

# AKTUALNOŚCI

Warszawa, dnia 18 grudnia 2007

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

W dniu 1 grudnia 2007 r. weszły w życie nowe regulacje prawne dotyczące refundacji nowych leków przeciwpsychotycznych (*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 listopada 2007 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością – Dz.U.07.222.1652 z 28 listopada 2007 r.*).

W związku z tym, opracowałem „**Zalecenia w sprawie stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji**” z uprzejmą prośbą o zapoznanie się z nimi i stosowanie.

Pragnę zwrócić Państwa uwagę na fakt, że nowe regulacje prawne zmieniają dotychczas obowiązujące zasady przepisywania leków przeciwpsychotycznych II generacji z tzw. listy leków refundowanych, dlatego tak ważne jest, aby wszyscy lekarze zapoznali się z tymi zaleceniami.

*prof. Marek Jarema*

## ZALECENIA W SPRAWIE STOSOWANIA LEKÓW PRZECIWPSTYCHOTYCZNYCH II GENERACJI

*Przedstawione poniżej „Zalecenia w sprawie stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji” stanowią zbiór praktycznych wskazówek dotyczących wskazań i przeciwwskazań do leczenia lekami przeciwpsychotycznymi drugiej generacji (LPIIG).*

*„Zalecenia” zawierają także informacje dotyczące wskazań szczegółowych do stosowania niektórych leków; pominięto wymienianie wskazań do stosowania leków przeciwpsychotycznych (neuroleptyków) w ogóle, gdyż prezentowane „Zalecenia” odnoszą się do szczególnej sytuacji, wynikającej ze zmian w zasadach refundacji LPIIG wprowadzonych w grudniu 2007 r.*

### **Ogólne zalecenia stosowania LPIIG:**

1. Zastosowanie każdego leku przeciwpsychotycznego (klasycznego lub LPIIG) powinno być uzasadnione klinicznie.

2. Zmiana leku przeciwpsychotycznego musi być uzasadniona klinicznie. Nie należy zmieniać leczenia u chorego, którego stan psychiczny jest zadowalający przy dotychczasowym leczeniu. Nie ma też uzasadnienia zmiana leczenia w sytuacji, gdy nie przeprowadzono następujących procedur:
1. weryfikacji rozpoznania
  2. oceny współpracy chorego przy leczeniu
  3. oceny trafności doboru leku przeciwpsychotycznego
  4. oceny wysokości dawki leku przeciwpsychotycznego
  5. oceny rachunku „korzyść : strata” wynikającego z perspektywy zmiany leku.
3. Klasyczne leki przeciwpsychotyczne mogą z powodzeniem być stosowane u różnych chorych i nie jest zalecane zmienianie leków klasycznych na LPIIG bez uzasadnienia.

#### A. TABELA I. ZESTAWIENIE ZASAD LECZENIA LEKAMI PRZECIWPASYCHOTYCZNYMI II GENERACJI

Lp	Nazwa leku	Zalecane dawki		Dawkowanie		Wskazania szczególne	Przeciwwskazania		Szczególne wymogi monitorowania
		min-max	I epizod	dziennie	stopniowe		bezwzględne	względne	
1.	amisulpryd	50-800	50-400	dawki podzielone	tak	objawy negatywne, objawy afektywne, aktywizacja chorych	hiperprolaktynemia, guz chromochłonny nadnerczy		poziom PRL
2.	aripirazol	10-30	10-20	jednorazowo lub dawki podzielone	nie	objawy negatywne, uprzednia zła tolerancja innych leków		niepokój, pobudzenie	
3.	kwetiapina	100-750	100-600	dawki podzielone	tak	objawy negatywne, średnie nasilenie objawów, objawy afektywne, nasilone objawy pozapiramidowe	wahania ciśnienia tętniczego krwi (zwłaszcza hipotonia, omdlenia), cukrzyca, BMI $\geq$ 30	BMI= 28-30	RR na początku leczenia, pomiar masy ciała, obwodu w talii
4.	olanzapina	5-25	5-20	jednorazowo lub dawki podzielone	nie	objawy pozytywne, objawy negatywne, niepokój, pobudzenie, bezsenność	zaburzenia metaboliczne, cukrzyca, BMI $\geq$ 30	nadwaga, BMI > 25, sedacja	pomiar masy ciała, obwodu w talii, poziom glukozy we krwi, lipidogram
5.	risperidon	1-6 (8)	1-5	dawki podzielone	tak	objawy negatywne, objawy pozytywne, aktywizacja chorych	hiperprolaktynemia,	objawy pozapiramidowe	poziom PRL

6.	sertindol	12-20	12-20	jednorazowo	tak	przy niemożliwości osiągnięcia skutecznego efektu leczenia (objawy negatywne, objawy pozytywne) innymi lekami przeciwpsychotycznymi, w tym przynajmniej jednym lekiem II generacji	zaburzenia przewodnictwa w m. sercowym, zespół wydłużonego odstępu QT, znaczne zaburzenia elektrolitowe (hypokaliemia, hipomagnezemia)	objawy pozapiramidowe	EKG, elektrolity (K, Mg)
7.	ziprasidon	40-160	20-120	dawki podzielone, podczas posiłków	tak	przy niemożliwości osiągnięcia skutecznego efektu leczenia (objawy pozytywne, objawy negatywne, zaburzenia metaboliczne) innymi lekami przeciwpsychotycznymi, w tym przynajmniej jednym lekiem II generacji	zaburzenie przewodnictwa w m. sercowym, znaczne zaburzenia elektrolitowe (hipokaliemia, hipomagnezemia)	objawy pozapiramidowe	EKG, elektrolity (K, Mg)
7a	ziprasidon iniekcje domięśniowe	10-40	10-20	10-20 mg	ewentualnie kolejna dawka po 2-4 godzinach. Okres leczenia maksymalnie 3 dni	szybkie opanowanie pobudzenia u chorych na schizofrenię, przy konieczności stosowania formy domięśniowej i niemożliwości osiągnięcia skutecznego efektu leczenia innymi lekami przeciwpsychotycznymi	zaburzenie przewodnictwa w m. sercowym, znaczne zaburzenia elektrolitowe (hipokaliemia, hypomagnezemia), świeży zawał mięśnia sercowego, niewyrównana niewydolność serca	objawy pozapiramidowe	EKG, elektrolity (K, Mg)
8.	risperidon o przedłużonym działaniu	25-50 co 2 tyg.	25-37,5 co 2 tyg.	podawanie doustne risperidonu lub innego neuroleptyku przez pierwsze 3 tygodnie leczenia	nie	nawrót objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego podczas terapii neuroleptykami	hiperprolaktynemia		

