

PSYCHIA TRA

PISMO DLA PRAKTYKÓW

4/2021 (35) ZIMA
ISSN 2300-2964

W NUMERZE M.IN.:

**POLSKIE
TOWARZYSTWO
PSYCHIATRII
ŚRODOWISKOWEJ**

**ARCHETYPY I ANIOŁY / SZTUKA MA MOC / IN VINO SANITAS? /
BEZSTRESOWE WYCHOWANIE / JAK STANOWIMY PRAWO? /**





REAGILA®

CARIPRAZINE

Reaguj
Odzyskaj życie



KEDP/DAEFCG 22.11.2021

Lek **REAGILA®** refundowany w dawkach:
1,5 mg, 3 mg oraz 4,5 mg.

Odpłatność pacjenta: **0,00 PLN¹.**

Więcej informacji na www.schizofrenia-reaguj.pl



GEDEON RICHTER

1. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 listopada 2021 r.



PSYCHIATRA nie jest organem żadnego towarzystwa naukowego i nie reprezentuje żadnej instytucji. Pismo nie stara się o Impact Factor, nie jest na liście Ministerstwa Nauki ani na indeksie Kopernika.

Opinie wyrażone w artykułach publikowanych w naszym piśmie są poglądami ich autorów formułowanymi bez założeń i nieomówień. Publikowane materiały reprezentują opinie ich autorów i nie należy uważać, że zostały one napisane tak by odzwierciedlać opinie redakcji lub wydawcy jak również, że reprezentują opinie instytucji lub organizacji, z których autorzy pochodzą.

Wydawca Mediadore i redakcja nie biorą żadnej odpowiedzialności za szkody lub zniszczenia osób lub własności wynikające z odpowiedzialności za produkty, zaniedbania lub z innych przyczyn ani też z używania bądź stosowania jakichkolwiek metod, produktów, instrukcji czy koncepcji zawartych w niniejszym materiale. Z powodu gwałtownego postępu w naukach medycznych zawsze konieczne jest niezależne weryfikowanie przez lekarza diagnoz, metod leczenia i dawek leków. Wydawca i redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treści reklam i ogłoszeń.

Publikacja ta jest przeznaczona dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381, z późniejszymi zmianami i rozporządzeniami).

Redakcja nie zwraca materiałów nie zamówionych. Zastrzegamy sobie prawo do skracania i adiacji tekstów oraz zmiany ich tytułów.

© Tomasz Szafranski i Mediadore.

Wszystkie prawa zastrzeżone. Żadna część niniejszej publikacji nie może być gdziekolwiek i w jakikolwiek sposób wykorzystywana bez pisemnej zgody Wydawcy.



Zdjęcie: Anita Szafranska

Drogie Czytelniczki i Czytelnicy!

Gdzieś na przełomie wieków, tuż po zrobieniu specjalizacji, zostaliśmy najmłodszymi ordynatorami w Warszawie. On w Szpitalu Nowowiejskim, ja w instytucji, której nazwę wymawiał zawsze po rosyjsku, zawsze opatrzoną krótkim komentarzem tej proveniencji. Mimo mojego plugawego pochodzenia miał do mnie słabość, która w pewnych momentach owocowała nawet parafrazą Sienkiewicza: I to zawsze powtarzam – dwóch jest (z przeproszeniem Waszmości) prawdziwych żołnierzy w tej Rzeczypospolitej: Kmicic na Litwie, a Kuklinowski w Koronie... Oczywiście przychylność Szymona miała swoje granice i ja w tej parze robiłem zawsze za Kuklinowskiego. Para gołąbków, co?!

Potem, gdy dokonałem pochwalonej przez niego secesji, przez czas jakiś dzieliliśmy gabinet w „zamku Xięcia Piotra” przy ulicy (nomen omen) Chorągwi Pancernej. Szymon nauczył mnie wtedy gry w **strassen diagnose**, w której na podstawie rzutu oka na pacjenta siedzącego w poczekalni, wychodzącego z gabinetu lub (sic!) jednego drobnego zachowania (na przykład telefon wkrótce po zakończeniu wizyty) należało postawić rozpoznanie. Trafną odpowiedź kwitował ciepłym stwierdzeniem, że jednak nie jestem idiotą. To jednak była gra, do prawdziwych diagnoz podchodził bardzo poważnie, a jego wnikliwość zawsze budziła, nie tylko mój, podziw. Był nie tylko świetnym nauczycielem akademickim, ale też mistrzem koleżeńskich superwizji.

Co jakiś czas odbywaliśmy „rozmowy istotne”. Dotyczyły życia. Odbywały się zwykle przed południem (obecnie nazywa się to brunch) i w różnych okolicznościach przyrody: Barcelona, Białowieża, Paryż, Powiśle. W trakcie jednej z nich doszliśmy do wniosku, że urodziliśmy się nie w swoim czasie. Szymon optował za 1944, a ja na ochotnika zgłosiłem się do jego oddziału. Miałem zawsze pewność, że był urodzonym dowódcą i takim został zapamiętany we wspomnieniach współpracowników. Wszyscy widzieliśmy, że nie tylko w pracy był zawodowcem. Wiele osób namawiało go do przejścia na emeryturę. Odmawiał, czasem w żołnierskich słowach, czasami starannie je ważąc i cytując ulubionych pisarzy. Jak we wszystkim, był w tym szczerzy i konsekwentny.

Podobnie jak Darek Wasilewski, napisał tekst do pierwszego regularnego numeru Psychiatrii. Był naszym surowym recenzentem, ale gdy chwalił, to były to zawsze słowa potwierdzające sens tego, co robimy. Najbardziej cenił numer, który poświęciliśmy eutanazji osób chorych psychicznie. Zapamiętałem tę rozmowę nie dlatego, że nas chwalił. Była przepełniona mądrą troską o los osób dotkniętych chorobami psychicznymi. Była też przenikliwie diagnozująca obecne i przyszłe zagrożenia. I boleśnie krytyczna wobec naszego środowiska. Nigdy nie ceregielił się z oceną postaw i zaniechał „autorytetów”, niezależnie od tego, skąd swój autorytet czerpał.

W czasie naszej ostatniej rozmowy, na jej zakończenie, Szymon zachwalał mi zalety tabaki i uprzedzwszy o efektach ubocznych anonsował przesyłkę ulubionych i sprawdzonych gatunków. Zamiast przesyłki nadeszła informacja o tym, że nie żyje.

Garść wspomnień o Szymonie, na kolejnych stronach PSYCHIATRY jest adresowana do wszystkich naszych czytelniczek i czytelników, którzy mieli okazję go poznać i tych, którzy tej okazji nie mieli. Także do tych, którzy zapamiętali go inaczej.

Poza tym w numerze jest prawie wszystko, czego możecie się spodziewać, ale też, co może Was zaskoczyć, jak zapowiedź powstania nowego Towarzystwa Psychiatrycznego (patrz str. 12-13) i choć atmosfera nie jest świąteczna, dołączamy najlepsze życzenia od całej naszej redakcji!

Tomasz Szafranski
Redaktor Naczelny

SPIS TRESCI

POŻEGNANIA

- 6** Szymon Niemcewicz (1964 – 2021)
– Christian Imieliński, Piotr Zwoliński,
Konrad Rokita, Ewa Romaszewska-Świerzeńska,
Małgorzata Fornal-Pawłowska, Małgorzata
Tomaszewska

PTPS

- 12** Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowi-
skowej – Tomasz Szafranski, Marek Balicki,
Andrzej Cechnicki, Jacek Wciórka

TEORIA I PRAKTYKA

- 14** Wyniki badania EZOP II
- 16** Model stanowienia prawa w ochronie zdrowia
psychicznego – opis choroby z propozycjami
terapii – Wojciech Kosmowski
- 22** Sztuka ma moc! – Katarzyna Broczek,
Dorota Wejchert
- 26** Lurasidon u dzieci i młodzieży ze schizofre-
nią. Opisy przypadków – Agata Ejchman-
Albinowska, Grażyna Manista-Zielińska,
Tomasz Szafranski

RELACJE

- 36** Krakowska jesień z depresją, czyli XXI
Konferencja z cyklu Farmakoterapia, Psycho-
terapia i Rehabilitacja Zaburzeń Afektywnych
– Dominika Dudek
- 38** XXVI Bieszczadzkie Dni Psychiatryczne
w Arłamowie – Maciej Kuligowski

STRONA PREZESA PTP

- 47** Podziękowania – Jerzy Samochowiec

STRONA PREZESA PTA

- 48** In vino sanitas? – Tomasz Gabryelewicz

CICER CUM CAULE

- 50** PSYCHOPASJE: Winnica – pasja i marzenie,
czy uzależnienie? (Nie)Winne Podkarpacie
– Maciej Kuligowski

- 52** PSYCHOPASJE: Niezwykłe kobiety, niezwykle
malarstwo – Tadeusz Parnowski

- 53** PSYCHOPASJE: Anioły w malarstwie
– Dorota Parnowska

- 54** PSYCHOPASJE: Ornitologia terapeutyczna droga
od pasji do terapii – Sławomir Murawiec

- 55** PSYCHOPASJE: Archetypy w lesie. O projekcjach,
skojarzeniach i eksternalizacjach podczas
podróży w dzicz – Katarzyna Simonienko

- 56** PSYCHOPASJE: Starych ksiąg psychiatrycznych
czar – Bogusław Habrat

- 57** INSPIRACJE: Inspiracje w medycynie i psychiatrii –
Grzegorz Opielak, Zofia Pietrzak

- 60** TRANSGRESJE: Psychiatryzacja klęsk społecznych.
Beztresowe wychowanie – Marek Krzystanek

- 62** KLINIKA ARCHETYPÓW: Archetyp życia i depresja.
Psychozy energetyczne i cywilizacja
– Zenon Waldemar Dudek

- 66** CZYTANKI: Lepiej zrozumieć – Aleksandra
Kropielnicka i Katarzyna Szczerbowska

- 69** ROZWAŻANIA PRZED ZAŚNIĘCIEM: Pierś – Antoni Jakubczyk

- 70** PZP – PRZEMYSŁENIA ZESTRESOWANEGO PSYCHIATRY:
Moja pielęgniarza – Ireneusz Cedeński

- 72** PSYCHIATRA W OPERZE: Czarna Opera – Katarzyna
Prot-Klinger

- 74** PŁYTY, KTÓRE WARTO ZNAĆ: Perfect – Mirek Sukiennik

- 76** HISTORIA PSYCHIATRII KRAKOWSKIEJ OD KUCHNI: Kugiel Józefa
Krzysztofa Gierowskiego – Jacek Bomba

- 78** REZYDENCJA: Nieznośna lekkość powrotu
do normalności – Anna Szczegielniak

- 79** DOŚWIADCZENIE: Bezpieczeństwo – Jadwiga
Myrtiluk

- 80** AUTOBUSOWE SUPER-WIZJE: O świętych patronach
moich wnuków, czyli wnuczyliady część
trzecia – Łukasz Świącicki

- 82** SNOBISTYCZNO-PRETENSJONALNY FELIETON GRAFOMAŃSKO-PLOTKARSKI:
Anna Netrebko i reszta świata – Bogusław
Habras

ŻÓŁTYM numerem strony oznaczamy w **PSYCHIATRZE** artykuły sponsorowane albo artykuły, w przypadku których chcemy uprzedzić czytelników o istnieniu potencjalnego konfliktu interesów. Jest on zwykle związany z faktem wykupienia reklamy w niniejszym numerze pisma przez producenta leku lub suplementu diety, który jest wzmiankowany w artykule.

