

Zapraszamy Czytelników do zapoznania się ze streszczeniami doniesień przygotowanych

na XXII Ogólnopolską Konferencję Sekcji Naukowej Psychoterapii Dzieci i Młodzieży PTP

Niniejszy suplement ukazał się także w wersji drukowanej dostępnej dla uczestników konferencji.

Redakcja

TU I TERAZ PSYCHIATRII MŁODZIEŻOWEJ
XXII Ogólnopolska Konferencja
Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży PTP

5-7.10.2006, Kraków

Streszczenia prac i opisy warsztatów

pod redakcją Macieja Pileckiego

Terapia dzieci i młodzieży z zaburzeniami stresowymi pourazowymi - podejście ericksonowskie

Ambroziak Violetta *Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi Dzienny Ośrodek Terapeutyczny dla Młodzieży*

Doświadczenie urazu przez dorosłego rani ukształtowaną już osobowość. Uraz, a zwłaszcza urazy powtarzające się w dzieciństwie, może powodować powstanie zaburzonej osobowości. Dorastanie w warunkach zagrożenia, bez lub z znacznie osłabionym poczuciem bezpieczeństwa, jest zadaniem często przerastającym siły dziecka czy adolescenta. Pojawiające się problemy psychiczne są objawem patologii dotyczącej dziecko , ale także specyficznym sposobem poradzenia sobie w warunkach zagrożenia. Terapia ma na celu pomoc w zbudowaniu lub przywróceniu poczucia siły, uzyskaniu poczucia kontroli, zbudowaniu satysfakcjonujących związków z ludźmi. Wykorzystanie specyficznych metod z bogactwa terapii ericksonowskiej - bajka, , hipnoza, metafora, orientacja na przyszłość, znajdowanie zasobów dziecka, spożytkowanie istniejących źródeł wsparcia rozwoju dziecka - ułatwia skuteczne pomaganie dziecku w stawaniu się zdrowym dorosłym.

Młodzież- ofiary i sprawcy przemocy, wyzwanie dla terapeutów.

Ambroziak Violetta *Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi Dzienny Ośrodek Terapeutyczny dla Młodzieży*

Wielu terapeutów godzi się ze swoją trudnością w pomaganiu dorosłym sprawcom przemocy, uznając, iż "nie każdy musi pomagać każdemu" i, że ważną cechą dobrego terapeuty jest znanie swoich ograniczeń w wykonywaniu tego zawodu. Kiedy sprawcą jest młody człowiek, czasem nawet dziecko, sytuacja komplikuje się. Pomoc dziecku, które jest ofiarą przemocy w zbudowaniu lub odbudowaniu swojej siły, poczucia kontroli nad życiem, dobrych związków z ludźmi jest tym, czego potrzebuje też młodociany sprawca przemocy. Danie szansy, by osobowość, której kształtowanie się zostało znacznie utrudnione, mogła prawidłowo dojrzeć, nie jest łatwe w przypadku zarówno ofiar jak i sprawców. Terapia, choć dotyczy osób "po dwóch stronach lustra" polega na znajdowaniu zasobów pacjenta i jego systemu wsparcia, dostępu do jego prawdziwej siły, budowaniu poczucia własnej wartości, dobrych związków z innymi ludźmi i planowaniu przyszłości (najlepszej z możliwych).

Edukacja a profilaktyka

Andrzejowska Danuta *Zespół Szkół Specjalnych Nr 2*

Kołąkowska Anna *Zespół Szkół Specjalnych Nr 2*

Skurczyńska-Piekło Renata *Zespół Szkół Specjalnych Nr 2*

Edukacja a profilaktyka Ostatnio daje się zaobserwować, że wzrasta liczna młodych ludzi borykających się z różnego rodzaju zaburzeniami emocjonalnymi o różnym nasileniu, które utrudniają im kontakt z rówieśnikami i funkcjonowanie w społeczeństwie. Często ich problemy są niedostrzegane, niezrozumiałe i źle interpretowane zarówno przez rodziców, nauczycieli i rówieśników. Z samej swej istoty wiek adolescencji jest okresem trudnej przemiany. Dodatkowe obciążenia nasilają konflikty z otoczeniem wynikające z pogłębiania się zaburzeń chorobowych W naszym warsztacie pragniemy przedstawić program edukacyjno - profilaktyczny adresowany do nauczycieli i uczniów, którego celem jest dostarczenie im wiedzy na temat kryzysu adolescencji i zaburzeń psychicznych a także możliwości wczesnego zapobiegania im, szukania adekwatnej pomocy. Uczymy rozumienia odrębności i chcemy przeciwdziałać stygmatyzacji. Podczas warsztatu podzielimy się pierwszymi doświadczeniami z realizacji projektu " Wiedza zmniejsza lęk"

Zespół Szkół Specjalnych Nr 2 - wizytówka szkoły przyszpitalnej

Andrzejowska Danuta *Zespół Szkół Specjalnych Nr 2 w Krakowie*

Płoskonka Marta *Zespół Szkół Specjalnych Nr 2 w Krakowie*

Skuza Renata *Zespół Szkół Specjalnych Nr 2 w Krakowie*

Zespół Szkół Specjalnych Nr 2 - wizytówka szkoły przyszpitalnej. Zespół Szkół Specjalnych Nr 2 w Krakowie jest placówką jest przeznaczoną dla dzieci i młodzieży przewlekle chorych, w tym z zaburzeniami psychicznymi leczonych w Oddziale Klinicznym Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ oraz w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. św. Ludwika w Krakowie. W skład Zespołu wchodzi następujące szkoły: Przedszkole Specjalne Nr 8, Szkoła Podstawowa Specjalna Nr 122 im. J. Korczaka, Gimnazjum Specjalne Nr 69, XXXIV LO.. Nadrzednym celem naszych szkół jest oddziaływanie terapeutyczne, którego pożądanym efektem jest readaptacja uczniów w szkołach macierzystych i środowisku rówieśniczym. Stąd też głównym zadaniem nauczyciela i wychowawcy jest nawiązanie kontaktu z uczniem, przywrócenie utraconej wiary we własne siły i zaufania do otoczenia oraz pomoc w wyrównaniu braków edukacyjnych wynikających z choroby. Pracownikami są wysokiej klasy specjaliści - pedagodzy wykształceni dodatkowo w zakresie psychologii, psychoterapii, socjologii. Pedagodzy uczestniczą w różnych formach aktywności oddziałów szpitalnych, biorą udział w zebraniach lekarsko-pedagogicznych w celu ustalenia wspólnych założeń i strategii dotyczących leczenia, przebiegu terapii. Uczą się patrzenia na ucznia-pacjenta nie tylko przez pryzmat własnych oczekiwań, ale także rozumienia go w kontekście jego sytuacji rodzinnej, szkolnej, społecznej i możliwości osobowościowych

Wiedza zmniejsza lęk - program edukacyjno-profilaktyczny dla szkół

Andrzejowska Danuta *Zespół szkół Specjalnych Nr 2*

Kołąkowska Anna *Zespół szkół Specjalnych Nr 2*

Skurczyńska-Piekło Renata *Zespół szkół Specjalnych Nr 2*

"Wiedza zmniejsza lęk" - program edukacyjno - profilaktyczny dla szkół. Przekonani, że wiedza na temat zagadnień związanych z zaburzeniami psychicznymi obniża poziom lęku i agresji skierowanej przeciwko osobom dotkniętym tymi problemami, wychodzimy z inicjatywą programu skierowanego do nauczycieli, wychowawców, uczniów i ich rodziców. Reprezentujemy szkołę działającą przy Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ i Specjalistycznym Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ludwika. Naszymi uczniami są pacjenci w wieku od okresu przedszkolnego do momentu ukończenia edukacji na poziomie maturalnym. Nasz program adresujemy do nauczycieli, którzy pracując z młodymi ludźmi, często jako pierwsi mają możliwość zauważyć i właściwie zareagować na niepokojące zachowania uczniów. Nauczycielowi potrzebna jest wiedza, która uchroni go przed popełnieniem błędów i ułatwi wybór właściwej drogi postępowania. Wiedza

chroniąca przed lękiem wyposaży również uczniów w umiejętności radzenia sobie w momencie zetknięcia się z chorobą. W związku z tym opracowaliśmy program zawierający propozycje działań, wspierających wychowanie w duchu tolerancji, uwrażliwiających na potrzeby i problemy chorych psychicznie oraz przeciwdziałający stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu.

Podstawy terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z dziećmi i młodzieżą

Banasikowska Iza *Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej, Warszawa*

Podejście poznawczo-behawioralne znajduje coraz szersze zastosowanie w przypadku dzieci i młodzieży. Proponuje szereg nowatorskich, dostosowanych do wieku/poziomu poznawczego dziecka, skutecznych technik radzenia sobie z różnymi problemami. Podczas warsztatu poznają Państwo podstawy tego podejścia. Przewidziane są ćwiczenia praktyczne.

Pomiar motywacji do nauki u dzieci i adolescentów z ADHD jako wstęp do opracowania interdyscyplinarnych narzędzi naprawy ich sytuacji szkolnej

Baranowska W. *WSHE Sieradz*

Wiśniewska B. *WSHE Łódź, ICZMP*

Świdarska M., Lebiecznik M. *WSHE Łódź, IPT Łódź*

Wstęp Zespół ADHD w około 90 % przypadków zostaje zdiagnozowany w wieku szkolnym, głównie na skutek nieprawidłowego, szkolnego funkcjonowania tych uczniów. Zasadny jest obiektywny pomiar mikroobszarów funkcjonowania, jako wstęp do psychopedagogicznego opracowania narzędzi poprawy sytuacji szkolnej dzieci i adolescentów z ADHD. Materiał i metoda Badania miały na celu wstępną analizę porównawczą dualistycznego pomiaru motywacji do nauki uczniów z ADHD- przebadano testem "Ja i moja szkoła" E. Zwierzyńskiej 30 uczniów szkół publicznych w wieku 9-13 lat (24 chłopców oraz 6 dziewcząt), oraz, za pomocą Arkusza Zachowania Ucznia B. Markowskiej, uczących ich 30 nauczycieli. Zastosowane narzędzia ustaliły poziom motywacji do nauki w percepcji ucznia i nauczycieli, nadając im trychotomiczną wartość: wysoka, przeciętna lub niska. Wyniki W opinii nauczycieli 9 uczniów przejawia przeciętny poziom motywacji do nauki (5 dziewcząt i 4 chłopców), 21 niski poziom (1 uczennica i 20 uczniów). Nikt w percepcji nauczycieli nie osiągnął wyniku wskazującego poziom wysoki. Badania uczniów wskazały 2 przypadki (chłopcy) wysokiego poziomu motywacji do nauki, 6 przypadków przeciętnego poziomu (1 uczennica i 5 uczniów) oraz 22 przypadki niskiej motywacji do nauki (4 dziewczęta i 18 chłopców). Wnioski Przeprowadzone badania wskazują pewne rozbieżności pomiędzy nauczycielską a uczniowską percepcją motywacji do nauki u uczniów z ADHD. Najistotniejsza z nich dotyczy poziomu przeciętnego i niskiego w wymiarze płci- dziewczęta są "wyżej" oceniane w tym obszarze przez nauczycieli niż chłopcy, co może znaleźć uzasadnienie w

występujących podtypach ADHD u poszczególnych płci. Stanowi to jednak zagrożenie "niedoszacowania" działań podnoszących motywację do nauki uczennic z ADHD ze strony nauczycieli.

Nie wolno mi, czy nie umiem? O rozpoznaniach mnogich w całościowych zaburzeniach rozwoju.

Bryńska Anita *Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego AM w Warszawie*

Niejednokrotnie w swej praktyce codziennej psychiatra dziecięcy stykając się z pacjentem z zespołem Aspergera lub innymi zaburzeniami z kręgu autyzmu, w przypadku współwystępowania dodatkowych problemów zadaje sobie pytanie: czy wolno mi postawić jeszcze jedno rozpoznanie, a jeśli tak to jak mam to zrobić? Jak wiadomo stwierdzenie obecności całościowych zaburzeń rozwoju jest kryterium wykluczającym możliwość postawienia rozpoznawania w przypadku wielu zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego. Z drugiej strony u dzieci tych nierzadko, a w przypadku pacjentów z zespołem Aspergera, aż w ok.80%, stwierdzane są objawy innych zaburzeń, które bardzo często swym nasileniem osiągają poziom uzasadniający postawienie drugiego rozpoznania, a co za tym idzie wdrożenie odpowiedniego postępowania farmakologicznego i psychoterapeutycznego. Do objawów najczęściej współwystępujących z całościowymi zaburzeniami rozwoju należą: tiki, objawy obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia uwagi, nasilona nadrucliwość i impulsywność, obniżony nastrój, objawy lękowe, objawy opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania. Warto również podkreślić, że przebieg podstawowego zaburzenia w znacznym stopniu modyfikuje obraz kliniczny dodatkowych problemów i odwrotnie, można również mówić o wzajemnym nakładaniu się problemów emocjonalnych i behawioralnych w przypadku (np. wiele dzieci z zespołem Aspergera trafia po pomoc ze wstępnym rozpoznaniem ADHD lub zaburzeń zachowania). W wystąpieniu autorka analizuje możliwość stawiania dodatkowych rozpoznań u dzieci ze spektrum zaburzeń autystycznych, trudności dotyczące rozpoznawania i różnicowania, jak również stara się zastanowić nad implikacjami terapeutycznymi wynikającymi ze współwystępowania oraz nakładania się objawów.

Dynamika zmian funkcjonowania poznawczego adolescentów z diagnozą anoreksji psychicznej

Cieślukowska Anna *Uniwersytet Gdański*

Radziwiłłowicz Wioletta *Uniwersytet Gdański*

Funkcjonowanie poznawcze w przebiegu anoreksji psychicznej stanowi stosunkowo nowy nurt badawczy, zarówno dla nauk humanistycznych, jak i medycznych. W prezentowanej pracy podjęta została próba przedstawienia neuropsychologicznej charakterystyki adolescentów z diagnozą

anorexia nervosa. Jednocześnie praca ta stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, czy deficyty wpisujące się w obraz kliniczny jadłowstrętu psychicznego charakteryzują się odwracalnością wraz z restytucją wagi. W badaniu udział wzięły 23 dziewczęta z diagnozą anorexia nervosa oraz 25 dziewcząt zdrowych, zaś w powtórzonym pomiarze uczestniczyło 16 dziewcząt z grupy klinicznej. Zastosowano następujące metody diagnostyczne: Podskalę Słownik oraz Podskalę Powtarzanie Cyfr Skali Inteligencji Wechslera WAIS-R(PL), Test Piętnastu Słów, Test Figury Złożonej, Test Pamięci Wzrokowej Bentona, Test Diagnozowanie Uszkodzeń Mózgu, Podtest Pamięci Trwałej ze Skali Pamięci Choynowskiego, Skalę Depresji Becka, Kwestionariusz Pamięci Squire'a. Uzyskane wyniki upoważniają do stwierdzenia, iż dziewczęta z diagnozą anorexia nervosa prezentują specyficzne deficyty w zakresie funkcjonowania kognitywnego, zarówno w sferze werbalnej, jak i niewerbalnej. Dynamika zmian funkcjonowania poznawczego dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji psychicznej dotyczy uczenia się słuchowo-werbalnego, uczenia się wzrokowo-przestrzennego, trwałej pamięci wzrokowej oraz szybkości psychomotorycznej. Neuropsychologiczne deficyty obserwowane w obrazie anorexia nervosa okazały się być niezależne od doświadczanego przez badane stopnia nasilenia symptomów depresji. Jednocześnie obserwowana dynamika zmian funkcjonowania poznawczego dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji psychicznej okazała się nie być powiązana z deklarowanym przez nie stopniem nasilenia objawów depresji.