## B. WSKAZANIA DO STOSOWANIA LPIIG OBJĘTYCH PRZEPISAMI DOTYCZĄCYMI REFUNDACJI:

Schizofrenia

## C. SZCZEGÓLNE WSKAZANIA DO STOSOWANIA POSZCZEGÓLNYCH LPIIG OBJĘTYCH PRZEPISAMI DOTYCZĄCYMI REFUNDACJI:

**a) sertindol:** chorzy, u których nie obserwuje się zaburzenia przewodnictwa w m. sercowym, oraz dodatkowo, u których stan zdrowia psychicznego nie poprawił się lub poprawa ta nie była wystarczająca po uprzednim leczeniu innymi lekami

neuroleptycznymi, w tym co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji, lub chorzy, którzy źle tolerowali leczenie (sedacja, hiperprolaktynemia, objawy pozapiramidowe) innymi lekami neuroleptycznymi, w tym co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji

- b) ziprasidon:** chorzy, u których stan zdrowia psychicznego nie poprawił się lub poprawa ta nie była wystarczająca po uprzednim leczeniu innymi lekami neuroleptycznymi, w tym co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji, lub chorzy, którzy źle tolerowali leczenie (sedacja, hiperprolaktynemia, objawy pozapiramidowe) innymi lekami neuroleptycznymi, w tym co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji
- c) risperidon o przedłużonym działaniu:** chorzy, u których leczenie innymi lekami klasycznymi lub LPIIG nie dawało w przeszłości, lub nie daje obecnie pożądanego efektu z powodu uporczywego braku współpracy tych chorych przy leczeniu tymi lekami. Poprzez „udokumentowany uporczywy brak współpracy” chorego w leczeniu należy rozumieć długotrwałe (trwające co najmniej 4 tygodnie) i utrzymujące się mimo prób zmiany postępowania chorego, co najmniej jedno z poniższych:
1. niestosowanie się chorego do zaleceń lekarza w przedmiocie przyjmowania leku w zalecanej dawce i w zalecony sposób; przez zalecenia lekarza rozumie się poinformowanie chorego o konieczności i sposobie leczenia (czyli wyboru leku, jego dawkowania i formy podawania leku)
  2. stosowanie leków i ich dawek niezgodnych z zaleceniem lekarza
  3. dokonywanie przerw w przyjmowaniu leków, które nie są zalecane przez lekarza ani uzasadnione medycznie
  4. niezgłaszanie się na kolejne wizyty do lekarza w sytuacji, gdy powoduje to niezalecane zmiany w przyjmowaniu leków

#### D. SZCZEGÓŁOWE SYTUACJE KLINICZNE, W KTÓRYCH POSZCZEGÓLNE LPIIG NIE SĄ ZALECANE:

- a) amisulpryd: hiperprolaktynemia i kliniczne objawy wzrostu poziomu PRL
- b) aripiprazol: znaczne pobudzenie, agitacja,
- c) kwetiapina: niestabilizowane nadciśnienie tętnicze, skłonności do ortostatycznych spadków ciśnienia krwi
- d) olanzapina: zespół metaboliczny, cukrzyca typu I lub II, BMI > 30
- e) risperidon: hiperprolaktynemia i kliniczne objawy wzrostu poziomu PRL, nasilone objawy pozapiramidowe
- f) sertindol: wydłużenie odstępu QT, zaburzenia przewodnictwa w m. sercowym, choroby krążenia przebiegające z zaburzeniami rytmu serca
- g) ziprasidon: wydłużenie odstępu QT, zaburzenia przewodnictwa w m. sercowym, choroby krążenia przebiegające z zaburzeniami rytmu serca, nasilone objawy pozapiramidowe
- h) risperidon o przedłużonym działaniu – patrz pkt. e)

---

## E. ZASADY OGÓLNE MONITOROWANIA LECZENIA LPIIG:

1. Zasady leczenia LPIIG nie różnią się od zasad stosowania neuroleptyków w ogóle.
  - a) Przed rozpoczęciem leczenia konieczne jest zebranie wywiadu w kierunku chorób somatycznych, także chorób w rodzinie, palenia tytoniu, innych używek, diety i aktywności fizycznej oraz badanie fizykalne, pomiar RR i czynności serca.
  - b) Rekomendowane badania laboratoryjne przed rozpoczęciem leczenia obejmują: morfologię krwi, aktywność transaminazy asparaginowej i alaninowej, poziom bilirubiny, poziom kreatyniny, stężenie elektrolitów, glikemię na czczo, lipidogram na czczo. W uzasadnionych przypadkach należy rozważyć wykonanie oznaczenia poziomu prolaktyny i hormonów tarczycy (TSH, FT4).
  - c) Ponadto, należy rozważyć wykonanie EKG. W przypadku wydłużenia odstępu QT do 500 msek konieczne jest odstawienie leku. Gdy wartość odstępu QT wynosi  $> 450$  msek (do 500 msek) lub w przypadku wydłużenia o ponad 60 msek w porównaniu z wartością wyjściową (przed wprowadzeniem leku), utrzymywanie leczenia tym lekiem może być uzasadnione jedynie wtedy, gdy udowodniono brak skuteczności stosowania innych leków przeciwpsychotycznych (klasycznych i II generacji). Warunkiem prowadzenia takiego leczenia jest stałe monitorowanie parametrów EKG.
  - d) Należy ocenić wskaźnik masy ciała (BMI) oraz zmierzyć obwód w talii
2. W czasie leczenia zaleca się:
  - a) regularnie przeprowadzać badanie fizykalne, pomiar RR i czynności serca
  - b) w przypadku leków wpływających na odstęp QT wykonywać badania EKG w czasie zwiększania dawki leku, a następnie po osiągnięciu dawki docelowej.
  - c) oceniać masę ciała po 4 i 12 tygodniach leczenia, a następnie co 3 miesiące. Obwód w talii należy oceniać co 3 miesiące, potem co roku.
  - d) zbadać poziom glikemii na czczo, wykonać badanie morfologiczne krwi, aktywność transaminaz, poziom kreatyniny i elektrolitów co najmniej w 12 tygodniu leczenia, potem po 6 i 12 miesiącach leczenia, następnie raz w roku.
  - e) ocenić lipidogram na czczo po 12 tygodniach leczenia, a następnie raz w roku.
  - f) w przypadku jakichkolwiek wątpliwości, wyników nieprawidłowych badań laboratoryjnych lub wystąpienia jakichkolwiek objawów chorobowych nie związanych ze schorzeniem podstawowym, konieczne jest badanie fizykalne chorego oraz wykonanie badań uzasadnionych aktualną wiedzą medyczną, ewentualnie konsultacja lekarza innej specjalności.
3. Monitorowanie bezpieczeństwa stosowania LPIIG obejmuje także zdobywanie

