0,01$).

Wnioski: Niekorzystne wydarzenia życiowe wpływają na postrzeganie ciała i postawy wobec jedzenia. Bardziej narażeni na niekorzystny wpływ stresorów na rozwój zachowań związanych z zaburzeniami odżywiania są chłopcy.

Finansowanie

Badanie realizowane w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki. Numer grantu: 2016/21/B/NZ5/00492.

Funkcje wykonawcze a nieprawidłowa masa ciała i ryzyko zaburzeń odżywiania u dzieci w wieku szkolnym

Paula Szcześniewska¹, Tomasz Hanć¹, Ewa Bryl¹, Agata Dutkiewicz², Aneta R. Borkowska³, Marta Tyszkiewicz-Nwafor², Monika Dmitrzak-Węglarz⁴, Agnieszka Słopeń²

¹ Instytut Biologii i Ewolucji Człowieka, Wydział Biologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań, Polska

² Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, Polska

³ Instytut Psychologii, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin, Polska

⁴ Zakład Genetyki w Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, Polska

Adres do korespondencji: Tomasz Hanć, Instytut Biologii i Ewolucji Człowieka, Wydział Biologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, ul. Uniwersytetu Poznańskiego 6, 61-614 Poznań, tel.: +48 61 829 57 15, e-mail: tomekh@amu.edu.pl

Wstęp: Funkcje wykonawcze (*executive functions*, EF) to złożony konstrukt, odgrywający istotną rolę w procesach samoregulacyjnych, w tym w procesach związanych z kontrolą jedzenia i utrzymaniem prawidłowej masy ciała. W literaturze wykazano dotychczas związki deficytów wykonawczych w przebiegu zaburzeń odżywiania i otyłości. Niejasne jednak pozostaje, czy deficyty EF mogą warunkować nieprawidłowości w relacji z jedzeniem. Celem niniejszego badania była ocena związku EF z postawą wobec jedzenia i ryzykiem zaburzeń odżywiania u dzieci w wieku szkolnym. Ocenie podlegał także efekt interakcji między nieprawidłowościami w masie ciała (niedowaga, otyłość) i poziomem EF.

Materiały i metody: Zbadano 540 dzieci w wieku 6–12 lat ($\mu = 8,97$), w tym 283 chłopców oraz 257 dziewcząt. Do oceny EF wykorzystano Test Interferencji Stroopa (The Stroop Color-Word Interference Test, SCWT) i Zadanie Głodnego Osiołka (Hungry Donkey Task, HDT). Do oceny postaw wobec jedzenia oraz ryzyka zaburzeń odżywiania wykorzystano przetłumaczone na język polski narzędzie Children's Eating Attitudes Test (ChEAT). Dzieciom wykonano pomiary wysokości i masy ciała. Masę ciała, wysokość ciała oraz wskaźnik masy ciała (*body mass index*, BMI) wystandaryzowano ze względu na płeć i wiek w oparciu o normy wzrastania Światowej Organizacji Zdrowia. Niedowagę i otyłość diagnozowano w oparciu o kryteria International Obesity Task Force (IOTF).

Wyniki: Nie wykazano istotnych różnic między zadaniami SCWT i HDT a sumarycznym wynikiem w ChEAT. Większy efekt interferencji błędów w SCWT ($p = 0,002$) i dodatni wskaźnik uczenia się w HDT ($p = 0,017$) wiązały się z wyższymi wynikami na podskali związanej z kontrolą podaży energetycznej i unikaniem nadmiaru kalorii. U dzieci z niedowagą wyższy wskaźnik interferencji błędów wiązał się z wyższymi wynikami na skali kontroli kalorii, zaś u dzieci z otyłością wyższy wskaźnik interferencji wiązał się z niskimi wynikami na skali kontroli kalorii ($p = 0,041$). Ponadto wskaźnik interferencji czasu w SCWT różnicował wyniki na podskali mierzącej działania zmierzające do odchudzenia – dzieci z niższym wskaźnikiem interferencji uzyskiwały wyższe wyniki na skali mierzącej zachowania związane z odchudzaniem się ($p = 0,015$). Korzystny wynik w HDT związany był z niższymi wynikami na podskali społecznej presji na przybranie na wadze ($p = 0,026$).