Zdjęcia na okładce i na stronach: 15, 57-59, 77 – www.stock.chroma.pl

Od 15 lat tworzymy społeczność psychiatrów i psychoterapeutów w Warszawie

Unikatowe kalendarze na 2022 rok autorstwa lekarzy psychiatrów i psychoterapeutów.

Można już zamawiać **Kalendarz biurkowy do gabinetu lekarza psychiatry na 2022 r.** przygotowany po raz kolejny przez Zespół Specjalistów Dialogu. Zdjęcia autorstwa m.in dr Magdaleny Flagi-Łuczkiewicz, Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy OIL w Warszawie, dr n. med. Anny Zielińskiej-Wieniawskiej, lekarza specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży oraz mgr Kingi Baranowskiej, himalaistki, zdobywczyni dziewięciu ośmiotysięczników, psychoterapeutki integracyjnej, wybierał Dyrektor ds. Nauki w Dialogu, prof. dr. hab. n. med. Marek Jarema.



Zamów bezpłatny egzemplarz dla siebie:

www.psychiatrzy.warszawa.pl/kalendarze2022

Ruszają kolejne edycje szkolenia psychoterapeutycznego akredytowanego przez PTP

Szkoła Psychoterapii Dialog zaprasza na XXVII. edycję 4-letniego całociepłego szkolenia psychoterapeutycznego, które rozpocznie się w kwietniu 2022 r. Od 20 lat szkolenie jest akredytowane przez **Polskie Towarzystwo Psychiatryczne**, a jego **program został specjalnie dostosowany dla lekarzy, którzy chcieliby prowadzić psychoterapię**. Zajęcia będą odbywać się raz w miesiącu - w piątki po południu, soboty i niedziele w Warszawie.



Więcej informacji:

www.psychiatrzy.warszawa.pl/szkola

Dokąd skierować pacjentów na psychoterapię?

W Centrum Terapii Dialog prowadzimy **psychoterapię online**. Dzięki temu pacjenci z całej Polski w trudnych sytuacjach życiowych mogą szybko, wygodnie i bezpiecznie nawiązać relację terapeutyczną z naszymi psychoterapeutami, którzy przeszli bardzo trudny, wielostopniowy proces rekrutacji.

Zapraszamy do kierowania swoich pacjentów: www.psychiatrzy.warszawa.pl

W Centrum Terapii Dialog prowadzimy psychoterapię:

- | | |
|----------------------------|--|
| • poznawczo - behawioralną | • Gestalt |
| • psychodynamiczną | • uzależnień, DDA, DDD |
| • integracyjną | • traumy |
| • systemową | • skoncentrowaną na rozwiązaniu (BSFT) |

Dostępne terminy na psychoterapię online nawet na dziś.
Psychoterapię prowadzimy 7 dni w tygodniu od rana do późnych godzin wieczornych.

POŻEGNANIA

SZYMEK...

Piszę i nie wierzę...
ilekroć spoglądam
w stronę domowe-
go regału, wzrok mój bie-
gnie ku siedmiu tomom
M. Prousta, napoczętym
wiele lat temu, acz niedo-
kończonym przez mego Przyjaciela. Kto teraz odda się
poszukiwaniom sensu, kto oceni, czy czas stracony,
czy tylko miniony?

Odszedł człowiek o sercu większym niż wrażenie,
jakie sprawiał podczas poznania. Olbrzym intelektual-
ny o łagodnym usposobieniu, drwący z konwenansów,
podziwiany za niezwykłą wiedzę oraz intelekt. Wiel-
ki miłośnik i znawca historii. Człowiek sprawiedliwy
i prawy, szanowany i ceniony, zwłaszcza przez pacjen-
tów, za troskę, jaką ich obdarzał. I co niezwykle istot-
ne, człowiek uwielbiany przez dzieci, serdeczny wujek
wielu z nich.

Człowiek, który dawał tyle, że, mam wrażenie, dla
siebie samego czasem Mu tego dobra, przyjaźni i chęci
pomocy zbrakło...

Mistrz retoryki nierzadko pointujący rozprawę
jednym celnym pytaniem. Otwarty na krytykę, nie-
stroniący od sporu, przeplatający autoironię z poczu-
ciem zasłużonej racji.

Przyjaciół, który, czasem wzdychając z udawaną
niechęcią, zawsze stawał z pomocą, niekiedy patrząc
z wyrzutem, a właściwie - politowaniem - za poświę-
cony czas.

Nie sposób wymienić chwil, którymi wspierał mnie
w życiu, czasem nawet nieświadomie, niejednokrotnie
jednym krótkim zdaniem. Nikt po tylekroć nie nazwał
mnie głupcem, nikt też chyba tyle razy nie miał racji...

Smutne to, że człowiek, który całe życie spędził
wśród i dla ludzi, którego ton rozbrzmiewał górując
nad innymi, a swymi racjami innych po kątach rozsą-
dzał, odszedł tak nagle, cicho, po ciemku, w samotno-
ści, a z Nim cząstka duszy każdego, kto Go znał...



Zdjęcie: Archiwum prywatne.

Osamotniony bies

czy definicję piękna pojmujesz?

Spytał... bies

umysłu??

Odparkł... bies

podyskutujmy zatem

naparkł... diabeł

do dyspozycji

rzekł... drugi

maratończyk z ciebie żaden

rzekł... diabeł

za to intelektualnie mocarz

odrzekł... diabeł

a boisz się złych mocy?

Spytał... diabeł

tylko tych, którymi nie władam

rzekł... diabeł

a boisz się snów?

Spytał... chłopiec

ja nimi władam

odparował... diabeł

ależ z ciebie drań

z przestachem zachlipał chłopiec

nie lękaj się, jam ten dobry...

a teraz śpij i śnij

dobranoc

a wy wszyscy moi drodzy

żałujcie, żeście Szymka nie poznali

gdyż jam miał szczęście znać Go

jak diabli...

Zapewne zostanie kiedyś srodze zrugany za te wy-
nurzenia, ale to nie pierwszy raz..., taki dla mnie był,
nieco protekcyjny i drwący, ku uciechu współbie-
siadników i własnej.

Zadumajmy się głęboko, ilu ludzi tak naprawdę po-
zostaje w naszych sercach na zawsze...?

Zatem... żegnaj Szymuś, choć przecież jesteś...

**Atramentem z łez skreślone w dowód przyjaźni
nieocenionej.**

Christian Imieliński

SZYMON NIEMCEWICZ 1964 – 2021

Z Szymonem poznałem się w połowie lat 80. w trakcie studiów na Wydziale Lekarskim WUM (wówczas Akademia Medyczna). Choć prawdę powiedziawszy okazało się, że mieszkaliśmy w sąsiednich blokach na warszawskim Rakowcu w dzieciństwie i odtworzyliśmy nawet wspólną zabawę w piaskownicy.

Od połowy studiów wiedziałem, że jakoś generalnie będę zajmował się mózgiem i silnie ukierunkowałem się na psychiatrię. Trafiłem do kółka psychiatrycznego na Nowowiejskiej, a wtedy to był tam niepowtarzalny klimat. Kółko prowadził mój pierwszy Mistrz i Nauczyciel dr Michał Skalski, cały kompleks neurofizjologii, EEG i badań snu prowadził mój drugi Mistrz i Nauczyciel – prof. Waldemar Szelenberger. Pracownia EEG i badań snu kipiała wówczas życiem, prace naukowe i kliniczne prowadzili wspaniali lekarze, fizycy, psycholodzy i ta cała kolorowa masa była przemieszana z nami, studentami, których w kółku było prawie 20!

Celowo opisuję klimat i atmosferę tamtych dni, bo choć mój los ułożył się tak, że wylądowałem w zupełnie innym miejscu, to dla dr Szymona Niemcewicza to miejsce miało stać się lekarskim domem na całe życie. Myślę też, że nasze ówczesne środowisko w dużej części zostało przy psychiatrii i nasze koleżanki i koledzy – z których część pozostała na Nowowiejskiej – tworzyli wspólnie z Szymonem klimat Kliniki.

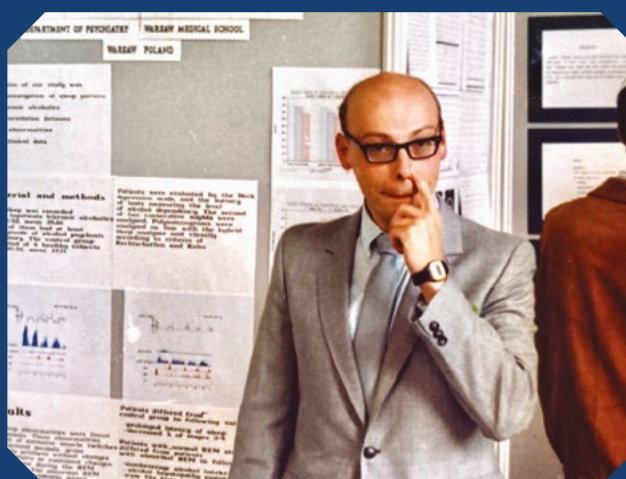
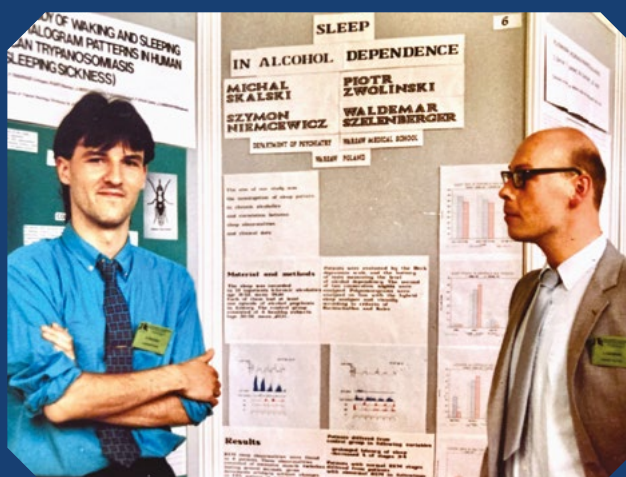
Ale po kolei.

