

- 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 ponownie 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 zwiększenie 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 odepnięciem, jak również, 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 przerwy 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 progmem 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 dyskinesyjnych. Obserwuje się także zwiększone ryzyko rozwoju późnych dyskinez oraz prawdopodobieństwo, 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. Złoty 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 zastosowania 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 kwasicą ketonową lub śpiączką. Zaleca się monitorowanie stanu klinicznego pacjentów z przerostem gruczołu krokowego lub niedrożnością porażenną 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 psychoz wywołanej przyjmowaniem 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 odepnięciem, z powodu zwiększonej śmiertelności oraz ryzyka występowania niepożądanych zdarzeń naczyniowo – mózgowych. Olanzapina podlega intensywnemu metabolizmowi. Jedynie 7% leku jest wydalane w postaci niezmienionej. 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 razy 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, preparatu 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 zajściu 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, wzmoczonego 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 niedociśnieniem 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 (AlAT, 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 dopłaty dla pacjenta 3,20 PLN dla obu dawek. **Podmiot odpowiedzialny:** Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne LEK-AM Sp. z o.o. ul. Ostżykowska 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

Maxie C. Maultsby Jr.

RACJONALNA TERAPIA ZACHOWANIA. PODRĘCZNIK TERAPII  
POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ

Wydawnictwo Dominika Książskiego Wulkan przy współpracy Polskiego  
Towarzystwa Psychologii Behawioralnej. Żnin 2008. Wydanie drugie polskie, popra-  
wione i uaktualnione.

Poznawczo-behawioralne podejście w psychoterapii zdobywa coraz większą popularność. Trend ten odzwierciedla się w liczbie dostępnej na naszym rynku literatury, do której pod koniec ubiegłego roku dołączyło drugie już wydanie książki dr. Maxie C. Maultsby'ego Jr. pt. „Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej”, rozszerzone i poprawione w stosunku do wydania pierwszego z 1992 r.

Autor jest znanym amerykańskim psychiatrą, mającym obok klinicznego rozległe doświadczenie naukowo-dydaktyczne, m.in. jako dziekan Wydziału Psychiatrii w Howard University w Waszyngtonie (1989–1995) i autor kilku książek samopomocowych na temat zdrowia emocjonalnego i zachowania. W roku 2000 w uznaniu jego wkładu w dziedzinę psychiatrii został mianowany członkiem dożywotnim The American Psychiatric Association. Obszarem pracy klinicznej oraz teoretycznych i praktycznych zainteresowań dr. Maultsby'ego są przede wszystkim metody samopomocowe i terapeutyczne oddziaływania krótkoterminowe. Jak sam pisze, opracowana przez niego metoda terapii – racjonalna terapia zachowania (Rational Behavior Therapy – RBT) jest efektem piętnastu lat zainteresowań i badań nad rozumieniem i pomaganiem ludziom w „emocjonalnej pomocy samym sobie” (s. 30), opartych na praktyce lekarza domowego, szkolenia w psychiatrii osób dorosłych i dzieci, neurofizjologicznych teoriach Hebba i Lurii, klasycznych teoriach warunkowania i uczenia się sprawczego, teorii uczenia się Mowrera i Rottera, badań m.in. Watsona i Rayner, Wolpego, Lazarusa, badań z zakresu psychosomatyki, teorii Alberta Ellisa i jego teorii racjonalno-emotywniej.

Autor we wstępie wskazuje, dla kogo przeznaczona jest książka: „Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej”: „dla praktyków i adeptów, którzy pragną zawodowo pomagać innym, a kierują się następującymi trzema osobistymi celami: (1) chcą szybko, bezpiecznie i bez stosowania leków pomagać ludziom, odczuwającym ból emocjonalny. Chcą to czynić szybciej i bezpieczniej, niż mogliby pomóc, stosując leki; (2) chcą, żeby osoby, którym pomagają, umiały lepiej niż dotychczas skutecznie radzić sobie w życiu z przyszłymi problemami; (3) chcą stosować techniki psychoterapii i doradztwa, które także pomagają ludziom w ich codziennym życiu i w zapobieganiu przyszłym problemom” (s. 20).

Książka podzielona została na pięć części, obejmujących piętnaście rozdziałów. W części I (Wprowadzenie) autor w interesujący i potwierdzający swoje doświadczenie dydaktyczne sposób opisuje, jak czytelnik może najefektywniej z niej korzystać, a w rozdziale 1: RTZ – racjonalna terapia zachowania, przedstawia kluczowe założenia terapii RTZ i zasady postępowania. Rozdział ten rozpoczyna się od definicji najważniejszych pojęć, co niewątpliwie wpływa na zwiększenie zarówno uwagi czytającego, jak i zaciekawienia

dalszą treścią. Podobnie, pozostałe rozdziały rozpoczynają się od zebrania definicji pojęć, konspektów lub „zagadnień centralnych”, z jakimi spotka się w nich czytelnik.