Wnioski: Wyniki wspierają hipotezę, że funkcjonowanie wykonawcze ma istotny związek z postawami żywieniowymi i zachowaniami żywieniowymi u dzieci, mogącymi predisponować do zaburzeń odżywiania.

Finansowanie

Badanie realizowane w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki.

Numer grantu: UMO-2016/21/B/NZ5/00492.

Sesja IV

Terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży – nowy zawód medyczny

Łukasz Pilawski¹, Ireneusz Jelonek^{1,2}, Lena Cichoń^{1,2}, Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}

¹ Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Sosnowiec, Polska

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

Adres do korespondencji: Łukasz Pilawski, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, ul. G. Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec, e-mail: l.pilawski@centrum-pediatrii.com.pl

Informacje o nowej kwalifikacji rynkowej zawarte są w Zintegrowanym Rejestrze Kwalifikacji (ZRK) pod hasłem: „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży”. Zawód ten skierowany jest do osób posiadających wykształcenie wyższe, a także doświadczenie w pracy z rodzinami, dziećmi i młodzieżą. Zatrudnienie znaleźć będzie można w ośrodkach środowiskowej opieki psychologiczno-psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży stanowiących I poziom referencyjny w ramach systemowej, ewolucyjnej reformy psychiatrii dzieci i młodzieży.

Terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży to osoba przygotowana do wypełniania zadań związanych z modelem środowiskowej opieki psychiatrycznej dla dzieci, młodzieży i ich rodzin, w którym – poza oddziaływaniem na indywidualne funkcjonowanie małoletniego lub nastoletniego pacjenta – istotną rolę odgrywa wzmocnienie jego zasobów środowiskowych i oparcia społecznego. Przez środowisko rozumiane są dom rodzinny i szkoła w wąskim zakresie, a w szerokim również grupa rówieśnicza oraz współpraca z ośrodkami pomocy społecznej. W tym modelu terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży uczestniczy

we wczesnym rozpoznawaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży np. w ramach wielospecjalistycznego zespołu – z psychologiem, psychoterapeutą dzieci i młodzieży, współpracuje z rodziną i środowiskiem wychowawczym we wspomaganiu rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży, koordynuje opiekę i dostęp do różnych placówek zajmujących się wsparciem dzieci i młodzieży.

W ramach szkoleń kandydaci są zapoznawani z podstawami psychologii rozwojowej, zaburzeniami psychicznymi okresu rozwojowego, aspektami prawnymi czy technikami terapii środowiskowej do pracy zarówno z pacjentem, jak i jego systemem rodzinnym. Ponadto zobowiązani są do pracy własnej (*self experience*) oraz odbycia praktyk.

Sesja V

Dysforia płciowa u nastolatków z zaburzeniami psychotycznymi – objaw czy zjawisko współwystępujące?

Izabela Łucka¹, Marta Jurczyk²

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

² Zakład Pedagogiki Specjalnej, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Gdański, Gdańsk, Polska

Adres do korespondencji: Izabela Łucka, Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiek Podeszłego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Srebrniki 17, 80-282 Gdańsk, e-mail: izabelalucka@gumed.edu.pl; Marta Jurczyk, Zakład Pedagogiki Specjalnej WNS UG, ul. Bażyńskiego 4, 80-309 Gdańsk, e-mail: marta.jurczyk@ug.edu.pl

Występowanie objawów dysforii płci u nastolatków prezentujących zaburzenia psychotyczne generuje duże trudności diagnostyczno-terapeutyczne. Związane są one nie tylko z pytaniem, jakiej natury jest charakter zgłaszanego niezadowolenia z posiadanej płci biologicznej, ale także normatywnym u młodego człowieka okresem niepewności i poszukiwań w procesie konstytuowania się psychoseksualności. W tym kontekście podjęcie decyzji o leczeniu ukierunkowanym na korektę płci wymaga szczególnie wnikliwej analizy, starannej diagnozy różnicowej, a przede wszystkim stabilizacji stanu psychicznego oraz przedłużonej obserwacji i wykluczenia urojeniowego podłoża dysforii płci.