Cały 1987 i 1988 byłem już Prezesem SKN przy Klinice Psychiatrii AM w W-wie i chyba pod koniec 1987 dołączył do nas Szymon. Ten odległy czas nieco się zaciera w pamięci, więc nie umiem podać wielu szczegółów, ale pamiętam chudego (!), łysiejącego studenta, który poruszał się specyficznie używając małego Fiata. Był bardzo zainteresowany psychiatrią, neurofizjologią i EEG. Tak jak zresztą ja. Szybko przypadliśmy sobie do gustu, okazało się, że nasza przyjaźń miała trwać przez kolejne kilkadziesiąt lat.

W tym czasie bardzo aktywnie trwały badania snu i szeroko rozumiana aktywność Kliniki na polu neurofizjologii klinicznej, co było inspi-

rowane przez wspomnianych moich/naszych Mistrzów. Myśmy z Szymonem ochoczo weszli w cykl badań. Nasza pierwsza publikacja na temat nieprawidłowości napięcia mięśniowego w fazie REM u alkoholików była dla nas czymś niesamowitym, bo pojechaliśmy we dwóch – po raz pierwszy w życiu – na zjazd naukowy do Strasbourga, gdzie nasza praca była przyjęta jako poster.

Lata 1988 i 1989 były okresem szalonym, kiedy badając sen nie sypialiśmy po 20 dni w miesiącu,



Zofia Archiwum prywatne.

w ciągu dnia chodząc cały czas na zajęcia. Nowowiejska była dla nas trochę domem i szkołą w jednym, a unikalna atmosfera i warunki, jakie tworzyli tam wtedy szefowie, jest chyba czymś, co dziś określa się jako studencki kampus.

Jest też dla mnie osobiście bardzo ważny fakt z tamtych dni, związany z Szymonem. Razem prowadziliśmy rekrutację do SKN i co jakiś czas organizowaliśmy spotkanie dla nowych studentów, którzy chcieli dołączyć do koła. A wtedy życie kół naukowych kwitło, tych osób – tylko do naszego SKN – pojawiało się kilka w semestrze!

Pewnego dnia właśnie Szymon przyprowadził nową studentkę – Beatę Majkowską – która niecałe pół roku później została moją żoną. No, ale to opowieść na inną okazję.

Szymon aktywnie prowadził badania, jako chyba jedyny umiał wtedy obsługiwać pierwsze komputery – pierwszy PC XT, autorskie urządzenia do polisomnografii z Politechniki Warszawskiej, jakiś moduł ATARI podobny do rejestracji hipnogramu.

Szymon był zawsze wzorcem do uczenia, jak rozmieszcza się elektrody EEG w systemie 10-20, a jego łysa już wówczas głowa jako wygodny i wdzięczny model – była wielokrotnie malowana flamastrami i oklejana różnymi substancjami i czujnikami...

Razem z Szymonem jeździliśmy jego lub moim małym Fiatem do pobliskiej introligatorni ciąć na pół ogromne ryzy papieru do badań 16-kanalowych EEG, bo używaliśmy do zapisu równo połowy papieru.

To był czas wielu niezapomnianych seminariów i spotkań naukowych, klinicznych i badawczych. Uczestniczyliśmy w tym wszystkim, prowadziliśmy projekty badawcze, tak że z ukończeniem studiów byliśmy właściwie dość doświadczonymi neurofizjologami.

Szymon pozostał na Nowowiejskiej i tam rozpoczął specjalizację z psychiatrii i pracę w różnych układach – był pracownikiem szpitalnym, z czasem adiunktem uniwersyteckim Kliniki, członkiem pracowni EEG i poradni zaburzeń snu.

Kolejne etapy specjalizacji – bo wówczas była ona jeszcze dwustopniowa – uzyskał w latach 90., pamiętam, że jakoś zwykle robił to nieco szybciej niż ja, więc pewnie został specjalistą koło 1998 roku.

Jego praca doktorska była konsekwencją jego zaangażowania w neurofizjologię, elektroencefalografię i polisomnografię. Tematem była rejestracja snu z pomocą aktografów – ówczesnych „kinektów” do badania ruchu w czasie snu.

Szymon – co wspominam z przyjemnością i nostalgią, bo takich osób jest dziś strasznie mało – był prawdziwym i uformowanym neurofizjologiem, doświadczonym elektroencefalografistą, co pozwalało nam w unikalny sposób znaleźć płaszczyznę porozumienia między psychiatryczną i neurologiczną domeną oceny mózgu i jego zaburzeń. Z Szymonem w tym zakresie rozumiałem się bez słów i mogliśmy świetnie dyskutować na dowolnym poziomie trudności zjawisk. Nasza współpraca zawsze była w tym zakresie żywa i aktywna – w pewien sposób zawsze mieliśmy wspólne tematy i prace badawcze, tak że co jakiś czas „wpadaliśmy na siebie”.

Szymon realizował się jako psychiatra i zawsze w 100% zaangażowany był w Nowowiejską. Był asystentem, adiunktem, dyrektorem medycznym szpitala (chyba przez jedną kadencję), ordynatorem. Jako Ordynatora „Czwórki” go zapamiętam, bo przez ostatnich wiele lat taką funkcję piastował aż do śmierci.

Miałem okazję, jako konsultant neurolog (bo przez kilka lat konsultowałem Nowowiejską na prośbę Szymona, kiedy nie było komu konsultować tak dramatycznie, że aż poproszono mnie...), bywać u niego i uczestniczyć wyrywkowo w pracy jego oddziału. Pamiętam go jako twardego i wymagającego szefa, dość bezwzględного i bezkompromisowego wobec swojego teamu i personelu. Jego dwie odprawy – poranna i popołudniowa – wprowadzały niewątpliwie dużo porządku i rytmu do pracy oddziału, choć, jak wiem, bywał nieraz przez swoich specjalizantów i specjalistów za to przeklinany...

Zawsze był za to niesłychanie dobry i życzliwy dla swoich pacjentów. To był w tym znaczeniu urodzony lekarz, jakoś zupełnie magicznie i wyjątkowo powołany do tego, co robił. To, jak starannie otaczał opieką swoich chorych – tych z Nowowiejskiej i tych z naszej wspólnej przychodni – jest dla mnie wzorem i powinno być jakoś osobno opisane. Szymon był dla swoich podopiecznych prawdziwą opoką i można by było stworzyć przedmiot dla studentów z zasad „profesjonalizmu medycznego Szymona Niemcewicza” jako wykładni tego, jak lekarz opiekuje się swoim pacjentem. A on zawsze też miał rozwiązanie, wiedział co zrobić i się w tym nie poddawał. Gdy był jakiś przypadek „beznadziejny”, to można było śmiało prosić Szymona, on zawsze dał „nadzieję”.

Ok. 2002-2005 roku Szymon zaczął przyjmować ze mną w ramach tzw. Grupowej praktyki lekarskiej i w pewnym momencie wspólnie powołaliśmy do życia Centrum Terapii Padaczki NEUROSHERA, którą Szymon pieszczotliwie nazywał „Neuroaferą”.

Przez te wspólne 15-20 lat Szymon był u nas nadwornym psychiatrą, konsultantem neurofizjologii, PSG i wszystkich dziedzin, którymi się zajmowaliśmy. Jako wytrawny i doświadczony psychiatra „biologiczny” był w mojej opinii najlepszym „neurologiem wśród psychiatrów” i jego opinia mocno ważyła tam, gdzie pytaliśmy go o zdanie. Chyba wciąż dużo było przed nami.

Szymon – jak pewnie wszyscy wiecie – żył osobliwie, „żył jak chciał” i tak też chyba zmarł. Typ samotnika, choć sarmaty i „duszy towarzystwa”, choć biesiady w jego towarzystwie kończyły się różnie...

Nasze „obiady czwartkowe” w Baryłce na warszawskim Mariensztacie to przez lata była obowiązkowa pozycja dla mnie, kolegów z Nowowiejskiej, fizyków z Hożej (UW, z nimi mocno i długo współpracowaliśmy i współpracujemy) i różnych gości... Chyba w pewnym sensie życie wystawiło Szymonowi rachunek, bo nie bardzo o siebie dbał, w różnych trudnych sytuacjach nie dawał sobie pomóc i nie oszczędzał się ani nie... stosował diety, mówiąc dość dyplomatycznie.

Odszedł niesłychanie dobry, przyzwoity i prawy człowiek, wybitny lekarz-praktyk i osobliwy naukowiec. Fantastyczny kolega i największy przyjaciel.

Jest takie latynoskie powiedzenie, że „przyjaciel to ktoś, komu bez wahania i bez pytań w każdej sytuacji damy alibi”. Ja już mu nie mogę dać.



Zdjęcie: Archiwum prywatne.

Piotr Zwoliński

STRATA

Wraz z Jego odejściem polska medycyna i polska psychiatria straciły nie tylko, co im dawał, ale też to, co mógłby jeszcze, przez wiele lat dawać. Iu mniej studentów podejmie decyzję o wybraniu specjalizacji z psychiatrii, jeżeli nie będą mieli zajęć z asystentem Niemcewiczem? Zajęć pełnych humoru i zaangażowania prowadzącego. Iu lekarzy rodzinnych nie pozna w trakcie stażu Jego diagnostycznych wskazań, dzięki którym mogli lepiej pomagać pacjentom w gabinetach POZ. Żaden młody lekarz nie wejdzie już do gabinetu ordynatora Niemcewicza, żeby rozpocząć przygodę z psychiatrią pod jego skrzydłami. Młodzi rezydenci nie będą mieli okazji obserwować jego unikalnego połączenia chłodnej profesjonalnej dociekliwości diagnostycznej z równoczesnym humanistycznym podejściem, które pozwala nam widzieć w pacjencie przede wszystkim człowieka, bez względu na rodzaj choroby czy jej nasilenie. Nie doświadczą tego poczucia bezpieczeństwa, tak potrzebnego kształcącym się lekarzom, jakie daje ordynator, który zawsze będzie pierwszy przy łóżku nowoprzyjętego pacjenta. Zestresowany lekarz robiący swój pierwszy obchód w trakcie dyżuru nie usłyszy od pań pielęgniarek „na oddziale spokój, już doktor Niemcewicz dzwonił upewnić się, czy wszystko w porządku”. Nikt już nie będzie częścią Jego Zespołu. Zespołu, w którym członkowie zawodów medycznych, nie tylko lekarze, czuli się potrzebni, wartościowi, zmotywowani do pracy i rozwoju.

Konrad Rokita

BYŁ ZAWSZE...

Ten dzień miał nigdy nie nadejść...
Szymon Niemcewicz - mój Mistrz,
Nauczyciel, Lekarz Wielkiego Serca,
Człowiek Ponadprzeciętnego Intelaktu,
a przede wszystkim Przyjaciel...