szczegółowych informacji (wywiad) dotyczących równoczesnego stosowania jakichkolwiek innych leków, zarówno psychotropowych jak i innych, oraz substancji psychoaktywnych. W ocenie objawów niepożądanych, jak i sposobu postępowania przy wystąpieniu tych objawów, należy zawsze brać pod uwagę ewentualne interakcje z lekami stosowanymi jednocześnie z LPIIG.

#### F. ZASADY SZCZEGÓŁOWE MONITOROWANIA LECZENIA LPIIG:

a) **amisulpryd**: badanie poziomu PRL po 4-8 tyg. leczenia. W przypadku klinicznych objawów mogących sugerować wzrost poziomu prolaktyny (zaburzenia miesiączkowania, mlekotok, ginekomastia, zaburzenia libido) konieczne niezwłoczne badanie poziomu PRL, powtarzane co 2-4 tygodnie w czasie leczenia amisulprydem. W przypadku stwierdzenia wartości PRL powyżej normy wskazane jest przerwanie podawania amisulprydu i zmiana na inny lek przeciwpsychotyczny. Zalecany jest LPIIG lub lek klasyczny, z wyjątkiem sulpirydu. Należy unikać zmiany na risperidon lub haloperidol, raczej zastosować olanzapinę, kwetiapinę, aripiprazol. Jeżeli stosowanie innych leków niż amisulpryd jest niemożliwe (poprawa stanu psychicznego chorego utrzymuje się jedynie przy leczeniu amisulprydem), jako ostateczność można rozważyć:

A) zmniejszenie dawki amisulprydu i dodanie innego leku przeciwpsychotycznego, o niskim potencjale wywoływania hiperprolaktynemii (kwetiapina, olanzapina, aripiprazol) także w dawkach mniejszych niż zalecane;

B) stosowanie jednocześnie z amisulprydem leku obniżającego poziom prolaktyny (bromokryptyna, kabergolina) w dawkach możliwie najniższych, uzależnionych od zmiany poziomu PRL badanego co tydzień aż do chwili wyrównania poziomu PRL, a potem kontrolowanego co 4 tygodnie.

b) **aripiprazol**: patrz zalecenia ogólne – pkt. E)

#### c) **kwetiapina**:

i) wywiad dotyczący wahaní ciśnienia tętniczego krwi (ewentualne omdlenia, inne objawy wahaní ciśnienia krwi), pomiar ciśnienia krwi przed rozpoczęciem leczenia i codziennie przez pierwszy tydzień leczenia, następnie co 2 dni przez drugi tydzień leczenia i przy każdej następnej wizycie. W przypadku wystąpienia zmiany ciśnienia krwi, szczególnie hipotonii, konieczne jest dokonywanie pomiarów ciśnienia tętniczego krwi oraz częstości pracy serca dwa razy dziennie (rano i wieczorem) przez cały okres, kiedy objawy takie się utrzymują. W takich przypadkach należy rozważyć zmianę dawki kwetiapiny, zmniejszenie tempa wzrostu dawki (w początkowym okresie leczenia), ewentualnie zmianę dawkowania (większa dawka w godzinach wieczornych). Hipotonię leczy się podając leki podnoszące ciśnienie tętnicze krwi (niketamid, midodryna). Hipertonie – odpowiednimi lekami przeciw nadciśnieniu; wskazana jest konsultacja z lekarzem internistą.

ii) pomiar masy ciała i BMI: przed rozpoczęciem leczenia, po 2 i 4 tygodniach leczenia i następnie co miesiąc. W przypadku stwierdzenia wzrostu masy ciała i/lub BMI, konieczne wprowadzenie odpowiedniej diety (porcji podzielone, unikanie

„przekąsek” między porami posiłków, ograniczenie tłuszczów zwierzęcych i cukrów, wzrost spożycia owoców, warzyw), zalecenie wzmoczenia aktywności ruchowej. Reszta zaleceń: patrz zalecenia dotyczące leczenia olanzapiną.

**d) olanzapina:**

Wywiad w kierunku zmian masy ciała, zaburzeń metabolicznych, obciążenia rodzinnego (otyłość, cukrzyca). Pomiar masy ciała, obwodu w talii i BMI przed leczeniem, po 2 i 4 tygodniach leczenia, następnie raz w miesiącu. W przypadku stwierdzenia wzrostu masy ciała i/lub BMI, konieczne wprowadzenie odpowiedniej diety (posiłki podzielone, unikanie „przekąsek” między porami posiłków, ograniczenie tłuszczów zwierzęcych, cukrów i innych produktów wysokokalorycznych, wzrost spożycia owoców, warzyw), zalecenie wzmoczenia aktywności ruchowej (ćwiczenia fizyczne). Zaleca się konsultację u dietetyka. W przypadku nieskuteczności wymienionych sposobów ograniczenia przyrostu masy ciała, konieczne jest przeprowadzenie rachunku „korzyść : strata”. Jeżeli chory chce dalej kontynuować leczenie, przyrost masy ciała nie jest dla niego problemem, jego ogólny stan jest dobry, a poprawa stanu psychicznego zadowalająca, można rozważyć kontynuację leczenia olanzapiną i utrzymanie sposobów ograniczenia wzrostu masy ciała. Jeżeli chory nie akceptuje przyrostu masy ciała lub jeżeli stan somatyczny chorego sugeruje, że wzrost masy ciała ma określone niekorzystne konsekwencje zdrowotne, należy zmienić leczenie na lek przeciwpsychotyczny o niższym potencjale powodowania nadwagi (aripiprazol, amisulpryd, risperidon, ziparsidon lub lek klasyczny). Nie zaleca się zmiany leczenia z powodu przyrostu masy ciała z olanzapiny na klozapinę. Wskazaniem do odstawienia olanzapiny jest szybki wzrost masy ciała chorego (wartość graniczna BMI = 30) i wystąpienie objawów nietolerancji glukozy (poziom glukozy we krwi > 110 mg% w dwóch kolejnych badaniach przeprowadzonych na czczo w odstępie 1 dnia).