Zapewnienie właściwej opieki takim właśnie pacjentom wydaje się szczególnie ważne. Umożliwienie przejścia procesu korekty płci, w razie potwierdzenia braku związku przyczynowego obu zaburzeń, wydaje się właściwym postępowaniem terapeutycznym, jakkolwiek budzącym uzasadnione dyskusje. Odmawianie zastosowania medycznych interwencji dla osób nastoletnich w odpowiednim terminie stanowi istotne ryzyko pogorszenia stanu psychicznego, może nasilać dysforię płciową i przyczynić się do autoprezentacji prowokującej prześladowanie i stygmatyzację, a tym samym spowodować wzrost poziomu stresu, co jest istotnym czynnikiem dekompensacji psychotycznej.

Seksualność osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Krzysztof M. Wilczyński^{1,2}, Lena Cichoń^{1,2}, Ireneusz Jelonek^{1,2}, Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}

¹ Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wiek Rozwojowego, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska

² Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Sosnowiec, Polska

Adres do korespondencji: Krzysztof Maria Wilczyński, Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wiek Rozwojowego, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, ul. G. Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec, e-mail: wil.k.m91@gmail.com

Coraz większą uwagę w badaniach nad zaburzeniami ze spektrum autyzmu zwraca zagadnienie seksualności w tej grupie osób. Tradycyjne postrzeganie zaburzeń ze spektrum autyzmu pomijało tę tematykę, zaś w przekazie społecznym było to zagadnienie stawiane w jednym szeregu np. z seksualnością osób niepełnosprawnych intelektualnie. Jednak wraz z coraz intensywniejszą walką o demedycyzację autyzmu i afirmację neuro różnorodności, jak również na fali badań nad dysforią płciową i walki o prawa mniejszości seksualnych, zagadnienie to budzi narastające zainteresowanie. Widać to również w statystykach publikacji naukowych. Od 1959 roku w bazie PubMed pojawiło się 4659 publikacji powiązanych ze słowami kluczowymi: seksualność, dysforia płciowa oraz autyzm i zaburzenia ze spektrum autyzmu. Z tego aż 4189 prac (89%) było opublikowanych po 2000 roku, a 3499 (75%) – po 2010 roku.

Szczególnie interesującym zagadnieniem w tym względzie jest kwestia dysforii płciowej. Dwa dostępne badania autorstwa Stranga i wsp. oraz Janssen i wsp., porównujące osoby z diagnozą całościowych zaburzeń rozwoju i neurotypowe, wskazują na prawie ośmiokrotnie wyższe ryzyko zaburzeń identyfikacji płciowej w grupie osób neuroatypowych w porównaniu z populacją ogólną. Interesującym zagadnieniem jest natura tej zależności, zwłaszcza w kontekście znacznie wyższej częstości tego typu problematyki u metrykalnych kobiet z diagnozą zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz różnic w obrazie klinicznym i występowaniu samego w sobie autyzmu u kobiet. Prezentowana praca ma na celu narracyjny przegląd dostępnej literatury w tematyce szeroko pojętej seksualności (ze szczególnym uwzględnieniem kwestii dysforii płciowej) w kontekście osób ze spektrum autyzmu.

Sesja VI

Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną – perspektywa edukacyjna i terapeutyczna

Marta Jurczyk

Zakład Pedagogiki Specjalnej, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Gdański, Gdańsk, Polska
Adres do korespondencji: Marta Jurczyk, Zakład Pedagogiki Specjalnej WNS UG, ul. Bażyńskiego 4, 80-309 Gdańsk, e-mail: marta.jurczyk@ug.edu.pl

Seksualność konstruowana jest jako sfera dostępna jedynie dla ludzi zdrowych, sprawnych, z wykluczeniem i marginalizacją osób z niepełnosprawnością (intelektualną i ruchową). Opisywane w literaturze postawy dotyczące pojęcia seksualnego niepełnosprawnych intelektualnie to przede wszystkim koncepcje oparte na dyskursie tolerowania, udoskonalania, eliminowania i akceptowania. Tolerancja postrzegana jest tutaj przez pryzmat traktowania jednostki niepełnosprawnej wyłącznie jako dziecka, któremu nigdy nie przyzna się statusu osoby dorosłej. Konstrukcja ta niejednokrotnie wzmocniona jest przez świadome postawy rodziców,

będących w pełni świadomych seksualności dzieci, czy przy świadomym braku wsparcia rozwoju seksualnego, a tym samym zablokowaniu możliwości rozwoju.