Był zawsze...

Nowowiejska, II piętro, Oddział II, gabinet po lewej stronie od wejścia z napisem wielkimi literami ORDYNATOR...

Za biurkiem ON, zza tomów książek i papierów podnosił wzrok i patrzył...

Patrzył i widział wszystko...

Dzwonił z numeru zaczynającego się od 602... i pytał „jak się masz?”, a to pytanie zawierało wszystko - troskę, miłość, ciekawość...

Był zawsze...

Szymon Niemcewicz - człowiek niebanalny, piękny, dobry, uwielbiany przez wszystkich...

Tylko On mówił do mnie Volvo-Świerzeńska, gdy kupiłam samochód...

Tylko On zwracał się do mnie po nazwisku panińskim...

Tylko On wraz z Piotrem Złotkowskim nie raz wygrał dla Polski II wojnę światową...

Odszedł na własnych warunkach, po swojemu...

Odchodząc zabrał kawałek mojego serca...

Nie mówię żegnaj, mówię do zobaczenia...

Mój syn ma na drugie imię SZYMON - przez Ciebie i dla Ciebie...

Ewa Romaszewska-Świerzeńska

ODSZEDŁ

DOKTORZE
NIEMCEWICZU

Odszedł dr n.med. Szymon Niemcewicz – lekarz wielkiego serca i ogromu wiedzy. Człowiek, który dla Pacjenta i swojego Zespołu był zawsze na posterunku. Psychiatra, który wychował pokolenia cudownych psychiatrów. Człowiek niesamowitego intelektu i poczucia humoru. Wiem ilu moich kolegów dziś się rozpadało. Dziękuję Ci Szeffie za masę rzeczy, za przyjęcie mnie do mojej pierwszej pracy, za mówienie do nas, psychologów, Magistry, za pokazanie jak ważną częścią zespołu jesteśmy, za bezpieczeństwo, które dawałeś na oddziale, zwłaszcza tym, którzy czuli się niepewnie, przychodząc do tej trudnej pracy, za słowa „zaufanie plus kontrola”, za niezapomniane odprawy, za mocną abstrakcję, za to, że chciało się pracować, za przychodzenie na spotkania społeczności, za autentyczne pochylanie się nad Pacjentami, za pokazanie, jak rozmawia się z Pacjentem, za udawane oburzenie, że znów Ci się przeszkadza wchodząc do gabinetu z kolejnym pytaniem, za przychodzenie do gabinetu Magistrów, by na ich prośbę zrobić psychoedukację dla Pacjenta, za świetne dobieranie leków i branie na klatę najtrudniejszy spraw, za wspieranie w kolejnych krokach zawodowych, za powiedzenie, że bez Magistrów na oddziale nie da się żyć, za przynoszenie książek z konferencji, za spotkania naukowe w starej bibliotece szpitala i niesamowity żart graniczny, który wchodził do sali razem z Tobą. Za badania nad patofizjologią bezsenności. Dziękuję, że byłeś moim Szeffem, Mentorem, Mistrzem. Mam nadzieję, że wiedziałeś ile osób wspierałeś i ratowałeś. Niech teraz zaopiekują się Tobą lepiej niż myśmy tu mogli.

Takie słowa napisałam w mediach społecznościowych w dniu śmierci Doktora. Chciałam, żeby inni to o nim wiedzieli, bo nie był osobą, która o sobie mówiła. Jednocześnie wiedziałam, że taki wpis to najszybsza droga, by współdzielić te uczucia z innymi, którzy go znali. I faktycznie. Pod postem pojawiło się sporo wpisów współpracowników Doktora. Mówili, że myślałam i czuję tak samo. Także myślę, że nie są to tylko moje słowa i wspomnienia, ale też wielu z tych, którzy mieli zaszczyt pracować na oddziale doktora Niemcewicza w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie.

Małgorzata Fornal-Pawłowska



Zdjęcie: Archiwum prywatne.

Doktorze Niemcewiczu, bardzo trudno będzie zapłacić pustkę, która po Tobie została, ukończyć ból i tęsknotę. Byłeś "moim" asystentem na studiach, opiekunem na stażu podyplomowym, ordynatorem, kierownikiem specjalizacji. Słowem Mistrzem, ale i Opoką. Nauczyłeś mnie rozumieć drugiego człowieka, nawet tego najbardziej zagubionego i cierpiącego. Pokazałeś jak zobaczyć to, czego nie widać gołym okiem, myśleć, czuć, nie oceniać. Zapamiętałam na całe życie Twoje słowa „Jeśli chcesz zrozumieć pacjenta, to wejdź za nim w jego świat. Pozwól by Cię poprowadził przez niego, podążaj otwarcie. Odrzuć swoje uprzedzenia, przedwcześnie pojawiające się wnioski czy oceny. Po prostu idź za nim, słuchaj, zadawaj pytania, współodczuwaj z nim. I zrób to z szacunkiem, delikatnością i empatią”. Ty tak robiłeś, nie byłeś powierzchowny w swoich ocenach, dostrzegałeś bogactwo przeżyć i cierpienie. Nie narzucałeś nikomu swojego światopoglądu. Twoja pokora, wiedza, odpowiedzialność i otwartość zawsze były oparciem dla każdego, kto był potrzebujący. Żaden pacjent nigdy nie pozostał bez odpowiedzi, bez pomocy. Przysłuchiwałam się wielokrotnie, jak rozmawiałeś z pacjentami. Twój głos stawał się ciepły, otulający, uważny, nie było srogości, wyższości. Był ogromny szacunek dla drugiego człowieka i wsparcie, człowiek po samej rozmowie z Tobą nabierał wiary w to, że można mu pomóc.

Byłeś zawsze dostępny dla pacjentów, dbałeś o nich, troszczyłeś się, prawdziwie zależało Ci jedynie na pomocy ludziom cierpiącym. Brak potrzeby aprobaty, wchodzenia w układy, koneksje powodował, że przez postronnych mogłeś być czasem odbierany jako gruboskórny. Każdy, kto nie dał się na to nabrać, wiedział, jak ciepłym, troskliwym, delikatnym i wrażliwym człowiekiem byłeś.

Twój umysł, błyskotliwość, dedukcja, poczucie humoru, dystans do życia, Twoje wsparcie, ciepło w spojrzeniu, jakże będzie mi tego brakowało.

Małgorzata Tomaszewska

POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ

TOMASZ SZAFRAŃSKI, MAREK BALICKI, ANDRZEJ CECHNICKI, JACEK WCIÓRKA

W piątek 5 listopada 2021 roku w Warszawie
odbyło się zebranie, którego uczestnicy postanowili
założyć nowe towarzystwo naukowe –
Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej

JAKIE SĄ CELE TOWARZYSTWA?

Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej stawia sobie za cel działanie na rzecz rozwoju psychiatrii środowiskowej w Polsce. Rozwój i upowszechnianie osiągnięć nauk z zakresu zdrowia psychicznego, inicjowanie i wspieranie badań naukowych, popularyzację wartości, dobrych praktyk i dowodów naukowych związanych z ochroną zdrowia psychicznego w lokalnych środowiskach społecznych.

DLACZEGO TOWARZYSTWO POWSTAJE?

Członkowie założyciele Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej są przekonani, że publiczny system ochrony zdrowia psychicznego w Polsce wymaga głębokiej i długofalowej reformy. Powodzenie tej zmiany, mierzone poprawą jakości i równości w dostępie do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej nakierowanych na ochronę zdrowia psychicznego, zależy od konsekwentnego zrealizowania:

- przebudowy systemu organizacji opieki psychiatrycznej, uwzględniającej zasady deinstytucjonalizacji, decentralizacji i odpowiedzialności terytorialnej za określoną populację,
- zmiany systemu finansowania opieki psychiatrycznej w oparciu o budżet kapitałowy na populację w Centrach Zdrowia Psychicznego w całym kraju,
- radykalnej poprawy finansowania psychiatrii, czyli doprowadzenia stopniowo, w kolejnych latach, do finansowania opieki psychiatrycznej w wysokości minimum 6% budżetu przeznaczonego na opiekę zdrowotną,
- wprowadzaniu systemowych zmian dotyczących przyjęcia i realizacji standardów diagnostyki i terapii kryzysów psychicznych.

Skuteczna reforma modelu funkcjonowania opieki psychiatrycznej w Polsce, jak każda zmiana systemowa, jest możliwa tylko wtedy, gdy zmiany będą wprowadzane w konsekwentny, zaplanowany sposób uwzględniający długoterminową perspektywę, zdefiniowaną przez niezaspokojone potrzeby w obszarze publicznej ochrony zdrowia psychicznego. Skalę tych potrzeb dokumentują

badania EZOP I (2012) i ogłoszone w listopadzie 2021 wyniki badania EZOP II.

Każda głęboka zmiana systemowa natrafia na bariery po stronie różnych instytucji i osób odpowiedzialnych za sferę zdrowia psychicznego. Zmiana nie może się dokonać bez naruszenia dotychczasowego *status quo* i w naturalny sposób napotyka na bariery artykułowane przez różne środowiska: zarówno reprezentujące profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, jak też płatnika (NFZ) czy władze realizujące politykę zdrowotną i społeczną państwa. Polska pozostaje krajem o wysokim stopniu stygmatyzacji i niezrozumienia problemów dotyczących zdrowia psychicznego.

Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej stawia sobie za zadanie jasne przedstawianie, zarówno w środowisku profesjonalistów, jak też wobec władz państwowych i płatnika, argumentów na rzecz wprowadzenia w Polsce środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej.

DLACZEGO W TYM MOMENCIE?

Działania na rzecz reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce zaczęły być wprowadzane dopiero w ostatnich latach. Działania zgodne z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego zmaterializowały się dopiero w 2018 roku w formie wprowadzania pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego dla dorosłych, jak też nowej organizacji systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

Należy podkreślić, że przez ostatnie dekady XX i XXI wieku w Polsce nie realizowano żadnej aktywnej polityki w zakresie zdrowia publicznego zmierzającej do zapewnienia dzieciom, młodzieży i dorosłym obywatelom poprawy jakości i równości w dostępie do świadczeń mających na celu ochronę zdrowia psychicznego. Osoby doświadczające kryzysów psychicznych doświadczają i doświadczają dyskryminacji systemowej w obrębie publicznej służby zdrowia. Wśród wielu jaskrawych przejawów tej dyskryminacji przykładem może być załamanie i niewydolność systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, brak zabezpieczenia bezpośredniego i nie-

zwłocznego dostępu do diagnostyki i leczenia chorób somatycznych w wielu oddziałach i szpitalach psychiatrycznych.