**e) risperidon:**

i) wywiad w kierunku objawów hiperprolaktynemii, ewentualne postępowanie – patrz zalecenia dotyczące leczenia amisulprydem.

ii) wywiad w kierunku objawów pozapiramidowych. W przypadku wystąpienia objawów pozapiramidowych, zmniejszenie dawki risperidonu, dołączenie leku korygującego (biperiden, pridinol). W przypadku nasilonych i uporczywych objawów pozapiramidowych – zmiana leku na inny, o mniejszym potencjale wywoływania tych objawów (olanzapina, kwetiapina, aripiprazol)

**f) sertindol:**

i) wywiad w kierunku chorób układu krążenia, szczególnie zaburzeń rytmu serca, oznaczenie stężenia elektrolitów (K, Mg),

ii) wykonanie badania EKG przed rozpoczęciem leczenia, następnie co najmniej po 3 tygodniach i po 3 miesiącach leczenia. W uzasadnionych przypadkach zaleca się częstsze wykonywanie badania EKG: co tydzień przez pierwszy miesiąc leczenia, a następnie raz w miesiącu. W przypadku stwierdzenia wydłużenia odstępu QT powyżej

450 msek, lub w przypadku wydłużenia o ponad 60 msek w porównaniu z wartością wyjściową (przed wprowadzeniem leku) zaleca się zmniejszenie dawki sertindolu i kontrolę EKG codziennie aż do unormowania się odstępu QT. W przypadku utrzymywania się i/lub narastania wydłużenia odstępu QT do 500 msek konieczne jest odstawienie leku. Te same zasady obowiązują w przypadku wystąpienia jakichkolwiek skarg chorego dotyczących układu krążenia.

**g) ziprasidon:**

i) wywiad w kierunku objawów pozapiramidowych. W przypadku wystąpienia objawów pozapiramidowych zmniejszenie dawki ziprasidonu, dołączenie leku korygującego (biperiden, pridinol). W przypadku nasilonych i uporczywych objawów pozapiramidowych – zmiana leku na inny, o mniejszym potencjale wywoływania tych objawów (olanzapina, kwetiapina, aripiprazol).

ii) wywiad w kierunku chorób układu krążenia, szczególnie zaburzeń rytmu serca, oznaczenie stężenia elektrolitów (K, Mg). W przypadku wystąpienia objawów zaburzeń rytmu serca lub innych ze strony układu krążenia konieczne wykonanie badania EKG i konsultacja lekarza internisty/kardiologa. W takich przypadkach należy rozważyć odstawienie leku i zmianę na lek przeciwpsychotyczny o niskim potencjale wywoływania zaburzeń ze strony układu krążenia (aripiprazol, olanzapina, kwetiapina).

**h) risperidon o przedłużonym działaniu:**

i) wywiad w kierunku objawów hiperprolaktynemii, ewentualne postępowanie – patrz zalecenia dotyczące leczenia amisulprydem.

ii) wywiad w kierunku objawów pozapiramidowych. W przypadku wystąpienia objawów pozapiramidowych zmniejszenie dawki risperidonu, dołączenie leku korygującego (biperiden, pridinol). W przypadku nasilonych i uporczywych objawów pozapiramidowych – zmiana leku na inny, o mniejszym potencjale wywoływania tych objawów (olanzapina, kwetiapina, aripiprazol). W przypadku konieczności stosowania leku o przedłużonym działaniu zmiana na klasyczny lek depot o jak najmniejszym potencjale wywoływania objawów pozapiramidowych (np. flupentiksol).

**G. DOKUMENTACJA MEDYCZNA**

1. W każdym przypadku zalecenia choremu LPIIG należy ten fakt odnotować w dokumentacji medycznej tego chorego i odpowiednio uzasadnić (rozpoznanie, dotychczasowe leczenie, przyczyny zmiany leczenia). Uwaga: zalecenie stosowania sertindolu, ziprasidonu lub risperidonu o przedłużonym działaniu dotyczy określonych grup chorych i adnotacja w dokumentacji medycznej musi uzasadniać stosowanie tych leków u takich chorych.
2. Jeżeli konieczne jest monitorowanie leczenia, adnotacje o prowadzeniu monitorowania muszą znaleźć się także w dokumentacji medycznej chorego.

Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii  
*prof. dr Marek Jarema*



## ZALECENIA DOTYCZĄCE STOSOWANIA PREPARATÓW KLOZAPINY

Postęp w zakresie psychofarmakoterapii nakłada na lekarzy obowiązek stałego aktualizowania wiedzy oraz weryfikacji obowiązujących zasad postępowania medycznego. Wprowadzenie wielu nowych leków psychotropowych oraz zmiany w zaleceniach dotyczących ich stosowania zmuszają do refleksji nad zasadami prowadzenia skutecznej i bezpiecznej farmakoterapii. Dlatego konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii w porozumieniu z Zarządem Głównym Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego podjął zadanie aktualizacji zaleceń dotyczących stosowania klozapiny w praktyce, wychodząc z założenia, że uprzednio wydane zalecenia dotyczące tej kwestii wymagają weryfikacji i konfrontacji z postępem wiedzy medycznej.