Ocena aktywności okołodobowej dzieci z zaburzeniami hiperkinetycznymi. (ADHD

Dąbkowska Małgorzata *Klinika Psychiatrii CM UMK Oddział Dzienny Zaburzeń Lękowych Dzieci i Młodzieży w Bydgoszczy*

Pracka Daria *Katedra Fizjologii CM UMK, Bydgoszcz*

W ostatnim dziesięcioleciu wielodobowe badanie aktywności ruchowej stało się ważnym narzędziem badawczym oceny rytmów biologicznych człowieka jak też narzędziem diagnostycznym służącym ocenie przebiegu leczenia różnorodnych jednostek chorobowych. Aktografia rejestrująca nawet najmniejszą aktywność ruchową, jest obiektywną metodą pomiaru umożliwiającą monitorowanie zmian stanu zdrowia pacjentów w procesie leczenia wyrażoną w zmianach aktywności ruchowej (1). Rejestracja wielodobowych zmian aktywności ruchowej oraz jej szczegółowa, komputerowa analiza umożliwiają obiektywną ocenę zmian jakości aktywności ruchowej pod względem chronobiologicznym. Badania pozwalają na obiektywizację diagnostyki podtypów ADHD, oraz ocenę zgodności skal klinicznych z opisem aktograficznym oraz ocenę zaburzeń snu, które występują u dzieci z ADHD, ocenę nasilenia zaburzeń hiperkinetycznych w różnych środowiskach np. w szkole, w domu, podczas dni wolnych od szkoły. Niniejsze badania przeprowadzono ze względu na istotne zmiany aktywności ruchowej u dzieci z ADHD (Zespołem nadpobudliwości ruchowej). Zespół ten występuje u ok. 5 % dzieci i jest zaburzeniem poważnie

obniżającym funkcjonowanie szkolne i rówieśnicze dziecka oraz powodującym dalekosiężne skutki także w wieku dorosłym. Aktografia pozwala na nieurazliwe dla badanego pacjenta śledzenie jego stanu zdrowia. W badaniach wzięły udział dzieci z rozpoznanym zespołem nadpobudliwości ruchowej. Wiek pacjentów powyżej 6 roku życia. Grupa badanych objęła 20 dzieci z ADHD z podziałem na podtypy ADHD. Każdy pacjent był oceniany wg kryteriów klasyfikacji ICD -10 oraz DSM IV. Do badania rekrutowani byli pacjenci z Poradni Przyklinicznej dla Dzieci i Młodzieży, Oddziału Dziennego Dzieci i Młodzieży Kliniki Psychiatrii w Bydgoszczy. 1. Dane A.V., Schachar R.J., Tannock R.: Does actigraphy differentiate ADHD subtypes in a clinical research setting?; J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2000 Jun; 39(6): 752-60 2. Corcum P., Tannock R., Moldofsky H., Hogg-Johnson S., Humphries T.: Actigraphy and parental ratings in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD); Sleep. 2001 May 1;24(3):303-12

Wpływ traumatycznych doświadczeń na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Dąbkowska Małgorzata *CM UMK Klinika Psychiatrii Oddział Dzienny Zaburzeń Lękowych Dzieci i Młodzieży*

Kołąkowska Anna *CM UMK Klinika Psychiatrii Oddział Dzienny Zaburzeń Lękowych Dzieci i Młodzieży*

Dotychczasowe wyniki badań nad wpływem stresu na zdrowie psychiczne człowieka wyraźnie wskazują na znaczące różnice we wrażliwości czy odporności na stres poszczególnych osób. Podatność na psychiczne urazy jest wynikiem gry bardzo różnorodnych czynników i dopiero suma wpływów doprowadza do ujawnienia się zaburzeń psychicznych po doświadczeniu przeżycia traumatycznego. Ludzie bardzo różnią się między sobą pod względem podatności na ostre, nawracające czy przewlekłe stresy. Obecnie wydaje się, że najistotniejszą rolę w podatności na stres mają indywidualne czynniki genetyczne właściwe dla danej osoby, indywidualne cechy środowiskowe działające na każdego osobno np. ważniejszy jest sposób traktowania poszczególnych dzieci w rodzinie, pozycja dziecka niż ogólna atmosfera w rodzinie i dopiero na końcu wspólne cechy środowiska . Wyniki badań genetycznych podkreślają rolę dziedziczenia w indywidualnej podatności na działanie szkodliwych czynników środowiskowych. Rola ta jest złożona, jeśli się weźmie pod uwagę wpływ pośrednich czynników genetycznych, które biorą udział w interakcjach środowiskowych jak np. cechy dziecka także kształtują stosunek rodziców do niego. Znaczący wzrost częstości zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży w ostatnim półwieczu wyraźnie wskazuje na rolę czynników środowiskowych w ich ujawnianiu się. Częstość doświadczenia znaczących urazów psychicznych przez dzieci jest bardzo wysoka - 59 % dzieci w badaniach Silva i 70 % w badaniach Fitzpatrick i Boldizara (1, 2). 1.Silva R., Alpert m., Munoz D., Singl S. i in.: Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and

adolescents. Th. Am. J. of Psychiatry, 2000, 157, 1229 - 1230. 2. Fitzpatrick K.M., Boldizar J.P.: The prevalence and consequences of exposure to violence among African-American youth. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992, 32: 424 - 430.

Bullying - przemoc rówieśnicza: nasilenie występowania i wpływ na zdrowie uczniów gimnazjów.

Dąbkowski Mirosław *Katedra i Klinika Psychiatrii CM UMK Toruń*

Zachowania agresywne są naturalną, podstawową formą w repertuarze ludzkich zachowań. Ten mechanizm radzenia sobie często ulega dystorsji, bywa uruchamiany w nieadekwatnych sytuacjach lub w sposób zbyt sztywny. Niewłaściwe zachowania człowieka związane z przemocą wpływają na innych ludzi, ale i społeczne otoczenie wzmacnia takie indywidualne zachowania. Zachowania agresywne odgrywają też treningową i sublimacyjną rolę, spełniając potrzeby popędowe i kulturowe. Zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży ten szczególny aspekt dynamiki grupowej (zwanej bullyingiem) ma istotne znaczenie. Podkreśla się jego interakcyjny charakter i wpływ na poczucie bezradności u co najmniej dwóch spośród trzech stron przemocy rówieśniczej.

O prześladowaniu w szkole mówi znaczny odsetek dzieci. W naszym badaniu prowadzonym jesienią 2005 r. wśród 13-latków w dwóch gimnazjach toruńskich ujawniono, że 32% dzieci było prześladowanych (50% spośród chłopców i 17,5% dziewcząt). Większość z nich (u obu płci) doznawała przemocy raz do trzech razy w miesiącu. Przemoc wykorzystywana wobec nich obejmowała (w malejącej częstości): przezywanie, straszenie, plotkowanie i oszczerstwa, wyśmiewanie się, nie odzywianie się, pobicia oraz zabieranie rzeczy. Uderzającą obserwacją była zupełna nieświadomość (zdaniem uczniów) tej przemocy wśród nauczycieli, a jedynie 27% dzieci mówiła o faktach przemocy swym rodzicom. Wyniki nasze różnią się od uzyskanych przed dwoma laty wśród gimnazjalistów warszawskich; rozpowszechnienie przemocy było tam powszechniejsze. W naszej próbie 25% uczniów prześladowało innych (w większości - 80% byli to chłopcy). Istotny odsetek spośród nich (3/5) jednocześnie było aktywnymi i biernymi uczestnikami przemocy (sprawcami i ofiarami). W badaniu oceniano związek pomiędzy zachowaniami przemocowymi i ich formą a różnymi skargami psychosomatycznymi.

Wyniki: dzieci - ofiary przemocy rówieśniczej miały więcej dolegliwości psychosomatycznych w porównaniu do dzieci nie prześladowanych. Wśród dzieci prześladowanych istotnie więcej było skarg na bóle głowy, problemy z zasypianiem, bóle brzucha, moczenie nocne i uczucie bycia smutnym - aniżeli wśród dzieci nie prześladowanych. Podobną współzależność zaobserwowano w podgrupie dzieci, które jednocześnie były i ofiarami i sprawcami przemocy. Zaś wśród dzieci, które były jedynie sprawcami przemocy nie zaobserwowano by miały one więcej skarg na oceniane objawy.

Wnioski: Bardzo wiele dzieci ulega przemocy rówieśniczej. Doznanie jej jest silnie skorelowane z szerokim spektrum skarg psychosomatycznych. Choć niejasny jest związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nimi, to rodzice, lekarze ogólni i nauczyciele powinni być świadomi możliwości prześladowania dziecka, jeśli pojawią się skargi na dolegliwości zdrowotne u dziecka.

Terapia zintegrowana - rozważania wokół łączenia form i kierunków terapeutycznych.

Derezińska Ida *PZP dla Dzieci i Młodzieży*

Popek Lidia *PZP dla Dzieci i Młodzieży*

Warsztat prezentuje integracyjne podejście w pracy terapeutycznej z pacjentami z zaburzeniami odżywiania, depresyjnymi i lękowymi w warunkach pracy PZP dla Dzieci i Młodzieży. Przebieg warsztatu: 1. Wstęp teoretyczny dotyczący omawianych zagadnień. 2. Przykłady kliniczne. 3. Dyskusja.

Najczęstsze problemy na styku psychiatrii i uzależnień w praktyce lekarskiej.

Dudzik Roman *NZOZ Ośrodek Leczniczo - Rehabilitacyjny dla Osób Uzależnionych w Krakowie - Pleszowie*

Omówienie i usystematyzowanie najczęstszych zaburzeń psychicznych będących powodem sięgania po środki odurzające / narkotyki i leki /. Zaburzenia psychiczne jako następstwa stosowania środków psychoaktywnych / jw/. Niebezpieczeństwa stosowania farmakoterapii u "pacjentów dwudiagnozowych" w praktyce lekarskiej leczenia otwartego i zamkniętego.

Terapia grupowa dzieci w młodszym wieku szkolnym w warunkach oddziału psychiatrycznego

Gawłowska Halina *Zespół Szkół Specjalnych Nr 2 w Krakowie*

Dla dzieci w młodszym wieku szkolnym środowisko rówieśnicze staje się znaczące dla jego rozwoju emocjonalnego, społecznego, a także intelektualnego. co można wykorzystać dla stworzenia grupy o charakterze terapeutycznym. Warsztaty, które państwu proponuję oparłam na doświadczeniach własnych. Na początku chciałabym pokazać w jaki sposób tworzę grupę terapeutyczną. Pierwszym etapem jest zintegrowanie grupy poprzez: - stałe miejsce i godzinę spotkań - tworzenie kręgu - zabawy i techniki o charakterze integrującym - zawarcie kontraktu z dziećmi Ten etap pozwala aby dzieci poznały się ze sobą, zyskały poczucie bezpieczeństwa, a grupa stała się bardziej zwarta. Bardzo ważnym elementem mojej pracy terapeutycznej jest rysunek dziecięcy, który pomaga bliżej poznać dziecko i jego problemy przez terapeutę i inne dzieci. Pomaga też dziecku uzyskać wgląd we własne przeżycia i znaleźć rozwiązanie swoich problemów z pomocą grupy. Podstawą do wykonania rysunku na określony temat stają się rozmowy z dziećmi

dotyczące jego samego, rodziny, różnych uczuć i przeżyć itp. Postaram się państwu przedstawić niektóre z tych tematów i sposobu w jaki nad nimi pracuję z dziećmi. W trakcie terapii grupowej stosuję również zabawy pozwalające: - rozładować napięcia - rozwinąć relacje z drugim człowiekiem - nauczyć się przestrzeganych zasad i norm. W spotkaniach grupy dziecięcej korzystam również z prostych technik pracy z ciałem dziecka, co pozwala dzieciom skonfrontować się z odczuciami płynącymi z własnego ciała. Z w/w zabawami oraz technikami chciałabym osoby uczestniczące w warsztatach pokrótce zapoznać.

Wybrane aspekty diagnozy psychodynamicznej w procesie psychoterapii pacjenta młodzieżowego

Glita Paweł *Krakowski Ośrodek Terapii*

Celem autora jest podjęcie refleksji nad użytecznością psychodynamicznych kategorii diagnostycznych w procesie indywidualnej psychoterapii pacjenta młodzieżowego. Omówione zostaną korzyści, jakie może mieć terapeuta młodzieżowy z opisywania objawów, przeżyć i zachowań nastolatka w kategoriach mechanizmów obronnych, typu lęku, typu relacji z obiektem, przeniesienia, przeciwprzeniesienia i innych. Postawione zostanie także pytanie na ile i według jakich kryteriów można pokusić się o diagnozowanie w okresie adolescencji patologii osobowości. Omówione zostaną także niebezpieczeństwa wynikające z takiego sposobu rozumienia pacjenta i relacji terapeutycznej.

Dysfunkcje neuropsychologiczne u młodzieży dokonującej samouszkodzeń.

Gmitrowicz Agnieszka *Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

Borkowska Alina *Zakład Psychologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

Lewandowska Aleksandra *Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Zakład Psychologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

Dostępne w piśmiennictwie wyniki badań neuropsychologicznych u osób z zaburzeniami autoagresywnymi wskazują na istotne dysfunkcje poszczególnych obszarów mózgu: w tym kory przedczołowej pod postacią zaburzeń pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych. Funkcje te stanowią podstawę kształtowania się tzw. poznania społecznego (social cognition), które jest jednym z podstawowych procesów umożliwiających człowiekowi prawidłową adaptację do życia w społeczeństwie i kształtowanie prawidłowych relacji interpersonalnych, co jest szczególnie ważne w okresie dojrzewania. Wspomniane dysfunkcje poznawcze, korelujące z zaburzeniami czynności kory przedczołowej, głównie brzuszno-przyśrodkowej stwierdzono także w zaburzeniach osobowości o charakterze aspołecznym. Odpowiadają one m.in. za bezkrytycyzm wobec

popęnlanych czynów agresywnych oraz gorszą zdolność przewidywania następstw tych zachowań. Nieliczne badania osób dokonujących samouszkodzeń wykazują istotne zaburzenia wykonania testów "czołowych" oraz zaburzenia podejmowania decyzji, które również związane są z funkcjami wykonawczymi. Stwierdzono, że gorsze wykonanie tych testów wiąże się ponadto z występowaniem myśli samobójczych oraz wysokim ryzykiem dokonania próby samobójczej. Celem planowanego badania jest neuropsychologiczna ocena sprawności pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych, związanych z czynnością kory przedczołowej mózgu oraz ocena sprawności pamięci deklaratywnej (epizodycznej i semantycznej) i fluencji słownej, związanych głównie z czynnością hipokampa u młodych osób prezentujących zachowania autoagresywne. Grupę badaną stanowi 20 osób w wieku 15-20 lat. Są to pacjenci Oddziału Młodzieżowego Kliniki Zaburzeń Afektywnych, Psychotycznych i Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Poradni Przykliniknej dla Młodzieży Centralnego Szpitala Klinicznego w Łodzi, u których stwierdzono samouszkodzenia. Grupę kontrolną stanowią pacjenci nie uszkadzający się, dobrani odpowiedni pod względem płci i wieku. W badaniu zastosowane zostaną specyficzne metody neuropsychologiczne, oceniające różne aspekty pamięci operacyjnej: 1) Test Łączenia Punktów (TMT A&B), do oceny szybkości psychomotorycznej (część A) oraz wzrokowo-przestrzennej pamięci operacyjnej (część B) 2) Test Stroopa (Stroop Color Word Interference Test) do oceny werbalnej pamięci operacyjnej 3) Test Sortowania Kart Wisconsin (WCST) do oceny pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych. 4) Test Fluencji Słownej (Verbal Fluency Test) do oceny fluencji słownej. U badanych zbierany jest szczegółowy wywiad diagnostyczny dotyczący czasu trwania choroby, stosowanego leczenia, przebytych chorób i urazów mózgu, a także dokładny wywiad rodzinny. Wstępne wyniki badań pozwalają wnioskować, że badania neuropsychologiczne mogą stanowić cenne narzędzie diagnostyczne u chorych prezentujących zachowania autoagresywne oraz mogą być pomocne w ocenie ryzyka wystąpienia zaburzeń agresywnych w zaburzeniach psychicznych.