Prezentowane wystąpienie ma charakter badawczo-refleksyjny nad kategorią seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną – na kanwie własnych badań empirycznych oraz praktyki terapeutycznej. Przedstawione zostaną kwestie rozwoju psychoseksualnego osób z zaburzeniami neurorozwojowymi, sytuacje problemowe oraz możliwości interwencji – zarówno edukacyjnej, jak i terapeutycznej.

Sesja VII

ChAD u nastolatka a kryteria diagnostyczne

Lena Cichoń^{1,2}, Krzysztof M. Wilczyński^{1,2}, Ireneusz Jelonek^{1,2}, Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}

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

² Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Sosnowiec, Polska

Adres do korespondencji: Lena Cichoń, Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, ul. G. Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec, e-mail: lenacichon@interia.pl

Rozpoznanie choroby afektywnej dwubiegunowej stwarza poważne trudności diagnostyczne zarówno u osób dorosłych, jak i niepełnoletnich. Co więcej, w literaturze anglosaskiej od pewnego czasu pojawiają się doniesienia, iż istniejące kryteria diagnostyczne mogą odbiegać od faktycznego obrazu klinicznego zaburzenia afektywnego dwubiegunowego w grupie dzieci i młodzieży. Na podstawie badania przeprowadzonego w Katedrze i Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego zostanie podjęta dyskusja na temat tego, czy

obowiązujące kryteria diagnostyczne umożliwiają wiarygodną diagnozę choroby afektywnej u nastolatków, czy może powinny być zmodyfikowane w zależności od wieku chorych. Przedstawione zostaną objawy choroby (w tym te, które nie są ujęte w kryteriach diagnostycznych) najczęściej prezentowane przez dzieci z chorobą afektywną dwubiegunową w województwie śląskim. Omówione będą także zaburzenia psychiczne, których diagnoza różnicowa z chorobą afektywną dwubiegunową w populacji dziecięcej stanowi największe wyzwanie w praktyce klinicznej.

Prenatalna i wczesna postnatalna ekspozycja na tropikalny huragan Aila a poziom objawów ADHD i zaburzeń opozycyjnych u dzieci w Indiach

Tomasz Hanć¹, Aleksandra Gomula², Natalia Nowak-Szczepeńska², Raja Chakraborty³, Sławomir Kozieł²

¹ Instytut Biologii i Ewolucji Człowieka, Wydział Biologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań, Polska

² Zakład Antropologii, Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej im. Ludwika Hirszfelda, Polska Akademia Nauk, Wrocław, Polska

³ Department of Anthropology, Dinabandhu Mahavidyalaya, Bongaon, West Bengal, Indie

Adres do korespondencji: Tomasz Hanć, Instytut Biologii i Ewolucji Człowieka, Wydział Biologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, ul. Uniwersytetu Poznańskiego 6, 61-614 Poznań, tel.: +48 61 829 57 15, e-mail: tomekh@amu.edu.pl

Cel: Celem badania była ocena związku wczesnej ekspozycji na obiektywnie stresujące wydarzenie z objawami zaburzeń eksternalizacyjnych u dzieci, na podstawie wyników

eksperymentu naturalnego. Testowano hipotezę, że indyjskie dzieci z doświadczeniem prenatalnej lub wczesnej postnatalnej ekspozycji na huragan tropikalny Aila, który wystąpił

na wybrzeżu Bangladeszu i Indii w 2009 roku, prezentują podwyższony poziom objawów nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD) oraz objawów zaburzeń opozycyjnych w porównaniu z grupą kontrolną, a wielkość efektu zależy od fazy rozwoju dziecka, w której doszło do ekspozycji.

Metoda: W badaniu porównano dzieci w wieku 8–11 lat, które doświadczyły prenatalnej ($n = 336$) i wczesnej postnatalnej ekspozycji ($n = 216$) na huragan Aila, z grupą kontrolną ($n = 285$) dzieci, które uniknęły ekspozycji. Poziom objawów oceniono za pomocą Conner's Teacher Rating Scale – Revised.

Wyniki: Ekspozycja na huragan Aila była istotnie związana z wyższym ogólnym poziomem objawów

eksternalizacyjnych oraz podwyższonymi wynikami wskaźników ADHD (ADHD Index), Nadruchliwości oraz Objawów Opozycyjnych, niezależnie od innych zmiennych kontrolowanych w badaniu. Analiza *post-hoc* wykazała specyficzne dla płci interakcje między czasem wystąpienia ekspozycji (ekspozycja prenatalna vs postnatalna) a wskaźnikami Deficytów Uwagi oraz Objawów Opozycyjnych.