W tym celu powołano Zespół Roboczy w składzie:

przewodniczący – prof. dr hab. **Janusz Rybakowski** (przewodniczący Sekcji Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego)

członek – prof. dr hab. **Małgorzata Rzewuska** (wiceprzewodnicząca Sekcji Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego)

członek – dr hab. **Jan Jaracz** (wiceprzewodniczący Sekcji Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego)

który przedstawił projekt „Zaleceń” poddany następnie konsultacjom w Prezydium Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Po szerokiej konsultacji i uwzględnieniu uwag wydano następujące zalecenia:

1. Wskazaniem do stosowania preparatów klozapiny są wymagające farmakoterapii zaburzenia psychotyczne w przypadku braku efektu innych leków neuroleptycznych lub gdy inne neuroleptyki powodowały ciężkie i trudne do opanowania objawy neurologiczne (zespoły parkinsonowskie, późne dyskinezy), lub gdy występują uporczywe zachowania impulsywne, agresywne i samobójcze. Ze względu na większe, niż innych leków, ryzyko powikłań po stosowaniu klozapiny przed decyzją o rozpoczęciu leczenia klozapiną zaleca się przeprowadzenie leczenia co najmniej dwoma innymi lekami przeciwpsychotycznymi.
2. Klozapiny nie należy stosować doraźnie, np. w celu uspokojenia chorego oraz wykorzystania jej działania nasennego.
3. Klozapinę można stosować tylko u chorych z prawidłową liczbą leukocytów i prawidłowym obrazem białokrwinkowym, przy braku w wywiadzie granulocytopenii, agranulocytozy lub mielocytopenii, po stosowaniu jakiegokolwiek leku. W szczególności nie wolno stosować klozapiny u osób, u których w przeszłości stwierdzono leukopenię i/lub granulocytopenię przy leczeniu preparatami klozapiny. Leczenia klozapiną nie należy rozpoczynać, jeśli liczba białych krwinek (WBC) jest mniejsza niż  $3500/\text{mm}^3$ . Klozapiny nie wolno łączyć z jakimikolwiek lekami mielostatycznymi, ani też stosować u chorych z zaburzeniami czynności szpiku kostnego.

4. Warunkiem stosowania klozapiny jest zapewnienie współpracy pacjenta w leczeniu, umożliwiające ocenę składu krwi w okresie leczenia. Lekarz psychiatra prowadzący leczenie odpowiedzialny jest za monitorowanie czynności układu krwiotwórczego u chorego w czasie leczenia klozapiną. Podczas leczenia klozapiną niezbędna jest regularna ocena obrazu krwi: co tydzień przez pierwsze 18 tygodni, a następnie co 4 tygodnie w ciągu całego dalszego okresu leczenia.
5. Pacjent z chorobą serca w wywiadzie lub z odbiegającymi od normy wynikami badania kardiologicznego powinien być skierowany na konsultację do internisty lub kardiologa, a leczenie klozapiną powinno być wdrożone tylko wtedy, gdy korzyść z jego stosowania przeważa nad ryzykiem powikłań kardiologicznych. U chorego leczonego klozapiną należy okresowo kontrolować też czynność wątroby.
6. Przy leczeniu klozapiną zalecana jest monoterapia. Leku nie należy łączyć z neuroleptykami podawanymi w postaci o przedłużonym działaniu (tzw. depot) ze względu na brak możliwości szybkiego zaprzestania ich działania w organizmie, w przypadku np. wystąpienia granulocytopenii. Należy zachować ostrożność przy łączeniu klozapiny z karbamazepiną z uwagi na kumulację ryzyka obniżenia liczby leukocytów. Leki hamujące izoenzym CYP1A2 (np. fluwoksamina) lub CYP2D6 (np. fluoksetyna) mogą spowodować zwiększenie stężenia klozapiny w surowicy, co powoduje potrzebę odpowiedniego dostosowania dawek obu leków. Należy również pamiętać, że klozapina obniża próg drgawkowy, co wymaga odpowiedniego dostosowania jej dawki, a w uzasadnionych przypadkach ewentualnego dodania leku przeciwpadaczkowego. Ryzyko wystąpienia drgawek jest większe w przypadku szybkiego zwiększania dawki oraz stosowania wysokich dawek klozapiny (600–900 mg/dobę)
7. Podczas każdej wizyty lekarskiej pacjentowi otrzymującemu klozapinę należy przypomnieć, aby skontaktował się ze swoim lekarzem prowadzącym natychmiast, gdy zaczynają się rozwijać jakiegokolwiek objawy infekcji. Szczególnej uwagi wymagają objawy grypopodobne, takie jak gorączka lub ból gardła lub inne objawy infekcji, które mogłyby wskazywać na neutropenię. W przypadku wystąpienia jakichkolwiek podmiotowych lub przedmiotowych objawów infekcji natychmiast należy oznaczyć wzór odsetkowy krwinek białych.
8. W czasie leczenia klozapiną, w razie wystąpienia podwyższonej ciepłoty ciała, objawów wskazujących na możliwość infekcji, lub gdy liczba białych krwinek jest mniejsza niż 3500 w  $\text{mm}^3$ , należy natychmiast powtórzyć badanie krwi. Przy bezwzględnej liczbie granulocytów mieszczących się w przedziale 1500–2000 w  $\text{mm}^3$  konieczne jest badanie liczby leukocytów i granulocytów co najmniej 2 razy w tygodniu. Przy spadku liczby leukocytów poniżej 3000 w  $\text{mm}^3$  lub bezwzględnej liczby granulocytów poniżej 1500 w  $\text{mm}^3$  należy przerwać stosowanie klozapiny i codziennie kontrolować obraz krwi. Jeżeli w czasie leczenia klozapiną liczba białych ciałek krwi zmniejsza się znacznie poniżej wartości początkowej, to należy

ponownie oznaczyć liczbę białych krwinek i ich wzór odsetkowy. Za istotny uważa się spadek liczby białych krwinek o  $3000/\text{mm}^3$  lub więcej w jednym oznaczeniu, lub całkowity spadek o  $3000/\text{mm}^3$  lub więcej w ciągu 3 tygodni. Konsultacja hematologiczna jest niezbędna, kiedy pomimo odstawienia leku liczba białych krwinek zmniejsza się poniżej  $2000$  w  $\text{mm}^3$  i/lub liczba granulocytów obojętnochłonnych zmniejsza się poniżej  $1000$  w  $\text{mm}^3$ . Jeżeli po przerwaniu leczenia nastąpi dalszy spadek leukocytów poniżej  $1000$  w  $\text{mm}^3$  lub granulocytów poniżej  $500$  w  $\text{mm}^3$ , pacjent wymaga hospitalizacji i leczenia pod kontrolą internisty lub hematologa.