Dr Maultsby podkreśla, że racjonalna terapia zachowania opracowana została na bazie wiedzy z zakresu neurofizjologii i neuropsychologii: „RTZ jest wyjątkową terapią dzięki jej neurofizjologicznemu uzasadnieniu” (s. 241). W związku z tym, po części wprowadzającej, w części II – Neurofizjologiczne podstawy RTZ, czytelnik zapoznaje się z następującymi rozdziałami: Ludzki mózg i samokontrola, Jedna głowa ale dwa mózgi oraz Racjonalna poznawczo-behawioralna teoria uczenia się. Autor w zawarł w nich podstawowe informacje z dziedziny neurofizjologii i neuropsychologii, przytaczając przy tym wyniki licznych badań oraz spostrzeżeń z pracy klinicznej, związanych z opisywanymi prawidłowościami funkcjonowania o.u.n.

W części III przedstawione zostały strategie i techniki stosowane w RTZ. Wykorzystując przykłady fragmentów sesji terapeutycznych, autor przedstawia tu następujące zagadnienia: charakterystyka sesji wprowadzających w RTZ (rozdział 5: Sesja wprowadzająca w RTZ), różnice między problemami behawioralnymi wyuczonymi i niewyuczonymi (rozdział 6: Behawioralne grupowanie w RTZ), sposób rozpoczynania i pogłębiania pracy z pacjentem w racjonalnej terapii zachowania (rozdział 7: Jak rozpocząć RTZ, rozdział 8: Z nieprawdopodobnego do „tu i teraz”, rozdział 9: Interakcje terapeutyczne w RTZ), ilustrując je odniesieniami do przebiegu terapii jednej z pacjentek (wraz z przytaczanymi fragmentami sesji, rozdział 10: Pozostała część terapii pani Morsey). Pozostałe tematy części III to strategie terapii lęku i depresji, wykorzystanie „zdrowego myślenia” (rozdział 11) oraz znaczenie sposobu opisywania zdarzeń używanego przez pacjentów i możliwości wykorzystania w terapii zjawiska dysonansu poznawczo-emocjonalnego (rozdział 12), będące według autora sposobem na „pomaganie pacjentom w odkrywaniu tego, co jest dla nich racjonalne”.

Rozwinięcie opisu RTZ odnajdzie czytelnik w części IV, zatytułowanej „Więcej teorii i technik terapeutycznej samopomocy”. W rozdziale 13 autor poszerza informacje dotyczące zjawiska dysonansu poznawczo-emocjonalnego i jego zastosowania w leczeniu. Dwa pozostałe rozdziały dotyczą kwestii współpracy pacjenta, nazwanej w RTZ terapeutyczną samopomocą. Rozdział zatytułowany „Pisemna racjonalna samoanaliza” traktuje o metodzie samodzielnej pracy pomagającej pacjentom dostrzec związki przyczynowo-skutkowe pomiędzy poznawczymi, emocjonalnymi i fizycznymi składowymi ich zakłóceń przeżywania. Autor zamieścił tu liczne praktyczne wskazówki dotyczące stosowania tej techniki pracy zarówno dla pacjentów, jak i terapeutów, oraz wzorcowy przykład formularza pisemnej racjonalnej samoanalizy. Osobny podrozdział poświęcony został zagadnieniu autodestrukcyjnych nawyków poznawczych, w tym znaczeniu nieumiejętności różnicowania pomiędzy przeżywaniem wyboru i przymusu oraz rozumienia powinności. W rozdziale 15 przedstawiona została druga ze specyficznych metod samopomocy terapeutycznej, nazywana Racjonalną wyobraźnią emocjonalną stanowiąca „formę intensywnego ćwiczenia umysłowego w uczeniu się nowych nawyków emocjonalnych i fizycznych” (s. 290). Autor opisuje jej wartość terapeutyczną i sposób stosowania oraz podstawy neurofizjologiczne, stanowiące o skuteczności tej techniki pracy.

Ostatnia, piąta część książki zawiera „Dodatki”. Autor zamieścił tu „pomocę pamięciowe”, czyli pytania dotyczące treści poszczególnych rozdziałów i odpowiedzi na nie, informacje dotyczące stosowania racjonalnej biblioterapii (zwłaszcza pozycji „ABC twoich emocji”, polskie wydanie: Maultsby MC, Hendricks A. *ABC twoich emocji – poradnik terapeutyczny*, Fundacja Alterna, Wydawnictwo Wulkan, 1992, oraz innych anglojęzycznych książek samopomocowych autora, jak również nagrań przypadków dydaktycznych i nagrań terapeutycznych). Trzeci dodatek (w opracowaniu dr. Mariusza Wirgi, dyrektora medycznego programu psychoonkologii „Beat the Odds” Instytutu Onkologii w Long

Beach Memorial Medical Center, dyrektora kontroli jakości Simonton Cancer Center w Malibu, wykładającego także w Western University w Pomonie w Kalifornii) nosi tytuł „Praca z przekonaniem. Poznawczo-behawioralna interwencja kryzysowa w programie Simontona” i stanowi zwięzłe przybliżenie czytelnikom podstaw i charakteru tego programu interwencji psychoonkologicznej. Kolejny dodatkowy materiał – „Zdrowa semantyka”, w opracowaniu Mariusza Wirgi i Agnieszki Działy, poświęcony jest kwestii znaczenia języka i sposobu nazywania rzeczywistości dla jej przeżywania i wiążących się z tym zachowań. Piąty dodatek, opracowany przez Mariusza Wirgę i Ewę Wojtynę, dotyczy grupowej racjonalnej terapii zachowania.