W ostatnich miesiącach Ministerstwo Zdrowia podjęło działania zadeklarowane jako przyspieszenie reformy psychiatrii dziecięcej, jak również psychiatrii dorosłych. W ramach tych działań powołano zespół ds. kontynuacji reformy złożony głównie z urzędników MZ, NFZ i AOT-MiT, powołano nowego kierownika Biura ds. pilotażu, rozwiązano (nie przedłużono kadencji) Zespół ds. pilotażu przy MZ, odwołano Przewodniczącego oraz niektórych (zaangażowanych w realizację pilotażu) członków Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia oraz ostatnio Konsultanta Krajowego ds. psychiatrii dzieci i młodzieży.

W pełni rozumiejąc prawo Ministra Zdrowia do podejmowania decyzji personalnych, a jednocześnie biorąc pod uwagę tryb prac i już ujawnione pierwsze decyzje dotyczące dalszej realizacji reformy psychiatrii w Polsce, można je odczytać jako wyraźną zmianę kierunku polityki zainicjowanej w ostatnich latach.

Nowa polityka MZ w najlepszym razie może prowadzić do spowolnienia realnych zmian, jest obliczona na doraźne i niepewne korzyści krótkoterminowe, mające głównie charakter działań wizerunkowych, koncentrujące się na pozyskaniu środków z Unii Europejskiej przeznaczonych na deinstytucjonalizację psychiatrii, jednakże przy wycofaniu się z determinacji we wprowadzaniu zmian. Sposób ich wykorzystania niesie za sobą zagrożenie, że nie zostaną spożytkowane na rzeczywistą zmianę systemową. Obecna polityka MZ odstępkuje od odważnego kontynuowania reformy systemu na rzecz podejścia, którego efektem może być zakonserwowanie istniejących struktur (pod inną nazwą) i wynegocjowanie połowicznych rozwiązań zaspokajających oczekiwania różnych grup interesariuszy ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy płatnika publicznego (NFZ). Konsekwencją będzie utrwalenie nierówności w dostępie do publicznej ochrony zdrowia psychicznego dotyczące przede wszystkim osoby z najbardziej nasilonymi, przewlekłymi chorobami psychicznymi. Brak radykalnej zmiany finansowania publicznej opieki psychiatrycznej lub fragmentaryczna zmiana systemowa nie zatrzymają niekorzystnych zjawisk i nie powstrzymają postępującego procesu erozji kadr i odchodzenia specjalistów z publicznego systemu ochrony zdrowia.

Najważniejsza z działających w Polsce organizacji pozarządowych, skupiająca profesjonalistów działających w obszarze zdrowia psychicznego – Polskie Towarzystwo Psychiatryczne – nie zajęła jednoznacznego i zdecydowanego stanowiska wobec obecnych działań MZ, odbierając Ministrowi szansę dostrzeżenia innych perspektyw i rozwiązań.

Zgodnie z duchem społeczeństwa obywatelskiego Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej powstaje po to, aby w jasny i stanowczy sposób artykułować potrzeby dotyczące obecnego i przyszłego kształtu opieki psychiatrycznej w Polsce i jednoznacznie dążyć do wpro-

wadzenia reformy pozwalającej faktycznie realizować założenia nowoczesnego modelu psychiatrii środowiskowej dostępnego bezpłatnie dla wszystkich obywateli objętych publicznym systemem opieki zdrowotnej.

JAK TOWARZYSTWO ZAMIERZA DZIAŁAĆ?

Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej pragnie aktywnie uczestniczyć w kształtowaniu psychiatrii środowiskowej w Polsce poprzez konsultowanie projektów aktów prawnych i innych dokumentów, opracowywanie raportów i ekspertyz, prowadzenie i wspomaganie prac badawczo-rozwojowych.

Zamierza realizować swoje cele poprzez organizowanie zjazdów Towarzystwa, konferencji, seminariów i innych spotkań o charakterze naukowym lub popularno-naukowym, współdziałanie z władzami państwowymi i samorządowymi, instytucjami i organizacjami naukowymi w kraju oraz prowadzenie współpracy międzynarodowej.

Chce rozwijać i upowszechniać etyczne standardy działalności naukowej i profesjonalnej, działać na rzecz podnoszenia kwalifikacji zawodowych i naukowych swoich członków.

Zamierza prowadzić wielotorową aktywność na rzecz rozwijania świadomości zdrowotnej społeczeństwa i destygmatyzacji zaburzeń psychicznych.

KTO BĘDZIE MÓGŁ ZOSTAĆ CZŁONKIEM?

Członkostwo w nowym Towarzystwie jest otwarte dla osób będących psychiatrą, psychologiem, pielęgniarką lub mających kwalifikacje w dziedzinie, którą Zarząd Główny Towarzystwa uzna za związaną z ochroną zdrowia psychicznego. Jednocześnie członek zwyczajny powinien spełniać przynajmniej jeden z następujących warunków: posiadanie stopnia lub tytułu naukowego, publikowanie w czasopiśmie z zakresu ochrony zdrowia psychicznego punktowanych przez MEiN lub osiągnięcia dla rozwoju myśli i praktyki środowiskowej w ochronie zdrowia psychicznego.

Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej zgodnie z duchem i zasadami psychiatrii środowiskowej zakłada interdyscyplinarny charakter swoich działań, uwzględniających głos ekspertów z różnych dziedzin, w tym również podkreślający szczególną wartość udziału i obecności ekspertów przez doświadczenie. Dlatego członkiem stowarzyszonym będzie mogła zostać każda osoba niespełniająca warunków członkostwa zwyczajnego, jeśli zadeklaruje chęć udziału w pracach Towarzystwa i realizacji jego celów statutowych.

DALSZE INFORMACJE

Proces założycielski Towarzystwa trwa, wszystkie osoby wspierające opisane idee Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej i zainteresowane otrzymywaniem dalszych informacji proszone są o kontakt na adres e-mail: zebranie511@gmail.com. ■

WYNIKI BADANIA EZOP II

Badanie EZOP jest najbardziej kompleksowym badaniem kondycji psychicznej ludności w historii badań epidemiologicznych w Polsce. Jego wyniki zaprezentowano w trakcie konferencji podsumowującej projekt, która odbyła się w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w dniach 15-16 listopada 2021 r. Badanie objęło reprezentatywną próbę losową mieszkańców Polski: dzieci w wieku 0–6 lat i ich rodziców, dzieci i młodzieży w wieku 7–17 lat oraz dorosłych. W sumie zebrano ponad 15 tys. wywiadów.

Wyniki dają obraz rozpowszechnienia i psychospołecznych uwarunkowań zaburzeń psychicznych w naszym kraju. Badanie sfinansowano ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Badanie EZOP II było kontynuacją badania EZOP I przeprowadzonego w latach 2009–2012 na próbie 10 tys. respondentów (wówczas oceniono wyłącznie próbę osób dorosłych).

Wnioski z badania EZOP II wskazują, że różnych zaburzeń psychicznych doświadcza w swoim życiu ponad 25% populacji, to jest ponad 8 mln osób. Występowanie zaburzeń psychicznych jest częściej związane z osamotnieniem i brakiem pracy lub wśród rencistów,

emerytów w pierwszych latach po zakończeniu pracy. Stwierdzono także, że osoby o niskim statusie wykształcenia rzadziej korzystają z opieki zdrowotnej, szczególnie psychiatrycznej. Zły stan zdrowia psychicznego wysoko koreluje ze złym zdrowiem fizycznym.

Jedynie 16% osób z zaburzeniami psychicznymi korzystało z pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej. Zdaniem autorów raportu wynika to nie tylko ze słabej dostępności, ale też z powodu stygmatyzacji osób chorych. Między innymi okazało się, że ponad połowa respondentów nie akceptuje osób z zaburzeniami w swoim środowisku i niechętnie widzi placówki opieki psychiatrycznej w pobliżu swojego miejsca zamieszkania.

DWA ŚWIATY ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Autorzy raportu dokonali porównania danych ze swojego badania z danymi NFZ. Zaprezentowano je w rozdziale raportu zatytułowanym „Dwa światy zaburzeń psychicznych”. Według danych NFZ liczba osób doświadczających zaburzeń jest mniejsza o około 400.000 niż liczba oszacowana na podstawie badania epidemiologicznego EZOP. Z perspektywy statystyk NFZ wśród cierpiących na zaburzenia psychiczne 2/3 stanowią kobiety, podczas gdy dane epidemiologiczne sugerują prawie wyrównane proporcje, zwłaszcza wśród ludności w wieku produkcyjnym. Szczególnie duże rozbieżności wystąpiły wśród dzieci i młodzieży w wieku 7–17 lat. Zgodnie z danymi NFZ jest to około 70 tysięcy. Badanie EZOP sugeruje estymację kilkakrotnie większą, czyli prawie 400 tysięcy dzieci i młodzieży, i wyrównane proporcje płci, podczas gdy dane NFZ sugerują znaczną przewagę dziewcząt. W przypadku osób

w wieku produkcyjnym (18–64 lat) dane NFZ określają liczbę leczonych na ok. 1,6 mln, estymacje z badania EZOP na ponad 1,7 mln. Według obu źródeł danych liczba seniorów cierpiących na zaburzenia psychiczne nie przekracza 500 tys.

Porównanie danych NFZ i EZOP pozwala na uzyskanie pełniejszej informacji o stanie zdrowia psychicznego społeczeństwa. Na podkreślenie zasługuje fakt, że dane z badania epidemiologicznego wskazują na większe rozpowszechnienie większości zaburzeń w porównaniu z danymi z NFZ. To zjawisko obserwowane w wielu krajach. W przypadku populacji osób dorosłych można nawet mówić o zaskakująco małej rozbieżności (badanie nie pozwala na ocenę, w jak dużym stopniu opieka psychiatryczna jest sprawowana przez sektor „prywatny”). Jednakże **skala niezaspokojonych potrzeb jest dramatyczna w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.**

Zainteresowanie budzi fakt, że w przypadku zaburzeń afektywnych dane NFZ podają większe rozpowszechnienie. Według autorów raportu może to wynikać z gotowości do diagnozowania tych zaburzeń na podstawie niepełnego obrazu klinicznego, co umożliwia wcześnie przepisanie leków przeciwdepresyjnych. Bardzo ważnym wnioskiem jest wynikające z danych epidemiologicznych podobne rozpowszechnienie zaburzeń u mężczyzn i kobiet (wśród mężczyzn częściej zaburzenia związane z używaniem alkoholu, u kobiet zaburzenia nerwicowe i afektywne). Badanie EZOP pokazuje, że w populacji ogólnej mamy kilkakrotnie mniej przypadków uzależnienia od alkoholu niż innych zaburzeń związanych z jego spożyciem, podczas gdy w populacji klinicznej dominują osoby uzależnione.