Przewodniczący Sekcji  
Psychofarmakologii  
ZG PTP  
*prof. dr Janusz Rybakowski*

Konsultant krajowy  
w dziedzinie psychiatrii  
*prof. dr Marek Jarema*

Warszawa, dnia 17 grudnia 2007 r.

# OMÓWIENIA KSIĄŻEK I CZASOPISM

Kołąkowski A., Wolańczyk T., Pisula A., Skotnicka M., Bryńska A.,  
ADHD – ZESPÓŁ NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ.  
PRZEWODNIK DLA RODZICÓW I WYCHOWAWCÓW  
Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2007-12-06

ADHD jest obecnie jednym z najczęściej rozpoznawanych zaburzeń psychicznych wśród dzieci. Również w Polsce obserwowany jest znaczący wzrost ilości osób w wieku rozwojowym, którym stawiane jest to rozpoznanie. Zbiegło się to w naszym kraju z intensywnymi i wielokierunkowymi kampaniami reklamowymi firm farmaceutycznych, wprowadzających na rynek leki stosowane w leczeniu ADHD. Podobne zależności obserwowane były również w innych krajach. Skłania to wielu klinicystów do znacznej ostrożności w podejściu do tego zaburzenia. W skrajnych przypadkach wręcz do podważania istnienia ADHD. Z drugiej strony można obserwować swoistą modę na to rozpoznanie. W powszechnym społecznym odczuciu, i tu chyba widać wysiłek firm farmaceutycznych, ADHD jest spostrzegane jako schorzenie uwarunkowane jedynie genetycznie i łatwe w farmakologicznym leczeniu. Między innymi z tego powodu ADHD staje się etykietą dla dzieci z różnorodnymi problemami wychowawczymi, emocjonalnymi i zaburzeniami psychicznymi. Coraz częściej diagnoza ADHD stawiana jest pomiędzy systemem rodzinnym, nauczycielem a pedagogiem szkolnym, bez uważnej diagnozy psychiatrycznej biorącej pod uwagę inne uwarunkowania nadpobudliwości u dziecka.

Wydaje się więc, iż intensywna edukacja lekarzy, rodziców jak i pracowników oświaty w kontekście ADHD uchronić może dzieci zarówno przed nierozpoznananiem ADHD, jak i nadmiernym nieuprawnionym rozpoznawaniem tego zaburzenia. Rolę to w znakomity sposób spełnia podręcznik ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców autorstwa Artura Kołąkowskiego, Tomasza Wolańczyka, Agnieszki Pisuli, Magdaleny Skotnickiej, Anity Bryńskiej. Jak przystało na pozycję skierowaną przede wszystkim do nieprofesjonalistów książka napisana jest przystępnym językiem. Pomimo tego brak w niej nadmiernych uproszczeń omawianego tematu. W pierwszej części autorzy wprowadzają podstawowe informacje o ADHD, takie jak: ogólny opis zjawiska, objawy, rozpowszechnienie. Ważnym uzupełnieniem powyższych wiadomości o syndromie jest przybliżenie czytelnikom trudności jakie towarzyszą osobistemu i rodzinnemu życiu osób z objawami ADHD. Zagadnienie to omówione jest w szerokiej perspektywie czasowej, uwzględniającej przebieg i powikłania zespołu w wieku dorosłym. Część pierwszą kończy rozdział o powikłaniach zespołu. Autorzy analizują w nim takie zagadnienia jak związek ADHD z większą częstością wypadków i urazów, objadaniem się, trudnościami w budowaniu relacji rówieśniczych, uzależnieniami i brakiem wystarczającej troski o swoje zdrowie.

Na początku części drugiej poruszone zostały bardziej specjalistyczne zagadnienia związane z zasadami diagnozy ADHD, diagnozą różnicową, rolą poszczególnych specjalistów w procesie stawiania rozpoznania. Kolejne rozdziały dotyczą takich ważnych zagadnień jak leczenie farmakologiczne, wpływ diety na objawy, powiązaniem między ADHD a chorobą tików czy problemami z zachowaniem.

Ostatnia, najważniejsza z perspektywy celu publikacji część książki, poświęcona jest zasadom postępowania z dziećmi z ADHD w środowisku rodzinnym i szkolnym. W poszczególnych rozdziałach omówione zostały zasady i strategie pomocne w takich typowych

sytuacjach, z którymi konfrontują się opiekunowie dzieci z ADHD, jak np. łamanie norm, niesłuchanie poleceń, impulsywne zachowania, trudności w skupieniu uwagi i inne. Autorzy omawiają najskuteczniejsze techniki radzenia sobie z objawami nadpobudliwych dzieci. Wydają się one rezultatem nie tylko lektur innych podręczników ale wynikiem żmudnych własnych doświadczeń. Część merytoryczną podręcznika kończy 13 zasad do jakich powinni stosować się nauczyciele pracujący z uczniami z problemem ADHD. Należy tylko życzyć by nie była to pechowa trzynastka.

**Maciej Pilecki**

PS: Jeśli szanowny Czytelniku oburzałeś się w trakcie lektury powyższej recenzji za brak komentarza dotyczącego relacji pomiędzy amerykańskim ADHD a europejskim Zespołem Hiperkinetycznym to gratuluję znajomości zagadnienia oraz ICD-10 i DSM-IV TR. Pozostałych czytelników odsyłam do recenzowanej pozycji.

Pierre Dessuant

## NARCYZM. PRZEGLĄD KONCEPCJI PSYCHOANALITYCZNYCH

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007

Przekład: Zuzanna Stadnicka-Dmitriew

Książka *Narcyzm. Przegląd koncepcji psychoanalitycznych* jest kolejną pozycją Gdańskiego Wydawnictwa Psychologicznego z serii *Psychoanaliza*. Autor już w tytule sugeruje, że tematem jest narcyzm w różnych ujęciach analitycznych.

Książka podzielona jest na cztery części poprzedzone wprowadzeniem, w którym autor wyjaśnia genezę pojęcia *narcyzm*, przypomina również mit o Narcyzie.

Pierwsza część zawiera wyjaśnienia niektórych terminów psychoanalitycznych między innymi narcyzmu pierwotnego i narcyzmu wtórnego. Autor w klarowny sposób przedstawia różnice między nimi.