Cechy osobowości i poziom inteligencji emocjonalnej młodocianych pacjentów dokonujących samouszkodzeń

Gmitrowicz Agnieszka *Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi*

Jabłkowska Karolina *Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi,
Zakład Psychologii Lekarskiej UM w Łodzi*

Krzekotowska Anna *Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi*

W perspektywie ostatnich kilku lat obserwuje się znaczne nasilenie zjawiska zachowań autoagresywnych u dzieci i młodzieży. Aktualny poziom wiedzy na temat samouszkodzeń, ich etiopatogenezy jest niewystarczający toteż zagadnienie to wymaga dalszych badań. Dostępne

wyniki dotyczące uwarunkowań tych zachowań, uwzględniają obok czynników biologicznych także psychologiczne, jednak w zakresie tych drugich należy oczekiwać wpływu zmiennych kulturowych i środowiskowych. Stąd zasadne wydaje się badanie związku pomiędzy cechami osobowości, wyznaczającymi zachowanie oraz poziomem inteligencji emocjonalnej, warunkującej radzenie sobie w sytuacjach społecznych a zachowaniami autoagresywnymi u dzieci i młodzieży. Badaniem objęto dotąd 20 pacjentów (w wieku 13-18 lat) Oddziału Młodzieżowego oraz Poradni Przyklinicznej dla Młodzieży CSK UM w Łodzi, u których stwierdzono powtarzające się samouszkodzenia. Zakładamy, że posługując się następującymi metodami badawczymi: Kwestionariuszem Osobowości Eysencka (EPQ-R) oraz Dwuwymiarowym Inwentarzem Inteligencji Emocjonalnej (DIMENO) uda się uchwycić zależności między cechami osobowości, co może mieć znaczenie prognostyczne i być w przyszłości podstawą do skonstruowania profilu osobowości charakteryzującego młodzież z SU. Przyjrzenie się obu aspektom psychologicznym SU przyczyni się także do zrozumienia specyfiki tego problemu u młodzieży.

Problemy psychiatrii dzieci i młodzieży w regionie łódzkim

Gmitrowicz Agnieszka *Klinika Zaburzeń Afektywnych, Psychotycznych i Psychiatrii Młodzieżowej Katedry Psychiatrii UM w Łodzi*

W regionie łódzkim w 2005 populacja osób w wieku 0-19 wynosiła 578 579, natomiast liczba zatrudnionych specj. psychiatrów dzieci i młodzieży- 14 (wskaźnik potencjalnych pacjentów na 1psychiatrę:~40 tys.). Jest to najbardziej sfeminizowany region w Polsce, z wysokim wskaźnikiem bezrobocia (19,6% w 2004). Zapobieganie zaburzeniom psychicznym u dzieci i młodzieży zależy przede wszystkim od stałego monitorowania ich występowania oraz badania związku pomiędzy czynnikami środowiskowymi a kształtowaniem się obrazu psychopatologicznego tych zaburzeń. W ub. 10 leciu obserwowaliśmy w populacji szpitalnej alarmujący wzrost liczby młodzieży z zaburzeniami odżywiania się, natomiast aktualnie - z zachowaniami agresywnymi i autoagresywnymi. Autorka rozpoczęła badania ankietowe 2 tys. uczniów wylosowanych szkół ponadpodstawowych, mające na celu m.in. ocenę występowania wspomnianych zachowań i ich związku z wybranymi czynnikami środowiskowymi.

Zaburzenia emocjonalne u dzieci z perspektywy teorii przywiązania

Iniewicz Grzegorz *Instytut Psychologii UJ, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ*

Od kilku lat obserwujemy rosnące zainteresowanie teorią przywiązania. Podyktowane jest to zapewne wieloma czynnikami. Jednym z nich może być stosunkowo duża łatwość łączenia na jej gruncie różnych teorii wyjaśniających powstawanie zaburzeń emocjonalnych, a także integrowania ich z terapią. Przesłanki dotyczące prawidłowego i zaburzonego funkcjonowania skłaniają do

tworzenia modeli uwzględniających wiele czynników kształtujących nasze funkcjonowanie, a także ich dynamiczne zmiany. Podczas wystąpienia zostanie przedstawiony model, który może być propozycją rozumienia wpływu emocjonalnych doświadczeń związanych z relacjami pomiędzy dziećmi i rodzicami a powstającymi symptomami zaburzeń.

Współpraca profesjonalistów w oddziale dziennym psychiatrii wieku rozwojowego AM w Warszawie

Jagielska Gabriela *Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowych AM w Warszawie*

Brzozowska Agata *Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowych AM w Warszawie*

Resler-Maj Anna *Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowych AM w Warszawie*

We współczesnej psychiatrii wieku rozwojowego znaczącą rolę diagnostyczno-terapeutyczną pełnią oddziały dzienne. Ich bezsprzeczną zaletą jest zapewnienie intensywnej terapii bez całkowitego odrywania dziecka od jego naturalnego środowiska oraz umożliwienie dostosowanej do stanu zdrowia formy edukacji. Tworzenie planu leczenia zaburzeń psychicznych dziecka wymaga zwykle m.in. dokładnej diagnozy dotychczasowych środowisk życia dziecka; współpracy z rodziną pacjenta, nauczycielami, pedagogami, psychologami, a niekiedy również kuratorami i sądami rodzinnymi. Terapia dziecka zawsze powinna uwzględniać całokształt problemów biopsychospołecznych dziecka i jego rodziny. Z tego powodu praca psychiatry dziecięcego w znacznym stopniu polega na współpracy z różnymi profesjonalistami, również spoza placówki medycznej. Od października 2004 przy Klinice Psychiatrii Wieków Rozwojowych powstał oddział dzienny. Przedstawiono strukturę oddziału, wielospecjalistyczne formy terapii, podjęto próbę analizy efektów współpracy między profesjonalistami. Współdziałanie specjalistów przedstawione zostanie na podstawie analizy przypadku.

Współpraca pomiędzy zespołami i instytucjami zajmującymi się problemami młodzieży

Jagielska Gabriela *Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowych AM w Warszawie*

Miłość wczoraj i dziś - wyniki badań młodzieży licealnej

Jaklewicz Hanna *Uniwersytet Gdański, Elbląska Uczelnia Humanistyczno - Ekonomiczna*

Rechlewska Anna *Uniwersytet Gdański*

Przedmiotem zainteresowania jest pojęcie miłości, a także przemiany jakim ulega ono w procesie historycznym i rozwoju ontogenetycznym człowieka. Badanie przedstawia porównawczo sposoby pojmowania miłości przez młodzież licealną oraz osoby starsze. W odniesieniu do grupy adolescentów poruszono również kwestię wpływu płci psychologicznej na wyobrażenie idealnego

partnera. Do przeprowadzenia badania wykorzystano ankietę własnej konstrukcji oraz kwestionariusz IPP Kuczyńskiej.

Jadłowstręt psychiczny - jedna czy dwie choroby ?

Janas-Kozik Małgorzata *Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii ŚAM w Katowicach, Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Centrum Pediatrii w Sosnowcu*

Stachowicz Małgorzata *Katedra Biologii Molekularnej i Genetyki Medycznej ŚAM w Sosnowcu*

Krupka-Matuszczyk Irena *Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii ŚAM w Katowicach*

Metoda mikromacierzy oligonukleotydowych jest metodą analizy ekspresji genów wykorzystującą zjawisko hybrydyzacji jednoniciowych fragmentów RNA z komplementarnymi sondami DNA. Umożliwia ona badanie ekspresji wielu tysięcy transkryptów (mRNA) reprezentowanych na mikromacierzy. Metoda ta ma głównie znaczenie w selekcjonowaniu genów związanych z odpowiednim procesem chorobowym, poznaniu ich rzeczywistej funkcji, w analizie porównawczej aktywności transkrypcyjnej genów. Klasteryzacja hierarchiczna jest jedną z metod analizy wyników otrzymanych metodą mikromacierzy, która pozwala na łączenie elementów o podobnym (wg. przyjętych kryteriów) profilu ekspresji i tworzeniu z nich grup, czyli tzw. klastrów. Mikromacierz oligonukleotydowa (HG-U133A, Affymetrix) została tutaj użyta do zbadania profilu ekspresji transkryptów dla genów kodujących receptor leptyny (anoreksygeniczny peptyd) oraz receptory dla oreksyn (oreksygeniczny peptyd). Zbadano cztery pacjentki cierpiące na anoreksję (dwie na postać restrykcyjną - AN-R i dwie na postać bulimiczko - wydalającą - AN-BW), które spełniały kryteria ICD-10 i DSM-IV. Cztery dziewczynki stanowiły grupę kontrolną, nie cierpiały na anoreksję. Klasteryzacja hierarchiczna wskazała, że profil ekspresji transkryptów dla genów kodujących wybrane peptydy różnicuje dwa typy jadłowstrętu psychicznego: AN-R i AN-BW, jak również zmiany molekularne wyprzedzają obraz kliniczny choroby. Jest to dowód, że w genetyce molekularnej dwa typy jadłowstrętu psychicznego stanowią odrębne zespoły chorobowe.

Narcystyczna kultura-narcystyczny adolescent?-współczesny obraz kryzysu adolescencji

Janas-Kozik Małgorzata *Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii ŚAM, Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego- Sosnowiec*

Stachowiak Ewa *Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego -Sosnowiec*

Albert Joanna *Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego*

Adolescencja to przełomowa faza rozwoju człowieka, której przejawy mogą często stapać się ze wszystkimi formami zaburzeń psychicznych (neurotycznych, psychotycznych, aspołecznych) w ich wstępnej lub rozwiniętej postaci. Obserwacje kliniczne pozwoliły wysnuć hipotezę o związkach i

podobieństwie między charakterem zaburzeń prezentowanych przez adolescentów, a specyfiką współczesnej kultury wywierającej wpływ na społeczeństwo i rodzinę. Faktem bezdyskusyjnym jest wpływ kulturowo - społeczny na charakter więzi i relacji wewnątrzrodzinnych, co z kolei przekłada się na przebieg rozwoju jednostki i obraz kryzysów, jakich doświadcza na kolejnych etapach życia. Współczesna literatura tematu podkreśla występowanie takich zjawisk w kulturze, jak: dążenie do samowystarczalności, niezależności, przerost postawy "mieć" nad "być", kultywacja samorozwoju jednostki i tzw. "pozytywnego myślenia" , co wskazuje na narcystyczny charakter współczesnego społeczeństwa. Te opisywane powyżej fenomeny stanowią tło rozwojowe dla współczesnego dziecka i dorastającego młodego człowieka. Autorki stawiają pytanie, czy coraz większa narcyzacja współczesnego społeczeństwa ma odzwierciedlenie w charakterze zaburzeń współczesnej młodzieży. Celem pracy jest analiza specyfiki obrazu psychopatologii adolescencji pod kątem rozwoju narcystycznych cech osobowości. W tym celu przebadano autorskim kwestionariuszem obserwacyjnym pacjentów młodzieżowych wieku 14-19 lat, z różnymi rozpoznaniem klinicznymi, hospitalizowanych w oddziale PiPWR przez okres ostatniego roku. Wyniki badań wskazują na narcystyczne podłoże zaburzeń okresu dorastania u badanych pacjentów. Autorki zastanawiają się również, nad specyfiką i trudnościami w pracy terapeutycznej z narcystycznym adolescentem.

Język młodzieży jako sposób zaznaczenia odrębności.

Jastak Rafał *Zespół Szkół Nr 2, VI Oddział WOLP, Toruń*

W swoim wystąpieniu chciałbym odpowiedzieć na pytanie: Czy socjolekt, którego używają nastolatki służy zaznaczeniu odrębności, wyjątkowości, jest zaznaczeniem przynależności do określonej grupy młodzieżowej ,czy też jego stosowanie nie jest niczym niezwykłym? - Chciałbym poprzez analizę, ukazanie konkretnych przykładów, zwrotów, wyrażeń używanych przez adolescentów ukazać wyjątkowość ich języka. Rozmowa to spotkanie i tworzenie więzi. W jej trakcie uczestnicy wykorzystują całą kompetencję komunikacyjną i kulturową, także psychologiczną i estetyczną. Wszyscy uczestnicy rozmowy dążą do zrozumienia. Celem jest nie tylko nadanie i odebranie informacji, ale też spowodowanie skutku. Aby powyższe warunki zostały spełnione uczestnicy aktu komunikacji muszą posługiwać się tym samym kodem ,systemem pojęć. Osoba nieznająca określonego słownictwa nie nawiąże porozumienia, ale także nie zostanie zaakceptowana w grupie. Pośrednim celem aktu komunikacji jest przecież potrzeba identyfikacji społecznej. Wśród młodzieży funkcjonuje wiele różnorodnych grup, które nie przenikają się między sobą. Jedynym miejscem spotkania jest szkoła. Jednak język współczesnej młodzieży nie kształtuje się w opozycji do szkoły(brak jest negatywnego stosunku uczniów do szkoły). Język młodzieży często stosuje znane słowa nadając im nowe niepowiązane z nimi znaczenie, wykorzystując system

różnorodnych asocjacji; znak pozostaje niezmienny, lecz aby go zrozumieć konieczne jest pewne doświadczenie znajomości konwencji językowej. Słowo nie ma stałego utrwalonego znaczenia to intencja nadawcy, jego innowacyjność mogą zmienić jego sens. Młodzież w swoim języku akceptuje rzeczywistość - przeważają formy żartobliwe, zdrobnienia, spieszczania - to 67% słownictwa, natomiast wyrazy o wyraźnie pejoratywnym wydźwięku stanowią 33%. Młodzież identyfikuje się ze swoim językiem. Widać to wyraźnie na przykładach słów, które przeszły do "oficjalnego" obiegu - automatycznie przestały być używane przez uczniów. Język jest dla wtajemniczonych, czyli adolescentów.

Ocena wybranych korelacji klinicznych, laboratoryjnych i lingwistycznych w schizofrenii młodzieżowej

Kaczyńska-Haładaj MariaMarta *Oddział Psychiatryczny Dziecięcy Szpital*

NeuropsychiatrycznyLublin

Kaczkowska Zenona *Oddział Psychiatryczny Młodzieżowy Szpitala Neuropsychiatryczny Lublin*

Woźniak Tomasz *Zakład Logopedii UMCS Lublin*

Wystąpienie zawiera wyniki korelacji wybranych parametrów badań klinicznych i laboratoryjnych z wynikami analiz lingwistycznych wypowiedzi 30 pacjentów ze schizofrenią o wczesnym początku (EOS), hospitalizowanych na Oddziale Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie. Część zasadnicza wystąpienia to wyniki klinicznej oceny zaburzeń schizofrenicznych u pacjentów, u których stwierdzono wysoki poziom zaburzeń mowy. Wyniki uzupełniono szeregiem badań laboratoryjnych. Wstąpienie kończą wnioski rzucające światło na korelacje między obrazem klinicznym pacjentów z EOS a występowaniem zaburzeń mowy. Wnioski potwierdzają użyteczność oceny zaburzeń mowy w diagnozie psychiatrycznej schizofrenii wczesnodziecięcej i młodzieżowej.