ZMIANA W ROZPOWSZECHNIENIU ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Badania EZOP I i EZOP II dzie-
li prawie 10 lat. W tym czasie nie
nastąpiły istotne zmiany w rozpo-
wszechnieniu ocenianych zabu-
rzeń. Trzeba podkreślić, że zbieranie danych w badaniu EZOP II zakończyło się przed wybuchem pandemii koronawirusa COVID-10, nie przynosi więc wiedzy na temat jej skutków. W EZOP II odsetek osób, u których można było stwierdzić zaburzenia psychiczne w ciągu całego życia, zwiększył się z 23% do 26%, ale wzrost wynikał z dołączenia kilku nowych rozpoznań oraz rozszerzenia zakresu wiekowego próby. Biorąc pod uwagę tylko rozpoznania i populację w wieku badanych, w EZOP I stwierdzono nawet niewielką, zwykle nieistotną statystycznie tendencję spadkową. Wyraźny spadek odnotowano w odniesieniu do zachowań samobójczych (wyniki korespondują z danymi statystycznymi gromadzonymi na podstawie kart zgonów oraz danymi Komendy Głównej Policji). Istotny spadek zaobserwowano również w odniesieniu do zaburzeń związanych ze spożyciem alkoholu. To zaskakująca obserwacja, niemająca z kolei odzwierciedlenia w danych na temat zgonów z powodu spożycia alkoholu, ani danych na temat spożycia alkoholu ogółem (w ciągu ostatnich lat wzrosło).

REKOMENDACJE DLA PRAKTYKI I POLITYKI ZDROWOTNEJ

Autorzy raportu na jego zakończenie przedstawiają kilka rekomendacji. Po pierwsze, zwracają uwagę, że kondycja psychiczna Polaków jest nie tylko kwestią ochrony zdrowia. Skala zaburzeń i ich złożone uwarunkowania, tkwiące daleko poza obszarem ochrony zdrowia, wymagają wspólnego wysiłku

wszystkich organów państwa, administracji rządowej i samorządowej, pracodawców, organizacji pracowników najemnych i organizacji pozarządowych. Jest więc klasyczną kwestią zdrowia publicznego.

Po drugie, **sama ochrona zdrowia nie jest w stanie w sposób decydujący wpłynąć na stan zdrowia psychicznego ludności. Jej działania muszą być dopełnione konsekwentnym programem promocji zdrowia psychicznego.** Oszacowania przeprowadzone w ramach badania EZOP II (podobnie jak EZOP I) wskazują, że liczba potencjalnych odbiorców różnorodnych form promocji zdrowia psychicznego (informacji, edukacji, wychowania, doradztwa, pomocy) przekracza 8 mln. Konieczne jest wprowadzanie programów promocji zdrowia psychicznego dla społeczności lokalnych, środowisk i osób o niższym kapitale społecznym, jak bezrobotni. Kwestie zdrowia psychicznego powinny być uwzględniane w programach rozwoju społeczno-gospodarczego kraju.

Polskie prawo powinno chronić osoby z niepełnosprawnością psychiczną przed wykluczeniem, w tym przed dyskryminacją na rynku pracy, w dostępie do edukacji oraz do świadczeń zdrowotnych i społecznych. Konieczne jest wdrażanie skutecznych programów destygmatyzacyjnych.

Wyniki badania EZOP jednoznacznie wskazują na potrzebę przeprowadzenia głębokiej, środowiskowej reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego motywującej do podjęcia odpowiedzialności za powierzoną populację i rozwiązywania związanych z tym zadań we współpracy z innymi sektorami. Taki kierunek reformy zapisano w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Ogromne wyzwanie stanowi wysokie rozpowszechnienie zabu-

rzeń i czynniki ryzyka związane ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży. Autorzy raportu podkreślają konieczność rozwoju środowiskowej opieki zdrowotnej skoncentrowanej na zdrowiu dzieci i młodzieży współpracującej z rodziną i środowiskiem szkolnym dziecka. Sugerują również podejmowanie działań zmierzających do podnoszenia kompetencji wychowawczych i wsparcia wychowawczego rodziców, zwiększenie dostępu do przedszkoli, zwłaszcza na wsiach; uwzględnienie problemów zdrowia psychicznego w programach ośrodków pomocy społecznej; podniesienie kompetencji pracowników ochrony zdrowia, pomocy społecznej, oświaty zarówno w zakresie promocji zdrowia psychicznego, jak i wczesnej identyfikacji problemów, udzielania wsparcia lub leczenia.

Analogicznie w przypadku osób dorosłych konieczne jest reformowanie systemu opieki psychiatrycznej w kierunku środowiskowym umożliwiającym aktywne docieranie do zagrożonych grup społecznych, eliminacja „białych palm” na mapie dostępu do podstawowej opieki psychiatrycznej. Poprawa współpracy podstawowej opieki psychiatrycznej z podstawową opieką zdrowotną i pomocą społeczną, organizacja sieci wyspecjalizowanych psychiatrycznych i psychoterapeutycznych programów terapeutycznych oraz ośrodków opieki wysokospecjalistycznej. ■

Opracowanie redakcji (TSZ)
na podstawie: KONDYCJA
PSYCHICZNA MIESZKAŃCÓW
POLSKI. Raport z badań „Kom-
pleksowe badanie stanu zdrowia
psychicznego społeczeństwa i jego
uwarunkowań – EZOP II” Redak-
cja naukowa: Jacek Moskałewicz
i Jacek Wciórka. Instytut Psychia-
trii i Neurologii Warszawa 2021 r.

MODEL STANOWIENIA PRAWA W OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO – OPIS CHOROBY Z PROPOZYCJAMI TERAPII

WOJCIECH KOSMOWSKI

| Katedra Psychiatrii, CM UMK w Bydgoszczy

WPROWADZENIE

W praktyce zawodowej spotykamy się z różnymi wyzwaniami. Możemy je wymieniać bez końca: pandemia, niedostatek środków i zasobów, roszczeniowe nastawienia, itd. Jednak wyzwaniem takim jest także prawo. W tym artykule będą opisane skrótowo problemy, które stwarza dla nas prawo, a ściślej: sposób jego stanowienia, wraz ze sposobami ich rozwiązania. Wymaga to ze strony środowiska zajęcia się tym problemem, a także dużej cierpliwości, stałości w działaniu oraz przekonywania – zarówno decydentów, jak i pacjentów czy członków ich rodzin. Podczas Zjazdu Psychiatrów Polskich w Szczecinie jedna z sesji „Filozofia prawa ochrony zdrowia psychicznego w Polsce” była poświęcona tym zagadnieniom.

Gdy blisko trzy dekady temu, na ostatnim roku studiów medycznych miałem wykłady z prawa medycznego – prowadzący powiedział, żebyśmy się zbytnio nie przejmowali tą wiedzą – bo zanim zaczniemy praktykować to wszystko się zmieni. Z czasem takich wymiarów prawa stwarzających problemy dla praktyki medycznej widziałem więcej.

SPOSÓB PODEJMOWANIA DECYZJI W OCHRONIE ZDROWIA A PRAWO

Praca lekarza, w szczególności psychiatrii, zależy od wielu czynników. W podejmowaniu decyzji diagnostycznych, terapeutycznych, leczniczych i w czynnościach orzeczniczych muszą być uwzględnione aspekty kliniczne, etyczne, prawne. Aby działanie to było spójne, logiczne, zrozumiałe – te wszystkie aspekty muszą być uzgodnione.

W języku polskim słowo „prawo” może być używane w dwóch znaczeniach. Po pierwsze – dla określenia obiektywnej normy postępowania (lex – łac., law – ang.). Po drugie – w ten sposób określa się subiektywny, osobisty взгляд, na mocy którego coś się komuś należy (ius – łac., right – ang.). Poniżej zestawiono dwie definicje tego, czym jest prawo. Według pozytywistycznej – jest to zbiór norm ogólnych pochodzących od władzy państwowej, zabezpieczony przymusem państwowym. Zgodnie z definicją klasyczną – prawo stanowią regulacje dla wspólnego dobra, wydane przez kompetentną władzę, w odpowiedni sposób promulgowane.

W pewnych przypadkach regulacje prawne mogą być czysto umowne, gdy rzeczywistość można porządkować w różny sposób. Do-

tyczy to na przykład ustaleń – czy ruch drogowy ma być prawo, czy lewostronny. W innych przypadkach stanowienie prawa musi w dużym stopniu uwzględniać wymogi dyscypliny, której dotyczy. Jeśli dojdzie do zaniedbania tego – prawo będzie tworzyć alternatywną rzeczywistość i może uczynić więcej szkody niż pożytku.

Prawnicy zdają sobie sprawę z tych problemów. Lech Morawski napisał: „Z chwilą, gdy prawo uznano za główny instrument polityki społecznej, ekonomicznej, polityki ochrony środowiska czy zdrowia, stało się ono też najważniejszym producentem ryzyka w społeczeństwach ponowoczesnych. Nasza niezdolność do przewidywania przebiegu złożonych procesów społecznych i ekonomicznych coraz częściej prowadzi do tego, iż nasze decyzje powodują skutki bardziej rozległe i katastroficzne niż wielkie klęski żywiołowe. Jest wiele racji w twierdzeniu, iż prognozowanie to najłagodniejszy element współczesnej polityki państwa. Sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że państwo nie ma już absolutnego monopolu decyzyjnego w ważnych sprawach społecznych i – jak wspominaliśmy – oprócz polityki państwa pojawiają się niezależne subpolityki poszczególnych podsystemów i korporacji” (Morawski, 2014a, s. 27-28).

Szczególnym wyzwaniem współczesnego świata, a zwłaszcza psychiatrii jest wielowymiarowość (ilustruje ją tabela nr 1). Jeśli będziemy rozpatrywać problem „alkoholizmu”, „uzależnienia od alkoholu”, „zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu” to okaże się, że w zależności od dyscypliny nauki, od przygotowania zawodowego, czy miejsca pracy interesujące będą różne aspekty tego problemu. Pełne spojrzenie na temat uwzględniać powinno wszystkie te aspekty, jak również ich powiązania, a także rodzaje stosowanej argumentacji. Właściwe rozumienie tego fenomenu i pomoc chorym są możliwe tylko wtedy, jeśli wszyscy zajmujący się problemem są otwarci na to, że różne grupy naukowców, profesjonalistów i praktyków mają swoje spojrzenia.

ne kształtowanie przepisów. Może być to w związku z tym nieakceptowalne dla polityków, jednak postuluje to Kodeks Etyki Lekarskiej (art. 5 KEL). Takie ujęcie sprzyja jedności praktyki, etyki i prawa. Jeśli będzie odwrotnie – tj., gdy uznamy, że wszystko, co uzasadnione prawnie jest moralne – będzie pro-

wadziło to do zamiany profesjonalistów w urzędników (przy braku możliwości swobody działań zawodowych zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną – co podkreśla art. 4 KEL). Przy niezależności etyki i prawa będzie dochodziło do rosnącego znaczenia sprzeciwu sumienia (zob. tabela nr 2).