Książka opatrzona została bogatym piśmiennictwem, podzielonym na części odnoszące się do racjonalnej terapii zachowania, grupowej racjonalnej terapii zachowania, polecanej literatury poznawczo-behawioralnej w języku polskim i polecanej literatury rozwoju osobistego w języku polskim (za co należy podziękować tłumaczom i osobom współredagującym).

Pewne kontrowersje budzić mogą wybrane przez autora przypadki kliniczne, np. pani Morrsey, leczonej ambulatoryjnie i bez farmakoterapii, pacjentki po trzech próbach samobójczych w ciągu weekendu (nagrania i film z komentarzem zawierające fragmenty autentycznych sesji RTZ z panią Morrsey są wykorzystywane dla celów dydaktycznych), której przykład wydaje się mało przystawać do realiów znanych polskim czytelnikom (co jednak prawdopodobnie jest nie do uniknięcia w przekładach prac powstających na gruncie innej kultury). Nie udało się również uniknąć drobnych uchybień w tłumaczeniu (np. „pacjent”, gdy mowa jest o pacjentce) i literówek.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że autor umiejętnie łączy informacje o opracowanej przez siebie metodzie terapii z ilustrującymi ją przykładami pracy klinicznej z różnymi pacjentami, przy czym wyraźnie odczuć można jego entuzjazm i zaangażowanie w pomaganie innym. Książka „Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej” stanowi nie tylko użyteczne źródło wiedzy teoretycznej (także zazwyczaj pomijanych aspektów neuropsychofizjologicznych) i praktycznej, dotyczącej metody terapeutycznej wciąż mało w Polsce popularnej, lecz dynamicznie propagowanej, ale także doskonałe źródło potencjalnego dysonansu poznawczo-emocjonalnego, cennego dla każdego praktykującego i uczącego się psychoterapeuty.

**Katarzyna Klasa**

**Informacja o leku Loquen firmy  
Pliva**

## REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC w „Psychiatrii Polskiej”

„Psychiatria Polska” jest organem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, czasopiśmie 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, materiał, 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 dyskiecie jako osobne pliki w formacie programu, w którym zostały wykonane. Szerokość tabel i rysunków nie może przekraczać 13 cm (szerokość łamu czasopisma). W tabelach i opisach rysunków należy używać pisma Arial Narrow CE wielkości 10 punktów.

Ilustracje półtonowe należy zapisać na dyskiecie 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-biały 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 czasopisma:** nazwiska autorów, inicjały imion, tytuł artykułu, tytuł czasopisma (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 stronie: „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 przerehabilitacji i nie będą rozpatrywane merytorycznie przed doprowadzeniem ich do poprawności formalnej. W razie nieza-

kwalfikowania 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. Nietrzymanie 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 nietrzymania tego terminu, redakcja nie gwarantuje uwzględnienia poprawek dokonanych przez autora.

informacja o leku Zypreksa firmy  
Lilly

## 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](http://www.kom-red-wyd-ptp.com.pl)

[redakcja@psychiatriapolska.pl](mailto:redakcja@psychiatriapolska.pl)

# CENY PRENUMERATY I POJEDYNCZYCH EGZEMPLARZY

oraz sposób zamawiania wydawnictw

Komitetu Redakcyjno-Wydawniczego  
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

## PSYCHIATRIA POLSKA

<b>2009 – prenumerata roczna</b>	<b>80,00 zł</b>
<b>2009 – pojedynczy zeszyt</b>	<b>25,00 zł</b>

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

<b>2009 – prenumerata roczna</b>	<b>60,00 zł</b>
<b>2009 – pojedynczy zeszyt</b>	<b>20,00 zł</b>

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.**

## **Dofinansowanie naukowych wyjazdów zagranicznych**

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

### **Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”**

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympozjach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

2. Refundacja nie może przekroczyć równowartości 1000 USD

3. Refundacja może być rozliczona jako:

a. stypendium ZGPTP (tzn. jako opodatkowany przychód)

b. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt. 2.

4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:

a. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału

b. informację o imprezie

c. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia

d. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu

5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.

6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.

7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.

8. W dniu 6 czerwca 2006 Zarząd Główny zmienił treść pkt 2 Regulaminu. Stypendium nie może przekraczać 1000 USD, niezależnie od miejsca konferencji.