Rodzice i adolescenti - rodzina zbuntowanych nastolatków.

Kant Barbara *VI Oddział WOLP Toruń*

Jastak Rafał *VI Oddział WOLP, Zespół Szkół Nr 2 Toruń*

Chcielibyśmy zwrócić uwagę na interesujące naszym zdaniem zjawisko, problem(?) w funkcjonowaniu rodziny posiadającej dziecko, dzieci w okresie dojrzewania. Bardziej chcielibyśmy skłonić do refleksji, niż wskazać receptę. Obserwując i analizując kontekst kulturowy: muzykę, film, czasopisma a także reklamę (np. telewizyjną) oraz zachowania społeczne i relacje panujące pomiędzy członkami rodziny chcielibyśmy ukazać zacieranie się granic pomiędzy dorosłymi a nastolatkami. Truizmem jest stwierdzenie, iż współczesna kultura ma ludyczny charakter i jest zafascynowana młodością; stwarza wrażenie, iż młodość jest jedyną wartością, którą należy cenić.

Nieatrakcyjne stają się wartości dawniej kojarzone z dorosłością. Wejście w dorosłość związane było z wieloma przywilejami. We współczesnym świecie bycie młodym, daje człowiekowi większe przywileje, niż bycie dorosłym (np. dorosły powinien ponosić odpowiedzialność za swoje czyny, młodzież nie musi). Może dlatego dorośli stają się wiecznymi dziećmi: słuchają młodzieżowej muzyki, chodzą na te same koncerty, ubierają się jak ich dzieci, grają w identyczne gry komputerowe - czy adolescent jest w tej sytuacji w stanie określić swoją odrębność, czy może zaznaczyć własną tożsamość? Granica młodości znika, to jest stan permanentny. Wszyscy zachowują się jak nastolatki. Wszyscy są młodzi... dopóki nie umrą. W tej sytuacji adolescent nie buntuje się przeciwko rodzicom, bo oni są jego przyjaciółmi, kumplami. Trudno jest wówczas mówić o wychowaniu, które jest asymetryczne jest wychowanek i wychowawca, ten, kto wychowuje i ten, kto jest wychowywany. Rodzice nie potrafią postawić dzieciom granic, wyznaczyć kierunku. Nie potrafią nauczyć odpowiedzialności za podjęte decyzje, nie mogą nauczyć zmagania z przeciwnościami, nie są w stanie pokazać sposobów radzenia sobie z cierpieniem. Rodzice nie wspierają swoich dzieci. Dorośli nie pełnią też ról ojca i matki. Jakie są konsekwencje takiego stanu rzeczy - niewątpliwie ucieczka przed odpowiedzialnością, przed trudnościami, przeciwnościami, strach w obliczu cierpienia. Konsekwencją w dalszej perspektywie czasowej jest strach przed rolą ojca i matki - dużo nie formalnych związków, życie w samotności. Innych będziemy świadkami już niedługo. PS Zdajemy sobie sprawę, jako autorzy wystąpienia, że próbujemy opisać zjawisko, które pisarze tacy jak, Witold Gombrowicz i Sławomir Mrożek ukazali w "Ferdydurke", i w "Tangu". Jednak ich profetyzm nie ogarniał skali tego zjawiska.

Komunikacja jako najważniejszy problem współpracy pomiędzy różnymi grupami zawodowymi.

Kant Barbara *VI Oddział WOLP Toruń*

Jastak Rafał *VI Oddział WOLP, Zespół Szkół Nr 2 Toruń*

Czy możliwe jest porozumienie pomiędzy pedagogami a psychologami, nauczycielami a psychiatrami? Każda z grup zawodowych zajmująca się młodzieżą stosuje specyficzną terminologię, używa określeń zrozumiałych tylko wtajemniczonym. Czy jest możliwe przełamać tę barierę. Chcielibyśmy pokazać rozwiązania przyjęte w Toruniu na oddziale VI WOLP. Pragniemy zademonstrować stworzenie systemu pracy członków zespołu terapeutycznego, który, naszym zdaniem, umożliwia przekroczenie barier językowych, nawiązanie porozumienia dla dobra pacjenta. Na terenie oddziału dwa razy w tygodniu (we wtorki i w piątki) odbywają się spotkania całego zespołu terapeutycznego z każdym pacjentem, czasami również jego rodziną. Spotkania te służą tworzeniu więzi i konstruowaniu porozumienia zespołu terapeutycznego, w skład, którego wchodzi wszystkie grupy zawodowe, zajmujące się młodym człowiekiem, a samym pacjentem

znajdującym się w trudnym okresie życia. Wysiłek ten jest podejmowany świadomie i celowo. Dążymy do zrozumienia historii życia pacjenta, uwarunkowań społecznych, w których wzrasta, jego wewnętrznych motywacji i uczuć, poddajemy analizie jego zachowania na terenie oddziału. W ten sposób wszyscy pracujący z adolescentem pracownicy oddziału, uzyskują całościowy obraz pacjenta. Wysiłek, który członkowie wszystkich grup zawodowych wkładają w komunikację (lekarz musiał zaniechać używania typowych dla medycyny klinicznej pojęć, a pedagog swojego żargonu), doprowadził do wypracowania bazy językowej, pozwalającej porozumieć się wszystkim pracownikom. Jednocześnie jest ona zrozumiała dla pacjenta i jego rodziny.

Rodzice i adolescenti - rodzina zbuntowanych nastolatków

Kant Barbara *VI Oddział WOLP Toruń*

Jastak Rafał *Zespół Szkół Nr2, VI Oddział WOLP Toruń*

Chcielibyśmy zwrócić uwagę na interesujące naszym zdaniem zjawisko, problem(?) w funkcjonowaniu rodziny posiadającej dziecko, dzieci w okresie dojrzewania. Bardziej chcielibyśmy skłonić do refleksji, niż wskazać receptę. Obserwując i analizując kontekst kulturowy: muzykę, film, czasopisma a także reklamę (np. telewizyjną) oraz zachowania społeczne i relacje panujące pomiędzy członkami rodziny chcielibyśmy ukazać zacieranie się granic pomiędzy dorosłymi a nastolatkami. Truizmem jest stwierdzenie, iż współczesna kultura ma ludyczny charakter i jest zafascynowana młodością; stwarza wrażenie, iż młodość jest jedyną wartością, którą należy cenić. Nieatrakcyjne stają się wartości dawniej kojarzone z dorosłością. Wejście w dorosłość związane było z wieloma przywilejami. We współczesnym świecie bycie młodym, daje człowiekowi większe przywileje, niż bycie dorosłym (np. dorosły powinien ponosić odpowiedzialność za swoje czyny, młodzież nie musi). Może dlatego dorośli stają się wiecznymi dziećmi: słuchają młodzieżowej muzyki, chodzą na te same koncerty, ubierają się jak ich dzieci, grają w identyczne gry komputerowe - czy adolescent jest w tej sytuacji w stanie określić swoją odrębność, czy może zaznaczyć własną tożsamość? Granica młodości znika, to jest stan permanentny. Wszyscy zachowują się jak nastolatkowie. Wszyscy są młodzi... dopóki nie umrą. W tej sytuacji adolescent nie buntuje się przeciwko rodzicom, bo oni są jego przyjaciółmi, kumplami. Trudno jest wówczas mówić o wychowaniu, które jest asymetryczne jest wychowanek i wychowawca, ten, kto wychowuje i ten, kto jest wychowywany. Rodzice nie potrafią postawić dzieciom granic, wyznaczyć kierunku. Nie potrafią nauczyć odpowiedzialności za podjęte decyzje, nie mogą nauczyć zmagania z przeciwnościami, nie są w stanie pokazać sposobów radzenia sobie z cierpieniem. Rodzice nie wspierają swoich dzieci. Dorośli nie pełnią też ról ojca i matki. Jakie są konsekwencje takiego stanu rzeczy - niewątpliwie ucieczka przed odpowiedzialnością, przed trudnościami, przeciwnościami, strach w obliczu cierpienia. Konsekwencją w dalszej perspektywie

czasowej jest strach przed rolą ojca i matki - dużo nie formalnych związków, życie w samotności. Innych będziemy świadkami już niedługo. PS Zdajemy sobie sprawę, jako autorzy wystąpienia, że próbujemy opisać zjawisko, które pisarze tacy jak, Witold Gombrowicz i Sławomir Mrożek ukazali w "Ferdydurke", i w "Tangu". Jednak ich profetyzm nie ogarniał skali tego zjawiska.

Strategiczna terapia rodzin w leczeniu adolescentów z natręctwami

Klajs Krzysztof *Polski Instytut Ericksonowski*

Obsesyjne myśli, przymusowe czynności to objawy, które występują od 0,2 do 1,2 % u dzieci i nastolatków. Częstość tych zaburzeń wzrasta do 2 - 3% u osób dorosłych. Pacjenci ci są zazwyczaj spostrzegani przez terapeutów jako trudni, ich terapia jako długotrwała, a objawy uporczywe i nawracające. Włączenie rodziny do terapii w przypadku adolescentów zwiększa możliwość wczesnej systemowej interwencji, która chroni pacjenta przed pogłębieniem się objawów, ułatwia mu przejście przez proces separacyjny i pozwala na powrót do zdrowia. Warsztat ma pomóc w lepszym rozumieniu mechanizmów i roli jaką odgrywają rodzice pacjenta w jej kreowaniu. Przedstawia strategię terapeutyczne użyteczne w pracy z rodziną, umożliwiające pacjentom odkrywanie doświadczeń wolności wyboru, ciekawości, przyjemności z uczenia się i podejmowania ryzyka. Omówię możliwości spożytkowania zjawisk transowych (m.in. takich jak regresja i progresja w czasie) do wzmocnienia współpracy z rodzicami, kierowania ich uwagi w obszar zdrowia i zasobów oraz zwiększenia ich poczucia kompetencji i satysfakcji w roli rodzicielskiej.

Specyfika regulacji afektywnej u słyszających matek i młodzieży głuchej - czy istnieje?

Kobosko Joanna *Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa*

Diagnoza głuchoty u dziecka stanowi dla słyszających matek (i ojców) na ogół zdarzenie o charakterze traumatycznym. Badania na ten temat prowadzone są przede wszystkim w odniesieniu do słyszających rodziców i małych dzieci głuchych. Z doświadczeń klinicznych wiadomo, że proces przeżywania żałoby związanej z utratą dziecka "zdrowego, normalnego, słyszącego" na rzecz dziecka "chorego, niepełnosprawnego, głuchego" ma bardzo zróżnicowany i indywidualny przebieg. Sposób doświadczania emocji przez słyszące matki i ich dorastające dzieci głuche, w który uwikłany jest przeżywanie głuchoty własnego dziecka, stał się jednym z aspektów podjętych badań. Mechanizm aleksytymii stanowi jedną z hipotez odnoszących się do specyfiki wymiany emocjonalnej matka-dziecko. Czy zatem jest tak, że słyszące matki, doświadczając bardzo intensywnych negatywnych emocji w związku głuchotą dziecka i konfrontując się przez wiele lat z jej rozległymi skutkami (osobistymi, społecznymi) nabierają cech "aleksytymicznych", co wnoszą także do relacji z dzieckiem? Badaniami objęto 41 adolescentów głuchych i ich słyszące matki, a także młodzież słyszącą i ich matki słyszące jako grupę odniesienia. Matki wypełniały TAS-20

(Toronto Alexithymic Scale). Młodzież rysowała swój autoportret, a własności regulacji afektywnej u młodzieży głuchej (o wysokich kompetencjach w języku polskim lub migowym) i słyszącej oceniano w oparciu o "strukturalizowane opowiadanie o autoportrecie" (zaproponowano wskaźnik dostępności emocjonalnej). Wyniki badań pokazują, że im wyższy jest poziom aleksytymii u słyszących matek, tym większy dostęp do emocji mają ich głuche dzieci. Rezultat ten wyjaśniać można rozwojem "fałszywego self" wg D. Winnicotta u młodzieży głuchej.

Autoportret - doświadczanie siebie w relacji z innymi. Co mówi o sobie młodzież głucha?

Kobosko Joanna *Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu Warszawa*

Praca przedstawia wyniki badań z zastosowaniem techniki projekcyjnej "Namaluj siebie" - autoportret, obejmujących młodzież głuchą (i słyszącą) w wieku 18-22 lata (n=80). Badana młodzież głucha posiada zróżnicowane kompetencje językowe: 1/ biegli w języku fonicznym polskim, 2/ biegli w polskim języku migowym, 3/ posiadający bardzo ograniczone czy 4/ niewystarczające kompetencje zarówno w języku polskim jak i migowym Technika ta stanowi znaczną modyfikację względem klasycznych technik projekcyjnych odwołujących się do rysunku postaci ludzkiej (Goodenough-Harrisa, Machover, Koppitz i in.). Osoba badana otrzymuje do wyboru kontur dziewczyny lub chłopca i instrukcję, także w wersji niewerbalnej, by namalowała siebie, stąd można ją z powodzeniem wykorzystywać w odniesieniu do badanych z trudnościami w werbalnym porozumiewaniu się z otoczeniem. Po raz pierwszy wykorzystano tę technikę do opisu obrazu siebie u małych dzieci głuchych (1996; Zalewska 1998). Zaproponowane zostały własne kryteria analizy rysunków weryfikowane metodą sędziów kompetentnych pozwalające na opis reprezentacji siebie, w tym własnego ciała, doświadczania granic, jak i specyfiki sposobu przeżywania i regulacji emocji przez młodzież głuchą. Okazuje się m.in., że młodzież głuchą cechuje, w porównaniu z młodzieżą słyszącą, wyodrębnianie w autoportrecie "skóry" (poprzez intensywne jej zamalowywanie) jak i rysowanie wyodrębniających się w rysunku postaci dłoni. Być może wskazuje to - przykładowo - na specyfikę doświadczania i komunikowania emocji.

Koncepcje immunologiczne zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych w wieku rozwojowym a postępowanie kliniczne

Komorowska-Pietrzykowska Renata *Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Poznaniu*

Rajewski Andrzej *Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Poznaniu*

W ostatnich latach postuluje się udział czynników immunologicznych w patogenezie zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (OCD) u dzieci i młodzieży. Wyodrębniono podtyp zaburzeń o podłożu autoimmunologicznym, wyzwalany przez infekcję paciorkowcową, określaną mianem PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infection).

Analogiczny patomechanizm przypisywany jest części przypadków zaburzeń ze spektrum OCD takich jak choroba tików i jadłowstręt psychiczny. Za koncepcją PANDAS przemawiają obserwacje kliniczne oraz wyniki badań laboratoryjnych i neuroobrazowych. Nie jest jasne jaki procent pacjentów z OCD stanowią przypadki wywołane czynnikiem infekcyjnym. Przy obecnie przyjętych kryteriach rozpoznawania PANDAS diagnoza ta dotyczy jedynie tych pacjentów, których cechuje najbardziej oczywisty związek zaburzeń z infekcją paciorkowcową. Badania przeprowadzane aktualnie w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Poznaniu sugerują, że grupa pacjentów z prawdopodobnym udziałem czynników immunologicznych w etiopatogenezie OCD jest szersza, a procesy zapalne przebiegają często w sposób utajony. Zidentyfikowanie przypadków o etiologii autoimmunologicznej w postępowaniu klinicznym napotyka na trudności, ze względu na specyfikę zakażeń paciorkowcowych oraz ograniczoną wartość powszechnie dostępnych metod diagnostycznych. Wydaje się również prawdopodobne, że zjawisko aktywacji układu odpornościowego w przebiegu OCD u dzieci i młodzieży, nie jest jedynie następstwem infekcji paciorkowcowych i wykracza poza procesy autoimmunologiczne. Istotne znaczenie mogą mieć stwierdzane zmiany wydzielania cytokin, a w szczególności interferonu γ . Dotychczas wykazywano skuteczność plazmaferezy i dożylnego podawania immunoglobulin w leczeniu zaburzeń o udokumentowanej etiologii paciorkowcowej. Przeprowadzono również badania nad skutecznością profilaktyki antybiotykowej w zapobieganiu nawrotom. Bliższe poznanie mechanizmów psychoimmunologicznych w OCD u dzieci i młodzieży, oraz znalezienie skutecznych metod identyfikowania chorych powinno zaowocować opracowaniem nowych procedur diagnostycznych i terapeutycznych.