TABELA 2: RELACJE ETYKI I PRAWA

RODZAJ RELACJI	KONSEKWENCJA
Niezależność etyki i prawa	Rosnące znaczenie sprzeciwu sumienia
Prawo podporządkowane etyce	Brak możliwości dowolnego kształtowania prawa (pod względem częstości zmian i rodzaju treści)
Etyka podporządkowana prawu	Zamiana profesjonalistów w urzędników

TABELA 1: WIELOASPEKTOWOŚĆ PSYCHIATRII – NA PRZYKŁADZIE UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

ASPEKT PROBLEMU	PRZYKŁADOWE ZAGADNIENIA	ŹRÓDŁA DEFINICJI
Medyczny	Diagnostyka, terapia pacjenta i jego najbliższych oraz określenie rokowania	Naukowcy, międzynarodowe oraz krajowe towarzystwa i organizacje Lekarze praktycy
Prawny	Kwalifikacja prawna czynu, poczytalność osoby uzależnionej, obecność przestępstwa do leczenia wbrew woli, do odszkodowania albo odmowy jego wypłacenia, praw do innych świadczeń	Prawodawcy Profesorowie prawa Prokuratorzy i sędziowie Inni prawnicy
Teologiczny	Grzech Wada moralna Sposób duszpasterstwa osób uzależnionych i ich rodzin	Tradycja Pismo Święte Ojcowie Kościoła Ojcowie Apostolscy Nauczanie Kościoła - Urząd Nauczycielski Teolodzy (duchowości, moralni i in.) Duszpasterze
Społeczny	Patologia społeczna Niedostosowanie społeczne Demoralizacja	Naukowcy (z różnych dziedzin: socjologia, psychologia, pedagogika) Publicyści, Ideolodzy, Praktycy

Relacje etyki i prawa mogą być różne. Te dwa światy mogą być od siebie niezależne, względnie jeden podporządkowany drugiemu. Jeśli prawo będzie podporządkowane etyce – nie będzie możliwe dowol-

MIĘDZY PRAKTYKĄ A FILOZOFIĄ PRAWA

Prawo medyczne obejmuje szeroki zakres problematyki. W jego skład wchodzi regulacje określające przesłanki dopuszczalności wykonywania przez pracowników określonych świadczeń, granic kompetencji samorządów zawodowych profesjonalistów, formy, w jakich mogą być wykonywane zawody medyczne oraz zakresy czynności zawodowych, warunki legalności wykonywania zabiegów medycznych, regulacje dotyczące przymusu w leczeniu, sposób finansowania i odpłatności za świadczenia zdrowotne, problematykę odpowiedzialności zawodowej.

Problemy prawne najbardziej typowe dla ochrony zdrowia psychicznego to: dylemat autonomii czy paternalizmu, zasady stosowania przymusu bezpośredniego, leczenie wbrew woli, poczytalność. Wiele wyzwań prawnych i innych zjawisk spoza wyżej wymienionych także wpływa na zasady uprawiania psychiatrii. Dotyczy to praw pacjenta, tajemnicy terapii i ochrony danych medycznych, aspektu organizacyjnego ochrony zdrowia oraz reguł uprawiania badań naukowych.

We współczesnych rozważaniach na temat filozofii i prawa toczy się dysputa pomiędzy modernizmem a postmodernizmem. Są także reprezentowane inne kierunki myśli ludzkiej, np. republikanizm, komunitaryzm, społeczna nauka Kościoła, prawo i ekonomia, personalizm, różne nurty bioetyki. Poczytywizm prawniczy nawiązuje do myśli Thomasa Hobbesa – „autorytet, nie prawda, stanowi prawo”. Przecistawiany jest koncepcjom prawa naturalnego. W skrajnym przypadku nakazuje wypełniania każdego prawa, o ile było ustanowione zgodnie z obowiązującymi

procedurami. Nie musi to być prawo sprawiedliwe. Prawo jednak zawsze podlega ocenie moralnej (a nie jest ponad moralnością).

Niewątpliwie należy unikać anarchii, jaką byłoby niestosowanie się do prawa w ogóle. Zbyt szczegółowe normy prawne jednak utrudniają czy wręcz uniemożliwiają działanie zgodnie z nimi. W szczególności mogą być one sprzeczne z przyjętymi zasadami moralnymi oraz ze stanem wiedzy mającej zastosowanie w wykonywanej pracy. Zestawienie różnych możliwych relacji: prawa i etyki oraz konsekwencji ich przyjęcia zawiera tabela nr 3.

WYBRANE WYZWANIA SYSTEMU PRAWNEGO W OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Wyzwania wynikające z opisanego wyżej systemu prawnego to konieczność znajomości coraz bardziej szczegółowych regulacji i nadążania profesjonalistów za zmianami, a także – przynajmniej w podstawowym zakresie – umiejętność interpretacji prawa. Szczegółowe normy wyjaśniające zasady wykładni prawa są zawarte w osobnych opracowaniach. Trudno jednak oczekiwać, by profesjonalista niebędący prawnikiem samodzielnie w pełni poprawnie je interpretował i na bieżąco śledził zmiany prawa i orzecznictwa. W samej tylko ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego dokonano kilkudziesięciu zmian, a Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 roku miała ponad 50 modyfikacji. To zjawisko prowadzi także do niezgodności poszczególnych ustaw między sobą.

Analiza opracowań różnych podmiotów na temat projektów aktów prawnych dostarcza istotnych informacji na temat kompetencji, nastawienia i zdolności do współpracy różnych profesjonalistów w pełnieniu zadań społecznych. Na przykład podczas procedowania projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych część organizacji psychoterapeutycznych postulowała absolutną niezależność zawodu psychoterapeuty i wskazywała brak konieczności prowadzenia konsultacji pacjentów z lekarzem. Akty prawne mogą być stanowione w interesie wybranych grup wpływów.

Wiele trudności praktycznych wynika z tego, że na kształt aktów prawnych wpływają ideologie, np. tzw. medykalizacja czy psychiatryzacja życia. Zgodnie z tym ujęciem wiele problemów, np. przestępczość czy zjawiska społeczne są wyjaśniane głównie w kategoriach medycznych i stąd wynikają postu-

TABELA 3: WYMIARY ETYKI I PRAWA

WYMIAR	PRAWO	ETYKA
Źródło	Decyzja polityczna	System filozoficzny / religijny
Stabilność	Mała (dużo zmian w czasie)	Wysoka
Sankcja	Prawna (kara pozbawienia albo ograniczenia wolności, grzywna)	Sumienie, ostracyzm środowiska
Konflikt wewnętrzny	Możliwy i względnie częsty	Rzadki, zależy od wewnętrznej spójności systemu

WYBRANE DANE STATYSTYCZNE

Zgodnie z ustaleniami serwisu „Barometr Prawa” (<https://barometrprawa.pl>) w rekordowym 2016 r. uchwalono 35260 stron przepisów prawa, a w pierwszych trzech kwartałach 2021 r. - 24620. W 2020 r. średni czas procedowania nad ustawą to 77 dni.

Rosnąca drobiazgowość i komplikacja przepisów stanowi kolejne wyzwanie. Ilustruje to fakt, że aktualnie obowiązuje w Polsce 9401 ustaw i 8652 rozporządzeń (wg serwisu LEX – dane na dzień 19.11.2021), biorąc pod uwagę tylko opublikowane w Dzienniku Ustaw (Dz.U.) i Monitorze Polskim (M.P.). Analizując terminy występujące w aktach prawnych okazuje się, że ilość wystąpień określonych zapisów w tych dokumentach przekracza możliwości percepcji i uniemożliwia znajomość ich wszystkich, a tym samym ich stosowanie. Na przykład termin „dokumentacja medyczna” występuje w 614 aktach rangi Dz.U. i M.P., w 33 Dz. UE, w 481 Dziennikach Resortowych i w 138 aktów korporacyjnych (wydanych np. przez Izby Lekarskie) oraz w 141 projektach ustaw (stan na dzień 19.11.2021). Określenie: „zdrowie psychiczne” występuje łącznie w 777 aktach prawnych, w tym 314 Dz.U. i M.P., w 46 Dz.UE, w 317 dziennikach resortowych, w 18 korporacyjnych, w 80 projektach ustaw. Analizując wybrane rozpoznanie psychiatryczne – „autyzm” występuje w 100 aktach prawnych, w tym w 57 Dz.U. i M.P. i 3 dziennikach UE, w 33 regulacjach resortowych i w 7 projektach ustaw.

laty, by negatywne zjawiska były „leczone”. Szczególnym przejawem tego jest uchwalenie Ustawy z dnia 23 października 2013 roku o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzającymi zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Ustawa ta została wprowadzona w życie wbrew stanowisku ekspertów: środowisku psychiatrów, psychologów, negatywnej ocenie Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Specjalisty Krajowego ds. Psychiatrii, Samorządu Lekarskiego, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, Komitetu Helsińskiego. Stosowanie tego aktu prawnego prowadzi do tego, że zamiast zajmować się ochroną zdrowia psychicznego, psychiatria miałaby zastępować wymiar sprawiedliwości w dziele zapewnienia porządku prawnego. Jest ona przykładem instrumentalnego traktowania psychiatrii i psychiatrów.

Lekarz czy inny profesjonalista podejmując czynności wobec jednego tylko pacjenta w określonej sytuacji klinicznej (np. wizyta w poradni zdrowia psychicznego) musi przestrzegać zasad dużej liczby aktów prawnych. Prowadzi to do tego, że prócz czynności niezbędnych do pomocy choremu jest jeszcze zmuszony do wykonania wielu działań dodatkowych, tylko dlatego, by wypełnić przepisy prawa – bez uzasadnienia w standardach praktyki medycznej.

Przepisy prawne bardzo szczegółowo regulują sposób prowadzenia dokumentacji medycznej. Tym samym zastępują działanie towarzystw naukowych, a także krępują działanie profesjonalistów. Opisują zawartość dokumentacji, a nawet jej język (powinien być wyłącznie język polski). Zasady tego typu są notorycznie łamane ze względu na stosowane coraz częściej nazwy oraz skrótowce angielskie czy łacińskie.

Krytykowany często jest paternalizm lekarski, ale dominuje przecież paternalizm prawniczy – pra-

wo jest nadmiernie drobiazgowo, ogranicza możliwość wyboru strategii postępowania, nie uwzględnia wyjątków i szczególnych sytuacji. Ustawy coraz częściej kreują rzeczywistość, a nie porządkują ją.