Wnioski: Cechy funkcjonowania poznawczego i zachowania podlegają programowaniu w wyniku ekspozycji na wczesny stres, a programujące działanie stresorów nie ogranicza się do fazy prenatalnej. Wydaje się, iż płeć jest ważnym czynnikiem modulującym związek między stresem wczesnodziecięcym a symptomami eksternalizacyjnymi.

Sesja VIII

FASD – fetal alcohol spectrum disorder. Poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych z perspektywy psychiatrii dzieci i młodzieży

Magda Warczyńska

Oddział Psychiatryczny dla Dzieci w Józefowie, Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii, Józefów, Polska

Adres do korespondencji: Magda Warczyńska, Oddział Psychiatryczny dla Dzieci w Józefowie, ul. 3 Maja 127, 05-420 Józefów

Poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych (*fetal alcohol spectrum disorder*, FASD) jest wynikiem działania alkoholu na dziecko w okresie rozwoju płodowego. FASD nie jest rozpoznaniem klinicznym, czyli u pacjenta nie diagnozuje się FASD – jest on zbyt szeroko zdefiniowany, aby mógł mieć wartość kliniczną. Podstawowe kategorie diagnostyczne wchodzące w skład FASD to FAS (*fetal alcohol syndrome*) – płodowy zespół alkoholowy, w klasyfikacji ICD-10 oznaczony kodem Q86.0 – oraz ND-PAE (*neurodevelopmental disorders associated with prenatal alcohol exposure*) – zaburzenia neurorozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol, w klasyfikacji ICD-10 oznaczone kodem G96.8. Objawy można podzielić na pierwotne, takie jak dysmorfia twarzy, niedobór masy ciała i wzrostu, uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, oraz wtórne – pośrednie – będące konsekwencją nieprawidłowej opieki nad dzieckiem, często wynikającej z późnego rozpoznania zaburzenia.

Objawy FASD manifestują się na różnych etapach rozwoju dziecka od najmłodszych lat życia do wczesnego okresu dojrzewania, ale również we wczesnej dorosłości wymagają kompleksowej opieki. W przebiegu ND-PAE w pierwszych

trzech latach może zwracać uwagę wyraźne opóźnienie rozwojowe, u starszych dzieci upośledzenie wyższych procesów poznawczych, kłopoty z funkcjonowaniem szkolnym. Do następstw ND-PAE należą ograniczone zdolności przystosowawcze i nieprawidłowe zachowania w ciągu całego życia. Do zaburzeń współwystępujących należą te, z którymi psychiatra dzieci i młodzieży spotyka się na co dzień: deficyty uwagi z nadaktywnością, zaburzenie opozycyjno-buntownicze, zaburzenie zachowania, wahania nastroju aż do zaburzeń dwubiegunowych i depresyjnych.

Ponieważ FASD jest wynikiem spożywania alkoholu przez matkę w czasie ciąży, należy zwrócić uwagę na kontekst rodzinny, w jakim dziecko się znajduje, oraz heterogeniczność populacji dzieci pijących rodziców. Model rodziny wysokiego ryzyka zaburzeń psychicznych u dzieci wynika z rodzinnego kontekstu społecznego oraz czynników genetycznych. W konsekwencji rodziny wysokiego ryzyka zwiększają podatność dzieci na zaburzenia zachowania i uzależnienia od alkoholu, narkotyków i nadmiernej aktywności seksualnej, a także negatywnie wpływają na zdrowie fizyczne i psychiczne potomstwa.