Zmienne kulturowe współistniejące z zaburzonymi zachowaniami żywieniowymi.

Kozłowska Małgorzata *Instytut Psychologii Stosowanej UJ*

Pilecki Maciej *Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ*

Józefik Barbara *Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ*

Kontekst podjęcia badań: Zidentyfikowanie najbardziej istotnych czynników kulturowych współistniejących z zaburzonymi zachowaniami żywieniowymi wśród dziewcząt z krakowskich szkół publicznych w wieku 16-18 lat. Materiał: Losowo dobrana próba populacji uczennic klas pierwszych i drugich krakowskich szkół ponadpodstawowych oraz klas trzecich krakowskich szkół gimnazjalnych w wieku 16-18 lat. Metoda: Obecność zaburzonych zachowań żywieniowych oceniona została na podstawie Kwestionariusza postaw związanych z odżywianiem się (Eating Attitude Test - EAT 26). Czynniki współistniejące określone zostały w oparciu o Kwestionariusz Kulturowy (KK) - autorstwa M. Pileckiego i B. Józefik odnoszący się do tych zagadnień związanych z szeroko rozumianą kulturą, których znaczenie opisywane jest jako istotne w

powstawaniu zaburzeń odżywiania się. Wyniki: Ankiety wypełniło 663 osoby, z czego we właściwej analizie wyników badań uwzględniono odpowiedzi 614 badanych (92,6%). Zdecydowano się zrobić analizę w oparciu o test korelacji nieparametrycznej wyników kwestionariusza EAT26 (wyników >20 punktów DZ(+), a także <3 DZ(-)) z pytaniami KK. Większość pytań i obszarów tematycznych KK okazała się trafnie różnicować obie porównywane grupy (DZ(+)) i DZ(-)). Jedynie religijność rodziny, wątki transgeneracyjne, rywalizacja, poczucie przynależności społecznej nie okazały się w sposób istotny różnicować obu badanych grup.

Wchód jako wzór współpracy zespołu terapeutycznego. Pielęgniarka- aktywny członek zespołu terapeutycznego

Kubińska Iwona *Oddział Kliniczny VI Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Toruniu*

Zespół terapeutyczny w Oddziale Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w WOLP w Toruniu spotyka się dwa razy w tygodniu, zwykle we wtorki i piątki na tzw. "wchodach". Skład zespołu terapeutycznego stanowi Ordynator, lekarze, psychologowie, pedagodzy, instruktorzy terapii zajęciowych, nauczyciele oraz pielęgniarki. Celem tych spotkań jest ustalenie kompleksowych danych o pacjencie, jego problemach zarówno przed hospitalizacją jak i trakcie pobytu w oddziale, a także wybór właściwego postępowania terapeutycznego i ostatecznie ocena skuteczności tego postępowania, a w razie potrzeby jego weryfikacja. Jest to też okazja do omówienia własnych problemów w pracy z pacjentami i wzajemnej współpracy personelu. Każdy członek zespołu terapeutycznego jest osobowym źródłem informacji o objawach psychopatologicznych, o zachowaniu pacjenta, o jego potrzebach, postępach w procesie leczenia, kształcenia, socjalizacji. W czasie wchodu następuje wymiana informacji bieżących, istotnych z punktu widzenia diagnostyki i postępowania terapeutycznego czy farmakologicznego. Wiedza, doświadczenie i umiejętności pielęgniarki pozwalają na rozpoznanie aktualnych problemów pacjenta i zwerbalizowanie ich w czasie wchodów. Pielęgniarka wnosi wiele informacji o zachowaniu pacjenta, sygnalizuje spostrzegane objawy psychopatologiczne, relacje z innymi pacjentami, personelem i rodziną. W ten sposób włącza się ona w proces szeroko rozumianego procesu leczenia pacjenta. Ma poczucie, że staje się równorzędnym partnerem dla pozostałych członków zespołu terapeutycznego. Łatwość komunikowania się, osobisty szacunek, wzajemne zaufanie są podstawowymi zasadami naszej współpracy. Współpraca opiera się na zasadzie partnerstwa i otwartości. Współpraca zespołu terapeutycznego w czasie wchodu daje wiele korzyści zarówno pacjentom jak i wszystkim członkom zespołu. Umożliwia ujednolicone oddziaływanie psychoterapeutyczne, zapewnia prawidłowy obieg informacji o pacjencie. Różny profil zawodowy członków zespołu terapeutycznego pozwala wzajemnie się konsultować oraz wymieniać wiedzę i doświadczenie.

Powody hospitalizacji oraz kontekst rodzinny pacjentów stacjonarnego psychiatrycznego oddziału młodzieżowego w roku 1988 oraz 2006.

Kwiecińska Jagoda *Koło Naukowe Psychiatrii CM UJ w Krakowie*

Konieczny Ewelina *Koło Naukowe Psychiatrii CM UJ w Krakowie*

Matusiak Feliks *Koło Naukowe Psychiatrii CM UJ w Krakowie*

Kontekst podjęcia badań: Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat doszło do znacznego wzrostu ilości nastolatków poszukujących pomocy psychiatrycznej oraz korzystających z różnych form leczenia i opieki. Zmianie podlegają też przyczyny konsultacji. Doświadczenia kliniczne wskazują, że ważnym kontekstem problemów emocjonalnych adolescencyjnych pacjentów jest kontekst rodzinny. Wydaje się, iż w coraz większym stopniu dysfunkcje systemu rodzinnego powiązane są z występowaniem zaburzeń psychicznych jak i wzrostem częstości hospitalizacji.

Cel pracy: Określenie profilu zmian rozpoznań i powodów przyjęć pacjentów psychiatrycznych stacjonarnego oddziału młodzieżowego w latach 1989 - 2006 w kontekście sytuacji rodzinnej.

Materiał i metoda: Analiza Historii Chorób pierwszorazowych pacjentów Oddziału Klinicznego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ.

Wieloprofilowość terapii dzieci i młodzieży z zaburzeniami nerwicowymi

Lamparska-Warchalska Aleksandra *Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży Orzesze*

Gajda-Rumiak Katarzyna *Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży Orzesze*

Bratek Amelia *Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży Orzesze*

Cel - uzyskanie poprawy funkcjonowania dziecka po zakończeniu leczenia w Oddziale Kompleksowość - korzyści: - wieloprofilowość podnosi jakość leczenia - ułatwia nawiązanie pozytywnego kontaktu z dzieckiem niezbędnego dla prowadzenia skutecznej terapii - daje większą możliwość znalezienia takiego rodzaju aktywności, z którą dziecko sobie radzi, czego nie postrzega jako sprawdzian - umożliwia kontakt indywidualny z terapeutą ale i z grupą rówieśniczą - zwiększa szansę na trwałą poprawę dzięki wielopłaszczyznowemu oddziaływaniu na pacjenta oraz współpracę ze środowiskiem Pojmowana jako różnorodność form oddziaływania na dziecko, rozdzielonych na: 1. pracę z dzieckiem w grupie 2. pracę indywidualną z dzieckiem 3. współpracę z rodziną 4. sprzyjające warunki nauki w szkole 5. stałe pilnowanie "bezpiecznej atmosfery", szybkie i skuteczne interwencje w trudnych sytuacjach Udział poszczególnych technik jest różny, zależnie od rodzaju zaburzeń, wieku pacjenta, rodzaju pobytu, gotowości dziecka i jego stopnia zaangażowania oraz możliwości współpracy - od terapii zajęciowej, zajęć sportowych, dogoterapii, zabiegów rehabilitacyjnych, do form wymagających większego zaangażowania dziecka, psychoterapii. Początkowo dziecko jako podmiot oddziaływań, potem jako partner oddziaływań, aktywny uczestnik społeczności terapeutycznej. Formy pobytu : 1. Samodzielny pobyt: - akcent na

adaptację. Jest ważna pod względem diagnostycznym, daje możliwość obserwowania pacjenta w różnych sytuacjach. - pomoc dziecku w adaptacji oraz w zaangażowanie się w terapię wymaga ścisłego kontaktu z rodziną (wspólnie opracowane interwencje, wzmocnienia). - konieczność równoległej terapii rodziców - warsztaty dla rodziców. Obraz funkcjonowania rodziny bez identyfikowanego pacjenta. 2. Pobyt z opiekunem: - umożliwia uczestnictwo rodzica w terapii, możliwość współpracy i sytuacyjnej psychoedukacji rodzica - grupa dla rodziców - grupa wsparcia - oferta: zajęcia wspólne z rodzicem oraz rozdzielne Integracja oddziaływań oraz łączenie różnych form pracy z pacjentem nerwicowym daje możliwość nie tylko eliminacji objawów chorobowych ale także stymulacji naturalnego rozwoju dziecka w różnych sferach - społecznej, emocjonalnej, poznawczej.

Podejście integrujące - system pracy zespołu Kliniki Psychiatrii Rozwojowej Akademii Medycznej w Gdańsku

Łucka Izabela *Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM w Gdańsku*

Cebella Aleksandra, Flisikowska Małgorzata, Dyc Iwona *Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM w Gdańsku*

Fryze Monika, Pietraszczyk-Kędziora Bożena, Sumiła Anita, Dziemian Anna, Plata Krystyna,

Jandzio Aleksandra *Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM w Gdańsku*

Celem prezentacji jest przedstawienie wieloprofesjonalnego systemu terapii i opieki proponowanej pacjentom Oddziału Dziecięco-Młodzieżowego Kliniki Psychiatrii Rozwojowej AM w Gdańsku. W naszej pracy bazujemy na koncepcjach wpływających głównie z nurtu psychoterapii systemowej, humanistycznej oraz poznawczo-behawioralnej. Podejście integrujące wykorzystywane w procesie diagnostyki i leczenia, pozwala nam na lepsze zrozumienie potrzeb pacjenta i dostosowanie propozycji terapii do jego indywidualnych możliwości. Na plakacie zaprezentujemy skład i strukturę zespołu terapeutycznego. W wystąpieniu ustnym - szczegółowo omówimy pracę naszego zespołu, rodzaje i specyfikę oddziaływań leczniczych, wychowawczych i opiekuńczych proponowanych pacjentom i ich rodzinom.

Leczenie zaburzeń psychosomatycznych u młodzieży

Marcenkowsky Igor *Ukraiński Instytut Naukowo-Badawczy Psychiatrii Społecznej i Sądowej*

Bikszajewa Jana *Ukraiński Instytut Naukowo-Badawczy Psychiatrii Społecznej i Sądowej*

Drużynńska Oleksandra *Ukraiński Instytut Naukowo-Badawczy Psychiatrii Społecznej i Sądowej*

In 1998-2003 the complex research of 186 adolescents with functional disturbances of cardiovascular system (FD CVS) and somatoform disorders (SFD). At the first stage the clinical typology of SFD was studied, the role of constitutional-genetic, cerebral-organic and psycho-social factors of etiology and pathogenesis in their appearance and clinical pathoplastic was researched. At the second stage during 16-weeks, 2-phases comparable research the efficiency of psychotherapy, cardiostrophotherapy and differential psychopharmatherapy in SFD treatment at adolescent with FD CVS was studied. Outcome of research: SFD in adolescent age are non-homogeneous both from etyopatogenetic conceptualization and from the view of the clinical typology. They consist heterogenic group of psychic disorders, which creates continuum from relatively simple by their mental structure of somatoform vegetative disfunctions to polymorph psychopathological formations with different additional symptoms. The complex treatment of SFD on adolescents with FD CVS was developed. The treatment includes etyopathogenic substantiation, sequence, differentiability and dynamics of therapeutical impact. Indications to differential pharmacotherapy with SISR (Sertralin), neurometabolical medications (Instenon), mood stabilizer (Lamotridgin) were scientifically validated. Pharmacotherapy should be applied in case of insufficient efficiency within 8 weeks of a complex psychotherapy or cardiologic treatment.

Ocena rozwoju dzieci i młodzieży z rozpoznaniem ADHD długoterminowo leczonych atomoksetyną: obserwacja 3-letnia.

Michelson Dawid, Allen Albert J., Bangs Mark E., Zhang Shuyu, Ruff Dustin D., Gao Haitao,

Moore Rodney J., Rogers Ann K. *Lilly Research Laboratories, Indianapolis, IN, USA*

Dębowska Grażyna *Dział Medyczny, Eli Lilly Polska, Warszawa*

Feldman Peter D. *Dział Medyczny, Eli Lilly Polska, Warszawa*

Cele badania: Analizą objęto dane dotyczące rozwoju dzieci i młodzieży oraz dane dotyczące bezpieczeństwa terapii zgromadzone w zbiorczej bazie danych pacjentów z rozpoznaniem nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (ADHD), biorących udział w długoterminowych badaniach klinicznych z zastosowaniem atomoksetyny.

Metody: Bezpieczeństwo oceniano analizując działania niepożądane, łącznie z częstością przerwania leczenia, czynności życiowe, wyniki badań laboratoryjnych i wyniki badań EKG.

Dane dotyczące rozwoju uzyskano z bazy danych zawierającej informacje uzyskane w trwających co najmniej 1 rok sponsorowanych badaniach klinicznych z udziałem pacjentów z ADHD.

Wyniki: Dane dotyczące bezpieczeństwa uzyskano dla 5079 dzieci i młodzieży (6-17 lat) leczonych atomoksetyną, 554 osoby przyjmowały lek przez co najmniej 3 lata. Średnia dawka modalna wynosiła 1,34 mg/kg/dobę. Z powodu działań niepożądanych leczenia musiało przerwać 6,6 % pacjentów. Najczęściej zgłaszane działania niepożądane ustępowały w miarę czasu trwania leczenia. Obserwowano nieznaczne podwyższenie ciśnienia krwi i częstości akcji serca. Nie stwierdzono istotnego klinicznie działania leku na okres repolaryzacji mięśnia sercowego (odstęp QT). Po 9 miesiącach stwierdzono nieco mniejszy od oczekiwanego zgodnie z normami przyrost masy ciała. Po 18 miesiącach masa ciała pacjentów wzrosła do wartości zgodnych z normami, a w 33 miesiącu powróciła do wartości początkowych. Nie stwierdzono niekorzystnego działania leku na rozwój seksualny, ani na uzyskany wynik w skali Wechsler Intelligence Scale-III.

Wyniki: Atomoksetyna wydaje się być lekiem bezpiecznym i dobrze tolerowanym w długoterminowym leczeniu.

Rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego wśród 15-letniej młodzieży Krakowa - występowanie i współwystępowanie (depresji, zaburzeń jedzenia, używania środków psychiaktywnych)

Modrzejewska Renata *Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ Kraków*

Cel: Ocena występowania i współwystępowania zaburzeń zdrowia psychicznego wśród młodzieży gimnazjalnej Krakowa. Metoda: Losowaniem dwustopniowym wyłoniono reprezentatywną próbę populacji 15-letnich uczniów krakowskich szkół (N=1182). Zastosowano skalę Becka, Skalę Leytona, EAT26, własny kwestionariusz używek. Wyniki: Objawy depresyjne stwierdzono u 27,4% dziewcząt i 19,2% chłopców ($p=0,001$). Zaburzenia jedzenia u 15% dziewcząt i 7,6% chłopców ($p<0,0005$). Lęk OCD u 4,8% dziewcząt i 5,1% chłopców ($p=0,788$). Przyjmowanie używek deklarowało: alkohol 50% badanych, 22,1% papierosy i 9,7% narkotyki (istotnie statystycznie częściej chłopcy). Struktura przyjmowania używek jest podobna u obu płci. Objawy depresyjne oraz zaburzenia jedzenia istotnie zwiększają ryzyko przyjmowania używek. W przypadku OCD nie stwierdza się takiej zależności w tej grupie wiekowej. Wnioski: Zaburzenia typowe dla okresu dojrzewania: depresja i zaburzenia jedzenia mogą zwiększać ryzyko uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Również współwystępowanie depresji i zaburzeń jedzenia zwiększa ryzyko przyjmowania substancji. Tego rodzaju zależności nie obserwuje się w przypadku swoistych zaburzeń lękowych.

Trening Zastępowania Agresji (ART) w oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży - doświadczenia własne.

Pawliczuk Witold *Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego AM w Warszawie*

Poster przedstawia krótki opis metody prof. Arnolda Goldsteina, jaką jest Trening Zastępowania Agresji (Aggression Replacement Training, ART.), metoda nieswoista, przeznaczona do pracy z dziećmi agresywnymi z różnych powodów, ale bez wyraźnych zaburzeń psychicznych. W pracy spróbuję także przedstawić wskazówki do pracy z dziećmi z określonymi zaburzeniami jak też pewne trudności, z jakimi autor spotkał się podczas prowadzenia grup tą metodą na oddziale dziennym psychiatrii dzieci i młodzieży w Klinice Psychiatrii Wieku Rozwojowego AM w Warszawie. Wszelkie analizy oraz wskazówki dotyczące prowadzenia zajęć z dziećmi zawarte na posterze dotyczą pierwszego etapu ART-u, Treningu Kontroli Złości. Powstały one na podstawie doświadczeń własnych i nie mogą być uogólniane na inne grupy terapeutyczne. Wydają się jednak być cenną informacją i wskazówką dla profesjonalistów chcących rozpocząć pracę tą metodą z dziećmi agresywnymi z różnymi diagnozami psychiatrycznymi.

Ciało a emocje -ćwiczenia ruchowo - relaksacyjne.

Perun Joanna *Zespół Szkół Specjalnych Nr 2 w Krakowie*

Ślósarczyk Krzysztof *Zespół Szkół Specjalnych Nr 2 w Krakowie*

Autorzy warsztatu "Ciało a emocje -ćwiczenia ruchowo-relaksacyjne" pracują na oddziale stacjonarnym Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie z grupą pacjentów homogeną jeżeli chodzi o fazę rozwojową a zróżnicowaną jeżeli chodzi o diagnozę: zaburzenia jedzenia, zaburzenia psychotyczne, lękowe, organiczne, zaburzenia zachowania i inne. Praca wychowawczo-terapeutyczna dostosowana jest do konkretnych zaburzeń. Prowadzący przedstawią zajęcia relaksacyjno-ruchowe: zajęcia z piłkami rehabilitacyjnymi dla pacjentów z zaburzeniami jedzenia oraz zajęcia relaksacyjne dla szerszej grupy pacjentów. W programie warsztatów proponują pokaz zajęć zarejestrowanych na taśmie wideo. Pierwsze zajęcia będą trwały 20 min., drugie 30 min.

Zaburzenia zachowania - leczyć czy wychowywać?

Pietraszczyk-Kędzióra Bożena *Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM w Gdańsku*

Łucka Izabela, Fryze Monika, Sumiła Anita, Cebella Aleksandra, Dziemian Anna *Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM w Gdańsku*

Celem pracy jest przyjrzenie się uwarunkowaniom osobistym, rodzinnym i środowiskowym pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem zaburzeń zachowania oraz ostateczna weryfikacja wstępnej diagnozy. Praca jest głosem w dyskusji dotyczącej zaburzeń zachowania jako jednej z kategorii diagnostycznych zawartych w obecnie obowiązujących klasyfikacjach chorób, w kontekście narastającej liczby pacjentów z takim rozpoznaniem zgłaszanych do leczenia psychiatrycznego. W naszych obserwacjach zwracamy uwagę na złożony obraz tego zaburzenia, które postrzegamy i rozpatrujemy wielowarstwowo. Rozpoznanie zaburzeń zachowania powinno być traktowane jako diagnoza wstępna - kryjąca w sobie często inne, wymagające leczenia psychiatrycznego zaburzenia, lub będąca maską problemów rodzinnych, wychowawczych i szkolnych

Wpływ postaw lekarskich na efektywność współpracy z rodzicami dzieci leczonych z powodu choroby przewlekłej w ICZMP

Pilarz E. *Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej ICZMP*

Tkaczyk M. *Klinika Nefrologii i Dializoterapii ICZMP*

Stempień J. *Instytut Socjologii, Uniwersytet Łódzki*

Cel: celem pracy było poznanie sposobów postępowania lekarzy w celu zwiększenia efektywności w kontakcie z rodzicami dzieci przewlekle chorych oraz trudności pojawiających się we wspólnej ich współpracy. Grupa badawcza: w badaniu wzięło udział 6 lekarzy pracujących w klinice nefrologii i dializoterapii ICZMP w Łodzi opiekujących się dziećmi chorymi z powodu zespołu nerczycowego. Metody badawcze: z każdym z lekarzy został przeprowadzony strukturalizowany wywiad Wyniki: 1. Lekarze używają w rozmowie zbyt trudnych dla rodziców określeń, brakuje im umiejętności dostosowania słownictwa do rodziców, brakuje im wiedzy na temat przekazywania informacji o chorobie 2.Lekarze zauważają, że rodzice często się wstydzą zadawać pytania, dlatego powtarzają informację kilkakrotnie 3.Rodzice szczególnie słabiej wykształceni i ubożsi nie stosują się do zaleceń(nie stać ich na wykupienie leków, kierują się przesądami i stereotypami, nie zdają sobie sprawy z konsekwencji swojego postępowania) 4.Lekarze wskazują konieczność pracy nad zaufaniem rodziców 5.Rodzice oczekują zainteresowania ze strony lekarzy ich życiem prywatnym(szkołą dziecka, kontaktami z rówieśnikami). 6.Rodzice są zniecierpliwieni ciągłymi przyjazdami na wizyty, czasami zaniedbują kontrolne badania.

Zmiana częstości konsultacji z powodu zaburzeń odżywiania się w Krakowskiej Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w latach 1988 - 2004

Pilecki Maciej *Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ*

Nowak Agnieszka

Zdenkowska-Pilecka Magdalena *Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ*

Kontekst podjęcia badań: W poczuciu zarówno klinicystów jak i szerszej opinii publicznej zaburzenia odżywiania się wśród dziewcząt stanowią jedną z najszybciej narastających grup zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego w Polsce. Przekonanie to w ograniczonym jednak stopniu oparte jest na rzetelnych badaniach naukowych. Stąd też szczególnego znaczenia nabierają badania analizujące dane rejestrów medycznych. Pozwalają one bowiem odnieść się do hipotezy o narastaniu zjawiska jak i podjąć próbę opisu dynamiki jego narastania oraz cech mu towarzyszących. Materiał i metoda: W badaniu analizowane były przyczyny pierwszorazowych konsultacji dziewcząt w wieku 12-21 lat zgłaszających się do ambulatorium przyklinicznego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Krakowie w latach 1988, 1996, 2000 oraz 2004. Dodatkowo analizowana była dynamika zmian częstości konsultacji w powiązaniu z takimi zmiennymi jak: wiek zgłoszenia, miejsce zamieszkania. W badaniu uwzględnione zostały dane z kart ambulatoryjnych 788 pacjentów. Wyniki: Częstość pierwszorazowych konsultacji z powodu zaburzeń odżywiania się w liczbach bezwzględnych zwiększyła się z 5 w 1988 do 90 w roku 2004. W roku 2004 z powodu zaburzeń odżywiania się konsultowanych było 29,4% pacjentek ambulatorium kliniki. Stanowi to w porównaniu z innymi kategoriami diagnostycznymi najwyższy wzrost zarówno w liczbach bezwzględnych jak i procentowy. Pacjentki z zaburzeniami odżywiania się bez względu na rok konsultacji nie okazały się różnić od dziewcząt z innymi rozpoznaniem w zakresie miejsca zamieszkania (wieś, miasto), liczebności populacji w miejscu zamieszkania. Brak było istotnej statystycznie zależności pomiędzy narastaniem częstości rozpoznawania zaburzeń a powyższymi zmiennymi. Dyskusja: Uzyskane wyniki, pomimo szeregu wątpliwości merytorycznych i metodologicznych w dużej mierze mogą być interpretowane jako związane z narastaniem częstości występowania zaburzeń odżywiania się.

Badania nad skutecznością warsztatów edukacyjnych dla nauczycieli dotyczących metod pracy z dzieckiem z ADHD, które przeprowadzono w warszawskich szkołach.

Pisula Agnieszka *Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowego AM w Warszawie*

Kozińska Joanna *Akademia Pedagogiki im M Grzegorzewskiej w Warszawie*

Kołąkowski Artur *Centrum CBT*

Warunkiem odniesienia sukcesu w szkole przez dziecko z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej jest wiedza nauczyciela dotycząca ADHD. Jedną z metod psychoedukacji i uczenia

stosowania modyfikacji behawioralnych są warsztaty. Warsztaty dla rodziców dzieci nadpobudliwych mają już wiele badań dowodzących ich skuteczności. Autorzy postanowili zbadać skuteczność oddziaływania jakimi są warsztaty dla rad pedagogicznych. W okresie od października do grudnia 2005 przeszkolono 7 szkół warszawskich w tym 272 nauczycieli i 24 psychologów i pedagogów z tych szkół podczas 15 godzinnych warsztatów pt. "Dziecko trudne - skuteczne metody pracy". Celem badania było ustalenie czy wiedza nauczycieli nt. ADHD zwiększa się po takich warsztatach, oraz czy wpływają one na zmniejszenie trudności nauczycieli w pracy z trudnym dzieckiem, zwiększają poczucie kompetencji, zadowolenia z pracy. Metoda: nauczyciele byli 3-krotnie poddani badaniu: przed szkoleniem, tuż po szkoleniu i 3 miesiące po szkoleniu. Wypełniali test wiedzy o ADHD oraz baterię skal psychologicznych (kwestionariusz SOC, GHQ, SWLS, GSES), a także na koniec szkolenia ankietę ewaluacyjną. Wnioski: Szkolenia przeprowadzone wśród rad pedagogicznych przyniosły wzrost wiedzy o ADHD. Osiągnięty poziom wiedzy utrzymywał się trwale przez kolejne miesiące. Obserwowano wzrost poczucia kompetencji, satysfakcji z życia i poprawę ogólnego samopoczucia nauczycieli przed i po szkoleniu, część zmian utrzymywało się również w 3 miesiące po szkoleniu. Ważnym aspektem wydaje się tworzenie możliwości stałego wsparcia nauczyciela w jego pracy z trudnymi uczniami. Rozwiązaniem mogłyby być okresowe spotkania typu "booster", lub grupy wsparcia dla nauczycieli.

Postrzeganie grup zawodowych w zespole wieloprofesjonalnym

Pławecka Halina *Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ*

Halberda Grażyna *Zespół Szkół Specjalnych Nr 2*

Szeremeta Jacek *Zespół Szkół Specjalnych Nr 2*

Postrzeganie grup zawodowych w zespole wieloprofesjonalnym Plakat jest próbą ujęcia doświadczeń współpracy zespołu terapeutycznego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ w leczeniu pacjentów. Zespół terapeutyczny stanowi grupę specjalistów reprezentujących różne profesje; tworzą go lekarze, pielęgniarki, sanitariuszki, psychologowie, socjolog, zespół nauczycieli i wychowawców. Zespół realizuje proces leczenia ; ustalając zakres wspólnych działań i związanych i z nimi indywidualnych obowiązków dzieli się zadaniami i odpowiedzialnością ; równocześnie pomiędzy elementami tego zespołu wytwarzają się wielorakie relacje...ważne są terapeutyczne aspekty kontaktu pacjenta z różnymi osobami współtworzącymi środowisko terapeutyczne i jego klimat...

Terapia zintegrowana - rozważania wokół łączenia form i kierunków terapeutycznych.

Popek Lidia *PZP dla Dzieci i Młodzieży SWZPZPOP w Warszawie*

Derezińska Ida *PZP dla Dzieci i Młodzieży SWZPZPOP*

Warsztat prezentuje integracyjne podejście w pracy terapeutycznej z pacjentami z zaburzeniami odżywiania, depresyjnymi, lękowymi w warunkach PZP dla Dz. i Mł. Przebieg warsztatu: 1. Wstęp teoretyczny dotyczący omawianych zagadnień. 2. Przykłady kliniczne. 3. Dyskusja

Ocena wpływu parametrów klinicznych i cech systemu rodzinnego na wczesną poprawę u pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem psychoz z kręgu schizofrenicznego

Potocki Paweł *Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN*

Celem badania była ocena wartości prognostycznej zmiennych klinicznych i rodzinnych dla wczesnej poprawy w psychozach młodzieżowych u 49 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN z rozpoznaniem psychoz z kręgu diagnostycznego F20-F29. Pacjenci byli badani w momencie rozpoczęcia i zakończenia hospitalizacji (PANSS, Calgary, CGI, PAS), w trakcie hospitalizacji wykonywano bad. EEG, CT mózgu, oceniano system rodzinny (KOR wg Cierpki) oraz zebrano dokładne dane z wywiadu (objawy zwiastunowe, dane socjodemograficzne). Oceniano także rozwój i psychopatologię rozwojową (kwestionariusz własny). Wykryto istotne korelacje pomiędzy całościową psychopatologią po 7 r. ż., cechami obrotu klinicznego przy przyjęciu, cechami systemu rodzinnego, rozpoznaniem wstępnym, a poprawą mierzoną długością hospitalizacji, ilością kuracji neuroleptycznych i stosowaniem dodatkowego leczenia.

"Szukając siebie" Profil rozpoznań i przebieg terapii u młodzieży leczonej w Dziennym Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży w Gliwicach.