Druga część poświęcona jest narcyzmowi pierwotnemu. Przedstawione są tu różne koncepcje między innymi Freuda, Balinta, Nachta i Melanii Klein na temat narcyzmu pierwotnego oraz nieodłącznej z pojęciem narcyzmu teorii *Ja*. Teorie niektórych analityków przedstawione są klarownie, między innymi Freuda z zaznaczeniem ewolucji jego teorii na temat narcyzmu pierwotnego, lub Balinta, który odrzuca w ogóle pojęcie narcyzmu pierwotnego. Niektóre z teorii opisane w części drugiej, przedstawione są mniej jasno, a to rodzi pewne wątpliwości co do ich treści.

Rozdział trzeci poświęcony jest pojęciu *Idealu Ja*. Zawiera definicje, opis ewolucji i budowania *idealu Ja* oraz jego znaczenie w rozwoju jednostki i w psychologii zbiorowej.

Rozdział czwarty zawiera opis narcyzmu wtórnego jako skierowania libido do podmiotu. Przedstawione są tu różnice poglądów myślicieli, dotyczących genezy narcyzmu wtórnego w życiu jednostki. Najszerzej opisane są poglądy Freuda, który narcyzm wtórny określa jako wycofanie libido z obiektów zewnętrznych do podmiotu. Narcyzm wtórny występuje w stanach patologicznych – psychozach, chorobach organicznych, hipochondrii, ale także w normalnych okolicznościach życia np. we śnie. Jednak bez względu na intensywność wycofania libido relacja obiektów ze światem zawsze trwa, wycofanie nigdy nie jest całkowite. Do największego wycofania dochodzi w psychozach schizofrenicznych. Narcyzm wtórny stanowi rdzeń zaburzeń psychicznych. Chociaż wyraża się w bardzo różnorodnych formach, to jego istota jest zawsze taka sama.

Można zatem poważić się na stwierdzenie, że narcyzm występuje zawsze, z różnym nasileniem, od głębokich zaburzeń do względnego zdrowia, a rozwój osobisty polega na wyłanianiu się z własnego narcyzmu.

Podsumowując lekturę, mogę stwierdzić, że jest ona interesująca i osobiście polecam ją szczególnie początkującym terapeutom.

**Bogumiła Kadela**

## WSPOMNIENIE POŚMIERTNE

### **Prof. AMG dr hab. n. med. Halina Sulestrowska 1928–2007**



Profesor Halina Sulestrowska urodziła się 30 kwietnia 1928 roku w Warszawie. Tam skończyła szkołę powszechną, uczęszczała na tajne komplety, oficjalnie ucząc się w Szkole Gospodarstwa Domowego i w Szkole Bieliźniarsko-Krawieckiej. W 1944 roku, po upadku powstania warszawskiego, została wraz z matką wywieziona do obozu pracy w Falkenesee, pod Berlinem. Po wyzwoleniu osiedliła się w Piotrkowie Trybunalskim, gdzie ukończyła Liceum Humanistyczne. Po maturze rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku. Dyplom lekarza medycyny uzyskała w 1952 roku. Po ukończeniu studiów przez dwa lata pracowała w Klinice Neurologicznej AMG. Od 1955 roku związana była z Kliniką Chorób Psychiczych AMG, gdzie pod kierunkiem prof. Tadeusza Bilikiewicza uzyskała – jako jedna z pierwszych w Polsce – specjalizację z pedopsychiatrii, stopień naukowy doktora, a następnie doktora habilitowanego. Należała do grona najwyższej cenionych przez Profesora pracowników kliniki. W Jej osobie znalazł Profesor gorącego orędownika rozwoju w naszym kraju psychiatrii dziecięcej. Oddała też wielkie zasługi środowisku psychiatrów pełniąc przez wiele lat funkcję sekretarza „Psychiatrii Polskiej”. W 1975 roku wraz z oddziałem dziecięcym kliniki przeniosła się do Specjalistycznego Psychiatryczno-Neurologicznego ZOZ w Gdańsku-Srebrzysku. Zachowując status nauczyciela akademickiego, chlubnie kontynuowała swoje oddanie psychiatrii dzieci i młodzieży, pełniąc obowiązki ordynatora oddziału psychiatrii dziecięcej, aż do czasu przejścia na emeryturę w 1996 roku.

Profesor Halinę Sulestrowską pamiętać będziemy jako wzorowego lekarza, szczerze oddanego chorym dzieciom, który wcielał ideę holistycznego spojrzenia w codziennej praktyce. Jej zawdzięczamy pierwsze w naszym regionie prowadzenie nowatorskich, na ówczesne czasy, form leczenia opartego o społeczność terapeutyczną i terapię rodzinną. Wszyscy, którzy mieli szczęście i zaszczyt z Nią współpracować, pozostają pod wrażeniem Jej ogromnej wiedzy, którą z wielką cierpliwością potrafiła przekazywać. Profesor pozostawiła znaczący dorobek naukowy, głównie w zakresie zaburzeń psychotycznych u dzieci oraz dotyczący zaburzeń odżywiania.

Panią Profesor pamiętać będziemy przede wszystkim jako osobę nadzwyczaj skromną, mądrą i prawą: Profesor nie zabiegała o zaszczyty, nie szukała rozgłosu. Spełniała misję swojego życia – leczyła i pomagała dotkniętym przez los dzieciom. Zasłużyła na nasz szacunek i wdzięczność za wszelkie dobro, jakie wyświadczyła. Odeszła, jak żyła. Taki Jej obraz pozostaje w naszych sercach i umysłach.

*dr Izabela Łucka, prof. Zbigniew Nowicki*

## REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC w „Psychiatrii Polskiej”

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

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

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

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

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

4. W pracach oryginalnych, poglądowych, kazuistycznych oraz doniesieniach

tymczasowych, poniżej tytułu w języku polskim należy wpisać tytuł w języku angielskim, następnie nazwisko autora, nazwę instytucji i nazwisko jej kierownika. Dotyczy to publikacji, opartych na materiale, metodologii i środkach tych instytucji.