Model diagnostyczny dla zaburzeń osobowości borderline w adolescencji stosowany w terapii opartej na przeniesieniu (*transference-focused psychotherapy for adolescents, TFP-A*)

Piotr Musiał¹, Małgorzata Kaczmarek-Fojtar²

¹ Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, Polska

² Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, Polska

Adres do korespondencji: Piotr Musiał, Katedra Psychiatrii, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wybrzeże L. Pasteura 10, 50-367 Wrocław, tel.: +48 71 784 16 00, e-mail: piotr.musial@umw.edu.pl

W ostatnich latach wzrosła liczba doniesień naukowych wskazujących na zasadność rozpoznania i leczenia zaburzeń osobowości borderline (*borderline personality disorder, BPD*) w okresie adolescencji. Nielezione BPD prowadzi do poważnych osobistych, społecznych i ekonomicznych kosztów w przyszłości nastolatka. W takich przypadkach wczesna diagnoza zaburzeń BPD przekłada się na uzyskanie dostępu do odpowiedniego leczenia i w konsekwencji stanowi szansę na adekwatne realizowanie zadań rozwojowych. Celem prezentacji jest przedstawienie modelu diagnostycznego dla BPD w adolescencji używanego w psychoterapii

TFP-A (terapii opartej na przeniesieniu – *transference-focused psychotherapy for adolescents*), która opiera się na teorii i technikach terapeutycznych wywodzących się ze współczesnej psychoanalizy oraz teorii relacji z obiektem O. Kernberga. W prezentacji zostaną omówione kluczowe komponenty osobowości, tj. tożsamość, relacje z obiektem, stosowane mechanizmy obronne, ekspresja i kierowanie agresją oraz funkcjonowanie moralne, których poziom zaburzenia przekłada się na głębokość BPD u pacjenta i sposób prowadzenia jego leczenia.

Zaburzenia psychiczne oraz czynniki warunkujące pozytywną adaptację i rezyliencję u dzieci z rodzin uchodźczych i ubiegających się o azyl. Przegląd literatury i doświadczenia własne

Monika Youssef Khalil

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

Adres do korespondencji: Monika Youssef Khalil, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, e-mail: mkhalil@ipin.edu.pl

Globalny kryzys migracyjny jest równocześnie znaczącym problemem zdrowia psychicznego. Psychiatrizy dzieci i młodzieży coraz częściej spotykają w swojej praktyce dzieci z migrujących rodzin oraz małoletnich uchodźców. Praca z pacjentami z tej grupy wymaga łączenia specjalistycznej wiedzy medycznej z podejściem opartym na kulturowych i społecznych aspektach trudności pacjenta.

Według statystyk Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do spraw Uchodźców (Office of the United Nations High Commissioner for Refugees; UN Refugee Agency, UNHCR) obecnie ponad 21 mln osób – 0,3% populacji na świecie – to uchodźcy, osoby, które zostały zmuszone do opuszczenia swojego kraju z powodu konfliktów zbrojnych, poważnych naruszeń praw człowieka oraz prześladowań. Stale wzrasta liczba osób ubiegających się o azyl. Prawie 1,7 tys. cudzoziemców złożyło w Polsce wnioski uchodźcze w I połowie tego roku. W 2020 roku małoletni bez opieki złożyli w państwach UE+ około 14 200 wniosków o ochronę międzynarodową. Najlepiej poznanymi zaburzeniami psychicznymi wśród dzieci i młodzieży uchodźczej są zespół stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder, PTSD*) (5–63%)

oraz depresja (5–50%). W niektórych badaniach wykazano, że wskaźniki korzystania z systemu ochrony zdrowia, szczególnie w przypadku problemów ze zdrowiem psychicznym, są w tej grupie niższe. Problemy językowe i czynniki kulturowe mogą stanowić główne przyczyny zbyt rzadkiego korzystania z pomocy psychologa i psychiatry. Na podstawie dostępnego piśmiennictwa opisano najczęściej występujące zaburzenia psychiczne w tej grupie pacjentów oraz czynniki warunkujące odporność psychiczną. Opisano przypadki dwóch pacjentów z doświadczeniem uchodźczym w kontekście trudności adaptacyjnych, wcześniejszych doświadczeń oraz wyzwań związanych z postępowaniem leczniczym i terapeutycznym. Nie bez znaczenia pozostają zjawiska takie jak „syndrom rezygnacji” u młodych uchodźców oraz „wtórna traumatyzacja klinicystów pracujących z ofiarami”. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym w tej szczególnej grupie pacjentów i ich leczenie wymaga wypracowania lokalnych metod postępowania klinicznego oraz współpracy interdyscyplinarnej z profesjonalistami pracujących na poziomie lokalnym (np. nauczycielami, pracownikami socjalnymi, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej – POZ).