Sitnik Katarzyna *Dzienny Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży, NZOZ Feniks w Gliwicach, Zakład Psychologii, Śląska Akademia Medyczna w Katowicach*

Kapinos-Gorczyca Agnieszka *Dzienny Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży, NZOZ Feniks w Gliwicach*

Gorczyca Piotr *Dzienny Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży, NZOZ Feniks w Gliwicach, Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii, Śląska Akademia Medyczna w Katowicach*

Zmiany są nieodłącznym elementem życia ludzkiego. Szczególnego znaczenia nabierają one w okresie późnego dzieciństwa i adolescencji, gdy dorastający człowiek coraz intensywniej doświadcza potrzeby określenia tego "kim jest" i "dokąd zmierza". Występujące wówczas sprzężenie przemian biologicznych, osobowościowych i psychospołecznych stanowi swoisty kryzys, w którym granica między tym, co rozwojowe a tym, co dysfunkcjonalne okazuje się bardzo

cienka. Poniższa praca stanowi prezentację pracy Dziennego Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży przy NZOZ "Feniks" w Gliwicach, który jest jedyną przyjmującą osoby poniżej 18 roku życia placówką dziennego pobytu na terenie województwa śląskiego. Obecnie w Oddziale przebywa 18 osób. Przyjmowani do Oddziału młodzi pacjenci podzieleni są na dwie grupy wiekowe: 8-13 lat oraz 14-18 lat. W grupie młodzieżowej odnaleźć można szeroki profil rozpoznaw - od zespołu paranoidalnego poprzez zaburzenia afektywne, zaburzenia lękowe, zaburzenia emocjonalne i zachowania, zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) aż do całościowych zaburzeń rozwojowych (najczęściej zespół Aspergera). Tak zróżnicowana grupa daje młodym pacjentom możliwość konfrontacji z różnymi problemami i wzajemną pomoc w ich zrozumieniu i rozwiązywaniu. Zasadniczym celem oddziaływań terapeutycznych na Dziennym Oddziale jest praca nakierowana na samopoznanie, nabycie konstruktywnych sposobów rozwiązywania własnych trudności oraz rozwiązywanie problematyki kryzysu adolescencji. W szczególności program obejmuje: wsparcie w kształtowaniu zintegrowanego obrazu siebie; rozwój umiejętności rozpoznawania i ekspresji własnych potrzeb i emocji; rozwój empatii; nabywanie zdolności radzenia sobie z własnymi stanami emocjonalnymi, stresem i konfliktami wewnętrznymi; ćwiczenie umiejętności identyfikowania i korzystania z własnych zasobów oraz rozwój kompetencji społecznych i umiejętności interpersonalnych. Główną formą oddziaływań terapeutycznych jest psychoterapia grupowa, oparta na idei społeczności i kontraktu terapeutycznego. Wśród stosowanych metod szczególne miejsce zajmują grupy wielorodzinne prowadzone w nurcie systemowym.

Wyplłyn na głębię...? - miejsce terapii poznawczo behawioralnej w praktyce stacjonarnego oddziału psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej.

Srebnicki Tomasz *Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego AM*

Bryńska Anita *Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego AM*

Spośród wielomodalnych oddziaływań stosowanych na dziecięcych oddziałach psychiatrycznych, terapia poznawczo - behawioralna (CBT) jest, według światowego piśmiennictwa, obok farmakoterapii i terapii systemowej jedną z najbardziej uznanych form pracy z młodym pacjentem. Terapia poznawczo-behawioralna należy do grupy szkół terapeutycznych tworzących formy oddziaływań w oparciu o dowody naukowe. (tzw. evidence based psychotherapy). Istnieje wiele wyników badań empirycznych uzasadniających stosowanie CBT przy leczeniu zaburzeń typowych dla wieku rozwojowego. Do ewidentnych zalet terapii CBT należą: krótkoterminowość, ustrukturalizowane protokoły terapeutyczne a także bogaty wachlarz technik zrozumiałych dla młodego pacjenta. Należy podkreślić jednak, że mimo niewątpliwych zalet, doświadczony terapeuta dostrzeże ograniczenia tej formy terapii. Wyływają one z podstawowych założeń CBT a także ze specyfiki pracy z dziećmi i młodzieżą. Dogmatyczne przywiązanie do typowego dla CBT sposobu

pracy bez uwzględnienia pewnych istotnych zmiennych, może skutkować mniejszą od zakładanej poprawą. Celem niniejszej prezentacji jest próba określenia miejsca terapii poznawczo-behawioralnej w praktyce stacjonarnego oddziału psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej w oparciu o dane z literatury oraz doświadczenia zespołu terapeutycznego Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego AM w Warszawie.

Diagnoza zaburzenia afektywnego dwubiegunowego u dzieci i młodzieży czyli piekielny pięciokąt.

Stawicka Elżbieta *klinika psychiatrii wieku rozwojowego akademii medycznej w warszawie*

Witkowska Magdalena *Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej w Warszawie*

Wolańczyk Tomasz *Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej w Warszawie*

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe u dzieci i młodzieży rozpoznaje się na podstawie kryteriów obowiązujących dla dorosłych. Nie jest to jednak tożsame z istnieniem takich samych objawów zaburzenia w różnych grupach wiekowych. Faktem jest duża zmienność obrazów klinicznych manii dziecięcej. Różnice w przebiegu choroby, czasie trwania epizodów, ale co najistotniejsze duża liczba różnorodnych objawów niecharakterystycznych dla powyższego rozpoznania, lecz występujących w wielu zaburzeniach okresu dzieciństwa i adolescencji powoduje znaczne trudności diagnostyczne. Niniejsze wystąpienie jest próbą przedstawienia typowych objawów manii dziecięcej i rozważenia możliwości postawienia diagnoz słusznych pod względem spełnienia kryteriów na podstawie klasyfikacji ICD-10, nie będących jednakże w pełni odpowiadającymi zaburzeniu pacjenta. Przyglądając się klasyfikacji ICD-10 u dziecka z typowymi objawami manii istnieje możliwość rozpoznania aż pięciu diagnoz: zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, poważnych i opozycyjno- buntowniczych zaburzeń zachowania, psychozy schizofrenicznej lub zaburzenia schizoafektywnego, nadużywania substancji psychoaktywnych, czy wreszcie manii. Nasuwa to wątpliwości, czy mania dziecięca to zaburzenie o tak dużym odsetku współchorobowości jak jest to opisywane w literaturze (np. 90% dzieci z manią ma diagnozę ADHD), czy jest to związane z problemem nakładania objawów w klasyfikacji. Wnioski: obecne kryteria diagnostyczne manii dziecięcej nie odpowiadają specyfice objawów charakterystycznych dla populacji dzieci i adolescentów. Na podstawie kryteriów ICD-10 możliwe jest postawienie pacjentowi z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym wielu diagnoz nie będących wiarygodnymi klinicznie, czego skutkiem może być nieadekwatna pomoc terapeutyczna.

Komunikacja wewnątrzrodzinna i jej wpływ na rokowanie w zaburzeniach psychicznych u adolescentów.

Sumiła Anita *Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AMG*
Okres adolescencji cechują złożone procesy zarówno biologiczne, jak i psychiczne. W tym czasie młody człowiek przygotowuje się do samodzielnego życia korzystając z doświadczeń wyniesionych z domu oraz z umiejętności, które na nowo zdobywa. Od poczęcia rozwój osoby uwarunkowany jest przez właściwości systemu rodzinnego. To, w jaki sposób kształtują się relacje pomiędzy członkami tego systemu, wpływa na umiejętność kierowania swoimi emocjami i zachowaniami przez dziecko w różnych sytuacjach życiowych. Jednym z cech tego systemu jest komunikacja rodzinna. Celem przedstawianych badań jest ukazanie związku pomiędzy komunikacją mierzoną za pomocą Kwestionariusza Komunikacji Wewnątrzrodzinnej a obrazem psychopatologicznym wśród pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Dziecięco - Młodzieżowym Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AMG. Przeprowadzone badania są też próbą znalezienia powiązania pomiędzy komunikacją wewnątrzrodzinną a rokowaniem u chorującej na zaburzenia psychiczne młodzieży.

Postawy rodzicielskie i ich wpływ na rokowanie w zaburzeniach psychicznych u adolescentów.

Sumiła Anita *Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AMG*
Kształtowaniem tożsamości i dokonywaniem separacji oraz indywidualizacji stanowi kluczowe zadanie dla okresu adolescencji. Znaczący wpływ na te procesy mają zarówno czynniki biologiczne, jak i środowiskowo - kulturowe. To, w jaki sposób młody człowiek zbuduje swoją tożsamość, jest zależne od zachowań m.in. jego rodziców. Styl rodzicielski tworzy emocjonalne środowisko, w którym wzrasta i rozwija się dziecko. Celem przedstawianych badań jest ukazanie związku pomiędzy postawą rodzicielską (badaną za pomocą Skali Postaw Rodzicielskich) a obrazem psychopatologicznym i rokowaniem u młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie na Oddziale Dziecięco - Młodzieżowych kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku podeszłego AMG.

Skuteczność leczenia atomoksetyną dzieci i młodzieży z rozpoznaniem ADHD w zależności od czasu trwania terapii

Sutton Virginia, Milton Denai, Ruff Dustin *Lilly Research Laboratories, Indianapolis, IN, USA*

Dębowska Grażyna *Dział Medyczny, Eli Lilly Polska, Warszawa*

Allen Albert J. *Lilly Research Laboratories, Indianapolis, IN, USA*

Cel badania: Wykazano skuteczność atomoksetyny w leczeniu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) u dzieci i młodzieży. Początek działania leku jest zauważalny po 1-2

tygodniach stosowania, jednak większa skuteczność osiągnięta jest po 4-5 tygodniach leczenia. Określono wielkość efektu leczniczego atomoksetyny w oparciu o łączny wynik w skali ADHD-RS, na podstawie danych z 5 badań klinicznych.

Metody: Schemat badania: poza stosowaną dawką leku wszystkie próby kliniczne były do siebie zbliżone. Dzieci i młodzież z rozpoznaniem ADHD, losowo przydzielono do grup terapeutycznych leczonych przez 6-9 tygodni. Wszystkie badania były kontrolowane przy użyciu placebo, z zastosowaniem podwójnie ślepej próby. Nasilenie objawów oceniano za pomocą skali ADHD-RS. W celu oceny wielkości efektu leczniczego atomoksetyny w terapii głównych objawów ADHD, obliczono wielkość efektu d Cohena dla łącznego wyniku uzyskanego w skali ADHD-RS.

Wyniki: 918 pacjentów (dzieci i młodzież) przydzielono losowo do dwóch grup (atomoksetyna n=560, placebo n=358). W grupie pacjentów leczonych atomoksetyną odnotowano większy średni spadek łącznego wyniku w skali ADHD-RS, niż w grupie otrzymującej placebo (p 0,001 w każdym badaniu). Od początku badania do jego zakończenia wielkość efektu leczniczego mieściła się w zakresie od 0.6 do 0.8. W pierwszym tygodniu wielkość efektu leczniczego wynosiła od 0.1 do 0.7, w ostatnim tygodniu badania (wizyta końcowa) od 0.6 do 1.0.

Wnioski: Odpowiedź na leczenie atomoksetyną jest zależna od ekspozycji na lek, wzrasta wraz z czasem trwania leczenia i wzrostem dawki leku.

Terapeutyczne aspekty twórczej ekspresji

Szalewska Izabela *Zespół Szkół Specjalnych Nr 2*

Bogusz-Corkill Anna *Zespół Szkół Specjalnych Nr 2*

Młotek Anna *Zespół Szkół Specjalnych Nr 2*

Terapeutyczne aspekty twórczej ekspresji. 1. Charakterystyka uczniów - pacjentów Oddziału Dziennego, specyfika grupy gimnazjalnej i licealnej. Młodzież, z jaką pracujemy w naszym oddziale to młodzież gimnazjalna i licealna. Te dwie grupy, pomimo że często nie różnią się wiekiem, różnią się zdecydowanie, jeśli chodzi o specyfikę zaburzeń. U młodzieży gimnazjalnej przeważają diagnozy takie jak ADHD, zaburzenia zachowania. (co oczywiście nie jest regułą). Na co dzień, więc młodzież ta jest głośna, otwarcie agresywna, z małą umiejętnością skupienia uwagi, zaniżoną samooceną. Jednocześnie uczniowie ci potrafią myśleć szybko i twórczo, mają niekonwencjonalne pomysły i odwagę w ich realizacji. Młodzież licealna w wielu przypadkach jest wycofana, depresyjna, z ukrytą agresją. Proponowane formy działalności są kontestowane, mają małą motywację i energię do działań twórczych. Bardzo zaniżoną samooceną. Jednocześnie mają niezwykle wnikliwość w obserwowaniu świata, skłonności filozoficzne, dużą inteligencję. Tak duże różnice w tych dwóch grupach rodzą specyficzne trudności, ale jednocześnie inspirują obie strony. 2. Formy zajęć twórczych proponowane przez szkołę. - Zajęcia teatralne - przykładowe ćwiczenia

aktorskie Ćwiczenia aktorskie mają na celu rozwijanie ekspresji, uzewnętrznianie ukrytych talentów, ale także współpracę w grupie, większą świadomość siebie i swoich przeżyć, wzmacnianie samooceny. -Zajęcia taneczne - nauka prostego tańca w kręgu. Tańce pomagają nam zintegrować grupę, dostarczają rozrywki, śmiechu, relaksują. -Zajęcia plastyczne - wykonanie ciekawej pracy plastycznej. Zajęcia plastyczne organizowane są w ramach zajęć wychowawczych. Podejmowane prace plastyczne inspirowane są pomysłami pacjentów. Do ulubionych zajęć należą: malowanie witraży farbami żelowymi, rzeźbienie przy użyciu masy solnej, papierowej lub piaskowej, składanie papieru techniką origami, przygotowywanie ozdobnych kartek okolicznościowych, wykonywanie odlewów gipsowych i ich malowanie. Wszystkie prace prezentowane są na wystawkach oraz podczas organizowanych kiermaszy. 3. Terapeutyczne działanie aktywności twórczej na uczniów - pacjentów. Działalność twórcza, jaką podejmujemy z młodzieżą ma niewątpliwie terapeutyczne oddziaływanie. Systematyczny udział pacjentów w zajęciach, przynosi widoczne zmiany w poprawie zachowań interpersonalnych i społecznych naszych uczniów. 4. Trudności w pracy twórczej z pacjentami - uczniami i ich pokonywanie. Osoby prowadzące zajęcia twórcze w szkole, oddziale, napotykają na specyficzne trudności w pracy z młodzieżą. Przełamanie niechęci, olbrzymie skrępowanie do prezentowania własnej twórczości, często tłumaczone przez pacjentów brakiem talentu, trudności w koncentracji uwagi, gwałtowne reakcje, obrażanie się, szybkie zniechęcanie się do pracy, chęć dominowania, to codzienne wyzwania w pracy z uczniami-pacjentami, nauczycieli-wychowawców. Z uwagi na powyższe, trudno jest doprowadzić jakieś przedsięwzięcie do końca, czasem trzeba zgodzić się na mniejszy efekt, a czasem jego brak. Nie tracąc jednocześnie wiary w sens oddziaływań, doceniać należy nawet chwilowe zaangażowanie uczniów.

W obliczu traumatycznych wydarzeń - hipnoterapia w pracy z młodzieżą

Szymańska Katarzyna *Polski Instytut Ericksonowski*

Urazowe doświadczenia - bezpośredni udział lub bycia świadkiem wypadku, przemocy, katastrofy, gwałtu, aktu terroru stają się coraz częściej poważnym stresorem w życiu dzieci i młodzieży, niejednokrotnie blokującym możliwość rozwoju i pomyślnego przejścia kryzysu dorastania. W trakcie warsztatu przedstawię sposoby pracy z traumą z pacjentem adolescentycznym koncentrując się na: specyfice reakcji na traumę w okresie dorastania i typowych wymiarach rozpoznawania traumy w systemie rodzinnym. W programie warsztatu przewiduję demonstrację pracy z pacjentem przy użyciu hipnozy jako użytecznego narzędzia umożliwiającego asymilację i integrację urazowego doświadczenia oraz szybki powrót do równowagi.