Na ostatniej stronie pracy należy zamieścić adres dla korespondencji.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

nowego wiersza i poprzedzona numerem, powinna zawierać (standard Vancouver):

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

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

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

8. W każdej nadsyłanej pracy należy odnotować fakt jakiegokolwiek formy finansowania lub dofinansowania opisywanych badań lub samego opracowania (np. w przypisie na pierwszej stronie: „badania sponsorowane przez firmę ...”) lub stwierdzić: „Badanie nie było sponsorowane”. Do prac doświadczalnych zawierających wyniki badań na ludziach (kryjących element ryzyka) należy dołączyć pisemną akceptację projektu badań właściwej terenowej komisji etyki.

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

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

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

kwalifikowania pracy do druku redakcja zwraca ją autorowi.

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

spełniających wszystkie wymagania merytoryczne i formalne.

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

14. Autorzy otrzymują po 20 odbitek na koszt redakcji.

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

# Ceny prenumeraty i pojedynczych egzemplarzy

oraz sposób zamawiania wydawnictw

Komitetu Redakcyjno-Wydawniczego  
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

## PSYCHIATRIA POLSKA

<b>2008 – prenumerata roczna</b>	<b>80,00 zł</b>
<b>2008 – pojedynczy zeszyt</b>	<b>25,00 zł</b>

Dla członków PTP prenumerata bezpłatna  
(w ramach składki członkowskiej)

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

2007 – prenumerata roczna	80,00 zł
2007 – pojedynczy zeszyt	25,00 zł
2006 – prenumerata roczna	80,00 zł
2006 – pojedynczy zeszyt	25,00 zł

## PSYCHOTERAPIA

<b>2008 – prenumerata roczna</b>	<b>60,00 zł</b>
<b>2008 – pojedynczy zeszyt</b>	<b>20,00 zł</b>

Dla członków PTP prenumerata bezpłatna  
(w ramach składki członkowskiej)

2007 – prenumerata roczna	60,00 zł
2007 – pojedynczy zeszyt	20,00 zł
2006 – prenumerata roczna	55,00 zł
2006 – pojedynczy zeszyt	20,00 zł

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

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

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

**Uwaga! Prenumerata może być realizowana dopiero po jej opłaceniu.**

## BIBLIOTEKA PSYCHIATRII POLSKIEJ

w serii ukazały się następujące pozycje:

**Zachowania agresywne. Przeciwdziałanie, leczenie**

pod redakcją J. Meder (35)

**Współwystępowanie zaburzeń psychicznych a choroba afektywna dwubiegunowa**

Bartosz Grabski, Dominika Dudek (25)

**Mózg i psyche. W stulecie utworzenia Katedry Psychiatrii i Neuropatologii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Pokłosie jubileuszowego sympozjum**

pod red. Jacka Bomby i Macieja Pileckiego (35 zł)

**Psychoterapia schizofrenii**

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

**Powikłania somatyczne jądłowstrętu psychicznego**

pod red. J. Rabe-Jabłońskiej (35 zł)

**Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: podejścia, metody, techniki. Tom 2.**

pod. red. B. Józefik i M. Pileckiego (35 zł)

**Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia**

Konstantinos Tsirigotis, Wojciech Gruszczyński (35 zł)

**Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej**

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

**Pacjenci z podwójną diagnozą – problemy diagnostyczne i terapeutyczne**

pod red. J. Meder (35 zł)

**Rola czynników zakaźnych w zaburzeniach psychicznych**

pod red. F. Rybakowskiego (30 zł)

**Epidemiologia zaburzeń psychicznych**

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

**Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co kiedy, komu**

pod red. J. Bomby i B. Józefik (25 zł)

**Genetyka molekularna zaburzeń psychicznych**

pod red. J. Rybakowskiego i J. Hauser (25 zł)

**Problemy zdrowia psychicznego kobiet**

pod red. J. Meder (25 zł)

**Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie**

pod red. J. Bomby (20 zł)

**Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie 2.**

pod red. J. Bomby i B. de Barbaro (25 zł)

**Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie 3.**

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

**Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie 4.**

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

**Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży**

pod red. I. Namysłowskiej (25 zł)

**Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie**

pod red. J. Meder (20 zł)

*(Ciąg dalszy na następnej stronie)*

**Zaburzenia snu. Diagnostyka i leczenie**

pod red. Z. Nowickiego i W. Szelenbergera (20 zł)

**Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej**

pod red. S. Ledera i C. Brykczyńskiej (20 zł)

**Psychiatria Konsultacyjna, Psychiatria Liaison**

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

**Psychoterapia, psychiatria społeczna – wybrane zagadnienia**

Stefan Leder (25 zł)

**Psychoonkologia**

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

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

**Doświadczenie choroby schizofrenicznej w świetle dziesięcioletniej katamnezy**

pod red. J. Wciórki (dla prenumeratorów 10 zł, poza prenumeratą 15 zł)

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

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

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

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

# PSYCHOTERAPIA

NR 4 (143) 2007

Index Copernicus 4,2

## SPIS TREŚCI

<b>Od redakcji</b> .....	3
Rozmowa o dobrej rozmowie. Wywiad z prof. dr. hab. med. Bogdanem de Barbaro.....	5
<b>Hillel Klein, Ilany Kogan</b> Procesy identyfikacji i zaprzeczenie w cieniu nazizmu.....	17
<b>Maciej Musiał</b> Odwrócona perspektywa.....	27
<b>Sławomir Bukowski, Barbara Kosmala</b> Techniki projekcyjne w identyfikacji przekonań .....	37
<b>Hanna Jaklewicz, Lidia Popek</b> Psychoterapia małych dzieci.....	45
<b>Anna Brytek-Matera, Elizabeth Spitz</b> Związek zaburzeń afektywnych z anoreksją — porównania międzykulturowe.....	55
<b>Małgorzata Talarczyk</b> Psychoterapia grupowa chorych z jądłowstrętem psychicznym — program autorski .....	67
<b>Patryk Hajdo</b> Poziom złości i mechanizmy obronne a nasilenie symptomów PTSD na przykładzie ofiar przemocy domowej.....	79
<b>Recenzje</b> .....	87
<b>Komunikaty</b> .....	95
<b>Kodeks etyczny psychoterapeuty</b> .....	98
<b>Regulamin ogłaszania prac</b> .....	102

KRAKÓW – ZIMA 2007