Niepożądane dzieci. Lekarze – legendy i meandry życiorysów

Małgorzata Dąbkowska

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

Adres do korespondencji: Małgorzata Dąbkowska, Katedra i Klinika Psychiatrii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, 85-094 Bydgoszcz, e-mail: kikpsych@cm.umk.pl

Celem pracy jest przedstawienie niebezpieczeństwa wpływu ideologii na podejmowanie działań sprzecznych z przysięgą Hipokratesa na przykładzie życiorysów czołowych badaczy autyzmu. Termin „eugenika” – „dobrze urodzony” – wywodzi się z greki. Pojęcie to po raz pierwszy zostało użyte przez brytyjskiego podróżnika oraz antropologa Francisa Galtona w 1869 roku. Podzielił on cechy dziedziczne na dobre i złe. Na poglądy Galtona silnie wpłynęły przemyślenia jego kuzyna Charlesa Darwina. Termin „eugenika” odnosił się do selektywnego rozmnażania się zwierząt oraz ludzi, tak aby potomstwo dziedziczyło jak najwięcej dobrych genów czy cech. Rozróżniano eugenikę negatywną, jako eliminację reprodukcyjną osobników o niepożądanych cechach. Eugenika była szczególnie popularna w Stanach Zjednoczonych. We współczesnym świecie Williams J. Robinson (USA) sugerował bezpośrednią eliminację dzieci niepełnosprawnych poprzez zastosowanie cyjanku lub chloroformu. Poglądy eugenicznej poprawy społeczeństwa żywe były w Japonii, Szwecji oraz we Włoszech. We Francji propagatorami eugeniki byli laureaci Nagrody Nobla: Alexis Carrel nawoływał do eliminowania

poprzez eutanazję „osobników kryminalnych i szkodliwych dla społeczeństw”, a Charles Richet promował zachowanie czystości i „niemieszania krwi białych braci z niższymi rasami”. Prekursorem eugeniki niemieckiej był Adolf Jost, który uważał, że państwo ma prawo do wyeliminowania określonych jednostek. W 1920 roku psychiatra Alfred Hoche i prawnik Karl Binding opublikowali w Lipsku książkę zatytułowaną *Zezwolenie na niszczenie życia niegodnego*, w której zawarli program zabijania chorych psychicznie. Wśród znanych lekarzy o światowej renomie i niewątpliwym wkładzie w wiedzę o zaburzeniach psychicznych u dzieci ze spektrum autyzmu byli Hans Asperger i Andreas Rett, których poglądy i działalność w czasie II wojny światowej budzą szereg wątpliwości i stawiają pytanie, czy słusznie używamy ich nazwisk w literaturze medycznej. W ostatnich latach wskazywano na możliwość udziału Hansa Aspergera w akcji T4. Ich życiorysy mogą być przykładem zmiany rozumienia roli lekarza, poszerzenia oczekiwań społecznych w stosunku do lekarzy, wprzęgania lekarzy w różne ideologie niesłużące pacjentowi.

Sesja Plenarna końcowa

Standardy farmakoterapii ADHD u dzieci i młodzieży

Tomasz Wolańczyk

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

Adres do korespondencji: Tomasz Wolańczyk, Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM, ul. Żwirki i Wigury 63A, 02-091 Warszawa, tel.: +48 22 317 92 51, tomasz.wolanczyk@wum.edu.pl

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (*attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD) jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym u dzieci w wieku szkolnym, negatywnie wpływającym na wiele obszarów życia osoby nim dotkniętej. Standardy postępowania z dzieckiem i nastolatkiem z ADHD są generalnie zgodne co do zasad prowadzenia terapii, mającej obejmować oddziaływania psychospołeczne, jak też (w określonych przypadkach) farmakoterapię, jednak różnią się w zakresie kolejności zalecanych działań oraz rodzajów interwencji stosowanych w poszczególnych grupach wiekowych. Celem wystąpienia jest przedstawienie i omówienie najnowszych standardów z czterech krajów.

Są to:

1. standardy Amerykańskiej Akademii Pediatrycznej (American Academy of Pediatrics, AAP), 2019;
2. standardy NICE (National Institute for Health and Care Excellence), 2019;
3. standardy kanadyjskie (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance, CADDRA), 2020;
4. standardy niemieckie, 2018, opracowane przez trzy towarzystwa naukowe we współpracy z 29 stowarzyszeniami, instytucjami i związkami zawodowymi.