Oddział Psychiatryczny dla Dzieci w SPZOZ w Łodzi

Tokarz-Czart Renata *Oddział Psychiatryczny dla Dzieci SPZOZ w Łodzi*

Kicińska-Krogulska Magdalena *Oddział Psychiatryczny dla Dzieci SPZOZ w Łodzi*

Pycio Katarzyna *Oddział Psychiatryczny dla Dzieci SPZOZ w Łodzi*

W pracy przedstawiono wyniki badań dotyczące podziału hospitalizowanych pacjentów w latach 2003-2005 wg rozpoznań. Wyniki pracy wskazują na : stopniowy wzrost ilości dzieci wymagających leczenia szpitalnego, wzrost liczby dzieci hospitalizowanych z placówek opiekuńczo wychowawczych, wzrost liczby dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi, lękowymi i z rozpoznaniem zespołu depresyjnego (myśli i tendencje samobójcze - w 2003 r-23, 2004 r-35, 2005 r-42 dzieci). Największą ilość pacjentów stanowiły dzieci z rozpoznaniem zespołu hiperkinetycznego, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych i zaburzeń zachowania (w 2003 r -35%, 2004-36%, w 2005 r-33% dzieci ogólnie hospitalizowanych w oddziale). Ponadto znacznie wzrosła ilość dzieci przyjmowanych do szpitala w stanie nagłym - przywożonych po interwencji pogotowia ratunkowego: w 2003 r - 12 dzieci, 2004 - 29 dzieci, a w 2005 aż 42 dzieci.

Zaburzenia zachowania i agresja u dzieci - narastający problem

Tokarz-Czart Renata *Oddział Psychiatryczny dla Dzieci SPZOZ w Łodzi*

Pycio Katarzyna *Oddział Psychiatryczny dla Dzieci SPZOZ w Łodzi*

mgrMałgorzataPrzybył *Oddział Psychiatryczny dla Dzieci SPZOZ w Łodzi*

W pracy przedstawiono własne doświadczenia i obserwacje z prowadzonej działalności terapeutycznej z dziećmi z problemem nasilonych zaburzeń zachowania. Omówiono szczegółowo główne przyczyny ujawniania się zaburzeń zachowania u dzieci, oraz przedstawiono sposoby pomocy i rodzaje podejmowanych działań profilaktycznych.

Wielopłaszczyznowa praca z rodzinami dysfunkcyjnymi

Wierba Kamila *Ośrodek Poradnictwa i Terapii Rodzin*

Pytko Katarzyna *Ośrodek Terapii i Poradnictwa Rodzinnego*

W oddziaływaniach wobec systemu rodzinnego umiejscowionego w określonym kontekście społecznym oraz uwarunkowanym wielopokoleniową historią własnej rodziny za niezwykle istotną uważamy pracę w wielu obszarach jej funkcjonowania. Wielopłaszczyznowość naszej pracy obejmuje oddziaływania terapeutyczne (terapię rodzinną, indywidualną, grupową), poradnictwo (psychologiczne, pedagogiczne, socjalne), pomoc wolontaryjną (korepetycje, opieka nad dziećmi oraz osobami starszymi) oraz współpracę z instytucjami związanymi z rodzinami. Reprezentujemy Ośrodki: Poradnictwa i Terapii Rodzin oraz Terapii i Poradnictwa Rodzinnego działających w ramach Stowarzyszenia "Dobrej Nadziei" na zlecenie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Naszymi klientami są rodziny zgłaszające się indywidualnie, a także kierowane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Sąd Rejonowy dla Krakowa, Placówki Opiekuńczo-Wychowawcze, Szkoły, Służbę Zdrowia itp. Obszary najczęściej występujących trudności w rodzinach, którym pomagamy obejmują: przemoc, ubóstwo, uzależnienia, niewydolność wychowawczą oraz specyficzne problemy wynikające z cyklu rozwoju rodziny. Obserwując rezultaty naszej pracy umacniamy się w przekonaniu, że efekty oddziaływań terapeutycznych mogą być potęgowane działaniami natury socjalnej, środowiskowej lub edukacyjnej. Jednocześnie nie ustajemy w refleksji nad sposobami pomocy rodzinie...

Wstępna ocena występowania ADHD wśród potomstwa matek chorych na padaczkę.

Wiśniewska B *Instytut Centrum Zdrowia Matki-Polki*

BaranowskaW, ŚwidarskaM *WSHE, Łódź*

LebiedzikM *Instytut Postępowania Twórczego, Łódź*

Wstęp: Wśród dzieci w wieku szkolnym ryzyko wystąpienia ADHD wynosi 3-10%, częściej diagnozowane jest wśród chłopców. Powszechnie uważa się, że dzieci chore na padaczkę częściej niż w ogólnej populacji mają rozpoznawany zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. W Polsce brak jest aktualnych danych dotyczących epidemiologii, nie badano także częstości występowania ADHD wśród dzieci matek chorych na padaczkę. 90% kobiet z chorobą przewlekłą jaką jest padaczka rodzi zdrowe dzieci. Za czynniki ryzyka powstania ADHD uważa się obecnie głównie czynniki genetyczne (odziedziczalność 80%), a także m.in. używanie leków przez matkę w ciąży, powikłania związane z okresem okołoporodowym. Materiał i metoda: Badaniami objęto 82 dzieci : 41 dzieci urodzonych przez kobiety chore na padaczkę, leczone w ciąży lekami przeciwpadaczkowymi (mono- i politerapia), 41 dzieci urodzonych w ICZMP przez zdrowe kobiety. Wiek badanych wynosił 11-13 lat, przebadano 45 dziewcząt i 37 chłopców. Zastosowano WISC-R, psychologiczne metody kliniczne: wywiad, rozmowę, obserwację (kryteria wg DSM-IV-R), badanie neurologiczne, analizę statystyczną Testem Fishera. Wyniki: Średnia waga urodzeniowa wynosiła : w grupie dzieci, których matki miały padaczkę 3152 g, natomiast w grupie dzieci matek bez choroby przewlekłej 3284g (różnica nieistotna statystycznie). Podobnie w zakresie Skali Apgar nie było istotnych różnic (8,93 vs 9,24). W obu badanych grupach średnie ilorazy inteligencji w skali pełnej mieściły się w przedziale normy (100,15 vs 108,97). Wśród dzieci matek z padaczką, ADHD wystąpiło u 2 chłopców. W grupie dzieci urodzonych przez matki bez padaczki rozpoznano ADHD u 10 dzieci - u 3 dziewcząt, 7 chłopców ($p=0,0288$, przy przyjętym poziomie istotności $p<0,05$). Wnioski: Wśród potomstwa matek chorych na padaczkę ADHD nie występuje częściej niż wśród dzieci matek bez choroby przewlekłej. Leki przeciwpadaczkowe przyjmowane przez kobiety w czasie ciąży nie wpłynęły na częstość wystąpienia ADHD u ich potomstwa. Ze

względu na prawdopodobne w badanej grupie znaczenie czynników genetycznych wskazane jest opracowanie kryteriów ADHD dla dorosłych i poddanie matek ocenie pod tym kątem.

Trudności w różnicowaniu pomiędzy chorobą afektywną dwubiegunową, ADHD oraz zaburzeniami zachowania. Opis dwóch przypadków

Włoczevska Małgorzata *Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży w Zagórzcu k/Warszawy*

Nikiel Tania *MCNiR, Uniwersytet im Kardynała St Wyszyńskiego*

Grygo Magdalena *Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego AM w Warszawie*

Przedstawiono przypadki dwóch dziewcząt kilkakrotnie hospitalizowanych w różnych oddziałach psychiatrii dziecięcej. 15-letnia M.W.- dziewczynka podczas ostatniej hospitalizacji skierowana z rozpoznaniem: Zaburzenia zachowania i emocji. Wcześniej rozpoznawano u dziewczynki :Zaburzenia zachowania i emocji oraz Hiperkinetyczne zaburzenia zachowania. 13-letnia E.S.- dziewczynka podczas ostatniej hospitalizacji skierowana z rozpoznaniem: Podejrzenie zaburzeń psychotycznych. Wcześniej rozpoznawano u dziewczynki Hiperkinetyczne zaburzenia zachowania. Ostatecznie u obu pacjentek rozpoznano Chorobę afektywną dwubiegunową, skutecznie leczoną solami litu. Plakat przedstawia trudności w różnicowaniu manii, zaburzeń zachowania i ADHD. Obecność podobnych objawów w w/w zaburzeniach stanowi trudność w procesie diagnostycznym i wydłuża czas postawienia ostatecznego rozpoznania.

Tajemnice w terapii rodzin

Wolska Małgorzata *Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ Ambulatorium Terapii Rodzin*

Podczas terapii rodzinnej zdarza się, że jeden z członków rodziny przekazuje terapeutę istotne dla procesu terapii i rozumienia problemu informacje, prosząc o zachowanie ich w tajemnicy przed innymi osobami z rodziny. Autorka, na przykładzie konkretnych przypadków, omówi niekorzystny wpływ przekazywanych terapeutę tajemnic na proces terapii oraz pozycję terapeuty rodzinnego (m.in.: zawężenie obszaru pracy terapeutycznej, utrata neutralności, wchodzenie w koalicje, uwikłanie lub odrzucenie rodziny). Przedstawione też będą niektóre sposoby rozwiązania omawianego problemu.

Obraz kliniczny zaburzeń mowy u pacjentów ze schizofrenią młodzieżową (EOS)

Woźniak Tomasz *Zakład Logopedii UMCS Lublin*

Kaczyńska-Haładaj MariaMarta *Oddział Psychiatrii Dziecięcej Neuropsychiatryczny Szpital Lublin*

Kaczkowska Zenona *Oddział Psychiatrii Młodzieżowej Neuropsychiatryczny Szpital Lublin*

Wystąpienie zawiera analizy lingwistyczne zachowań językowych 30 pacjentów ze schizofrenią o wczesnym początku (EOS), hospitalizowanych na Oddziale Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie. W części wstępnej zawarta jest charakterystyka kliniczno - laboratoryjna badanej grupy. Za podstawę analiz przyjęto rozumienie mowy jako ciągu zachowań dokonujących się przy udziale języka, w których człowiek poznaje rzeczywistość i przekazuje jej interpretację innym. Zachowania te mogą dokonywać się w sferze wewnętrznej ("mowa wewnętrzna"), jak i w sferze zewnętrznej (dyskurs) [Grabias 1997]. Przyjęto również założenie o bliskich związkach schizofrenii i języka [Crow 1995]. Część zasadnicza wystąpienia to wyniki komunikacyjnej oceny zachowań dialogowych i analiza językowej interpretacji świata u pacjentów (narracji). Badania oparto na własnej metodologii [Woźniak 2000, 2005]. Wystąpienie kończą wnioski stanowiące indeks cech charakterystycznych dla zaburzeń mowy w schizofrenii młodzieżowej. Wnioski mogą stanowić ważny wkład uzupełniający podstawy diagnozy różnicowej schizofrenii wczesnodziecięcej i młodzieżowej.

Interwencja kryzysowa w szkole po wydarzeniach skrajnie urazowych

Załoski Maciej *Zakład Psychologii Zdrowia Coll Medicum UJ*

Skoczyńska Ewa *Ośrodek Interwencji Kryzysowej w Krakowie*

Tematem warsztatu będzie przedstawienie procedury organizacji pomocy psychologicznej na terenie szkoły po traumatycznej śmierci jednego z uczniów. Celem jest ukazanie swoistych dla wieku dorastania postaw i nastawień, które ujawniają się w trakcie udzielania pomocy, oraz indywidualnych zasobów, które stanowiąc mogą podłoże procesów zdrowienia po traumie.

Zaburzenia dysocjacyjne wśród pacjentów szpitala psychiatrycznego (IP-CZD)- doświadczenia konsultanta psychiatri

Zielińska-Michałkiewicz Maria *Zakład Psychiatrii IP-CZD*

Turno Monika *Zakład Psychiatrii IP-CZD*

Plakat przedstawia problemy związane z leczeniem młodzieży z rozpoznaniem zaburzeń dysocjacyjnych. Dotyczy pacjentów hospitalizowanych w klinikach CZD, konsultowanych psychiatrycznie, u których w związku z rozpoznaniem zaburzeń dysocjacyjnych podjęto psychoterapię w warunkach ambulatoryjnych. Praca uwzględnia zagadnienia diagnostyczne,

terapeutyczne oraz podkreśla znaczenie współpracy lekarzy pediatrów różnych specjalności z psychiatrą.

Edukacja prozdrowotna w szkole przyszpitalnej

Żarnowska Barbara Zespół Szkół Specjalnych Nr 2 w Krakowie

Praca w szkole szpitalnej inspirowała do szerszego spojrzenia na profilaktykę różnych chorób i promowania zdrowego stylu życia. Natomiast kontakt z uczniem - pacjentem oddziału psychiatrii młodzieżowej - pozwala zwrócić uwagę na uwarunkowania wielu zaburzeń emocjonalnych i psychicznych młodzieży. Jedną z podstawowych przyczyn tego stanu są niewydolne (w szerokim znaczeniu) rodziny, które nie są w stanie zapewnić właściwego klimatu oraz warunków rozwoju dla swoich dzieci, a tym samym wpływać na rozwój pozytywnych cech osobowości. Realizowana w Zespole Szkół Specjalnych Nr 2 w Krakowie w gimnazjum i liceum ścieżka prozdrowotna opracowana została dla oddziału dziennego psychiatrii, na który to oddział trafiają uczniowie z różnymi zaburzeniami emocjonalnymi, fobią szkolną, stanami depresyjnymi, wykazujący często zachowania niepożądane, w tym także agresywne. Zawiera treści, które mają na celu ułatwić uczniom rozwiązywanie problemów wieku dojrzewania, pomagać w nawiązywaniu poprawnych kontaktów rówieśniczych, kształtować prawidłowe zachowania i więzi rodzinne, przygotować młodych ludzi do życia w społeczeństwie i rodzinie. Ma wyposażyć ich w wiadomości i umiejętności przydatne w samodzielnym życiu, pomocne w kształtowaniu pozytywnych postaw i nawyków, sprzyjających zachowaniu zdrowia własnego i swoich bliskich. Nadrzędnym celem realizacja ścieżki prozdrowotnej jest wspomóc oddziaływanie terapeutyczne podejmowane w stosunku do uczniów - pacjentów. Na plakacie przedstawiono tematy zajęć ścieżki prozdrowotnej przeznaczone do realizacji w ciągu całego roku zawarte w następujących hasłach programowych: I. Higiena osobista i otoczenia. Pielęgnacja własnego ciała i urody. II. Bezpieczeństwo i pierwsza pomoc. III. Zasady zdrowego odżywiania się. IV. Aktywność ruchowa i umysłowa. V. Profilaktyka chorób zakaźnych. VI. Choroby cywilizacyjne i społeczne. VII. Życie bez nałogów. VIII. Psychospołeczne aspekty zdrowia. IX. Przygotowanie do życia w rodzinie. Są one ściśle powiązane z tematyką realizowaną na lekcjach biologii, wiedzy o społeczeństwie, godzinie oraz zajęciach wychowawczych. Zawierają wiele treści związanych z edukacją psychologiczną. Do każdego z 35 tematów zostały opracowane szczegółowe cele edukacyjne, zakres treści nauczania związanych z tymi celami, procedury osiągania celów oraz propozycje założonych osiągnięć ucznia. Zobrazowaniem na plakacie sposobu realizacji programu jest konspekt lekcji biologii: Samoocena - mocne i słabe strony.

"Tam i wtedy" - hospitalizacja w oddziale młodzieżowym w relacjach pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego 6 lat po wypisie - badania jakościowe.

Żechowski Cezary *Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN*

6 lat po wypisie ze szpitala przebadano grupę 15 byłych pacjentek z rozpoznaniem restrykcyjnej postaci jadłowstrętu psychicznego. Byłe pacjentki wypełniały ankietę dotyczącą przebiegu hospitalizacji, czynników leczących i ewentualnych czynników utrudniających leczenie. Badanie uzupełniał wywiad, ocena stanu somatycznego oraz ocena kwestionariuszami EDI, STAI, YBOCS, skala Hamiltona.