TABELA 4: WYZWANIA SYSTEMU PRAWNEGO W POLSCE

PROBLEM	WYBRANE PRZYKŁADY
Rosnąca drobiazgowość i komplikacja przepisów	Aktualnie obowiązuje w Polsce 9401 ustaw i 8652 rozporządzeń. Analiza pierwszej wersji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i kolejnych nowelizacji wskazuje na rosnącą ilość regulacji. Podobna sytuacja dotyczy np. wypisywania recept.
Sprzeczności wewnętrzne, różnice interpretacyjne	Wielość aktów prawnych prowadzi do niejednorodnej terminologii (np. w systemie prawnym funkcjonują określenia: „niepełnosprawność intelektualna” i „upośledzenie umysłowe”). Interpretacja przepisów zmienia się w czasie.
Niekonsekwencja kolejnych nowelizacji	Reforma organizacji ochrony zdrowia i wprowadzenie kas chorych, a następnie NFZ. Ustawy mają po kilkadziesiąt nowelizacji, a kierunki zmian są nie do przewidzenia.
Jednoczesne podleganie wielu regulacjom prawnym	Przyjmowanie pacjenta w PZP, wystawianie przy tym recept i zaświadczeń jest regulowane kilkunastoma aktami prawnymi.
Rosnąca opresyjność wobec pracowników ochrony zdrowia	W niektórych opracowaniach na temat prawa medycznego większość miejsca zajmuje opis odpowiedzialności pracowników i zakładów opieki zdrowotnej.
Nierównowaga wobec prawa: organy państwa vs profesjonalści i świadczeniodawcy	W sporach zakładów opieki zdrowotnych z NFZ arbitrem jest NFZ.
Ignorowanie danych klinicznych, stanowisk profesjonalistów	Uwagi profesjonalistów do projektów ustaw rzadko są uwzględniane.
Ideologizacja przepisów	Medykalizacja i psychiatryzacja życia.
Niezgodność przepisów prawnych (definicji) z wymogami wynikającymi z rozwoju dyscypliny, którą reguluje	Regulacje dotyczące stawiania diagnoz i prowadzenia dokumentacji medycznej, wymogi czasowe porad lekarskich.
Terminologia stosowana w aktach prawnych jest niezgodna z zasadami dyscypliny, której dotyczy	Przykładowe błędy: powoływanie biegłych w celu „oceny osobowości nieletniego”, sformułowania łączące DSM-5 i ICD-10: „autyzm, w tym zespół Aspergera”.
Prawo nie służy porządkowaniu rzeczywistości i wspólnemu dobru, ale jest stanowione przeciwko jakiejś grupie	Pojawiające się uwagi w uzasadnieniach aktów prawnych, że są one stanowione np. by zapobiec patologii w środowisku lekarskim, a nie by ułożyć optymalne relacje trzech grup: lekarz – pacjent – płatnik.

REDAKCJA TEKSTU PRAWNEGO

Redakcja tekstu prawnego w Polsce przechodzi określoną drogę legislacyjną. Opisana jest ona szczegółowo w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 roku w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”.

Dokładną analizę metodyki pracy legislatora podejmuje Andrzej Malinowski. Idealny model stanowienia prawa zakłada, że jest to działalność celowa. Należy zatem wskazać, po co dany przepis ma zostać ustanowiony. Cel ten powinien być godziwy, zgodny z Konstytucją oraz kompetencjami twórców przepisu. Prawo należy stanowić tylko wtedy, gdy jest ono jedynym środkiem osiągnięcia zamierzonego celu. Pożytek z ustanowienia nowego prawa powinien przewyższać potencjalne szkody dla rozwoju społeczno-gospodarczego oraz inflacji prawa. Dalsze etapy analizy powinny obejmować wybór środka prawnego, rodzaju regulacji oraz ocenę ich skutków we współpracy z partnerami (np. lobbystami, ekspertami) w procesie legislacyjnym. Ich zdanie nie jest jednak dla prawodawcy wiążące. Zestawienie wyzwań systemu prawnego w Polsce zawiera tabela 4.

UWAGI KOŃCOWE

Po tym skrótowym przedstawieniu problematyki nasuwają się następujące wnioski.

- Prawo nie może być niezależne od etyki i od dyscypliny, której dotyczy.
- Prawo medyczne wymaga konsensusu różnych sił politycznych oraz organizacji profesjonalnych. Jest to możliwe w praktyce, czego dowodzi: Psychiatrie-Enquête – dokument przygotowany przez profesjonalistów i główne siły polityczne w Niemczech w 1975 r. Po zatwierdzeniu przez Bundestag opracowanie to stało się podstawą prowadzenia reformy.
- Współpraca profesjonalistów w tworzeniu prawa nie powinna polegać tylko na przesyłaniu uwag do gotowych projektów (zwłaszcza, gdy czas na ich składanie jest krótki). Coraz bardziej palącą potrzebą staje się wspólne układanie strategii tworzenia prawa (przez główne siły polityczne oraz organizacje profesjonalne). Kierunki zmian powinny być jasno określone.
- Prawo nie może być nazbyt szczegółowe. W szczególności ustalanie standardów obejmujących zasady praktycznego postępowania należy zostawić towarzystwom naukowym.
- Większość szczegółowych, ograniczających regulacji powinna być negocjowana z płatnikiem (w razie konieczności wynikających z konkretnych sytuacji klinicznych). Na przykład dotyczyć to powinno limitu okresu pobytu w szpitalu psychiatrycznym, a także otwarcia zamkniętej listy kodów ICD-10 diagnoz, które mogą być stawiane w danej placówce.
- Regulacje prawne powinny umożliwiać swobodę działań zawodowych zgodnie z sumieniem i współczesną wiedzą medyczną (art. 4 KEL).
- Na etapie projektowania ustaw należy zwrócić uwagę na uzasadnienie ich, opis skutków ekonomicznych, możliwość zastosowania regulacji w różnych warunkach.
- Lekarze muszą znać – przynajmniej w podstawowym zakresie podstawy filozofii prawa, zasady jego wykładni. W ten sposób łatwiejsza będzie nasza praktyka, a utrudnione stanie się manipulowanie decyzjami medycznymi „w imieniu prawa”. Przykładowe opracowania na ten temat zawiera tabela nr 5.

TABELA 5: WYBRANE ŹRÓDŁA

POZYCJA	OPIS
K. Bobińska, K. Eichstaedt, P. Gałęcki – <i>Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz</i> . Warszawa: Wolters Kluwer 2016	Jeden z najnowszych komentarzy do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Uwzględnia szeroko aktualne orzecznictwo.
L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.) – <i>System prawa medycznego. Tom 1. Instytucje prawa medycznego</i> . Warszawa: CH Beck 2018	Pierwsza część monumentalnej serii zaplanowanej na 6 tomów. Opisane w niej są m.in. podstawy, źródła prawa medycznego, właściwości stosunku prawno-medycznego.
L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.) – <i>System prawa medycznego. Tom 2. Szczególne świadczenia zdrowotne</i> . Warszawa: CH Beck 2018	Druga część serii – zawiera opisy m.in. ochrony zdrowia psychicznego, terapii uzależnień, prawnych aspektów eutanazji i wspomaganego samobójstwa, korekty płci, eksperymentu medycznego, świadczeń zdrowotnych realizowanych w interesie wymiaru sprawiedliwości albo w związku z zadaniami wymiaru sprawiedliwości.
S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski – <i>Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz</i> . Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 1997.	Pierwszy komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Uwzględnia genezę ustawy i podstawowe zasady jej interpretacji. Nie zawiera natomiast orzecznictwa
J. Heitzman – <i>Psychiatria i prawo</i> . W: R.E. Hales, S.C. Yudofsky, G.O. Gabbard - <i>Psychiatria</i> . T. 1. Warszawa: Medipage 2010 s. 335-406.	Różne aspekty prawa i psychiatrii w ujęciu jednego z czołowych polskich ekspertów w dziedzinie psychiatrii sądowej
A. Jacek, E. Sarnacka (red.) – <i>Prawo medyczne dla lekarzy psychiatrów</i> . Warszawa: Difin 2014.	Syntetyczne opracowanie na temat wszystkich istotnych prawnych aspektów pracy lekarza psychiatry, w tym kwestie organizacyjne i relacje z pacjentem.
A. Malinowski (red.) – <i>Zarys metodyki pracy legislatora. Ustawy. Akty wykonawcze. Prawo miejscowe</i> . Warszawa: LexisNexis 2009.	Dogłębne opisanie procesu stanowienia prawa z uwzględnieniem kwestii proceduralnych, językowych wraz z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów w sprawie zasad techniki prawodawczej Dz.U. 100.908.2002. Dzięki stosowaniu zasad opisanych w tej pozycji możliwe jest stanowienie dobrego i jasnego prawa przez różne podmioty do tego uprawnione.
L. Morawski – <i>Podstawy filozofii prawa</i> . Toruń. Wydawnictwo „Dom organizatora” 2014.	Polski podręcznik filozofii prawa, ukazuje różne koncepcje prawa, problematykę jego stosowania, zagadnienia państwa prawa oraz rozważania na temat statusu naukowego filozofii prawa i innych nauk prawnych.
L. Morawski – <i>Zasady wykładni prawa</i> . Wydanie 3. Toruń. Wydawnictwo „Dom organizatora” 2014.	Opracowanie ukazuje różne zasady wykładni prawa, z uwzględnieniem reguł wnioskowania prawniczego, postępowania w przypadku reguł kolizyjnych, konsekwencji błędnych interpretacji.
G. Radbruch – <i>Filozofia prawa</i> . Warszawa: WN PWN 2012.	Podręcznik filozofii prawa. Autor porusza m.in. problematykę prawa w odniesieniu do moralności oraz obyczaju, zagadnienie prawa cywilnego, kościelnego, międzynarodowego.

SZTUKA MA MOC!

KATARZYNA BRODZIEK¹
DOROTA WEJCHERT²

1. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne
2. Akademia Finansów i Biznesu Vistula,
Wydział Sztuki, Techniki i Komunikacji



DEFINICJE ARTETERAPII

Zgodnie z definicją zaproponowaną przez Brytyjskie Stowarzyszenie Arteterapeutów (British Association of Art Therapists, <https://www.baat.org/>) terapia sztuką jest formą psychoterapii, która wykorzystuje środki artystyczne jako główny sposób ekspresji i komunikacji. Osoby, którym zaleca się tę formę terapii, nie muszą mieć umiejętności ani doświadczenia w dziedzinie sztuki. Arteterapia umożliwia osobisty rozwój w bezpiecznym i sprzyjającym środowisku.

Arteterapia wykorzystuje sztuki wizualne np. malowanie i rysowanie jako formy komunikacji. Może też być postrzegana jako proces dwufazowy: tworzenie sztuki oraz opowiadanie o tym doświadczeniu w środowisku terapeutycznym. Inne formy arteterapii to muzyka, taniec, teatr i pisanie.

Amerykańskie Towarzystwo Arteterapii (American Art Therapy Association, <https://arttherapy.org/>) proponuje definiowanie terapii sztuką poprzez historie osób zaangażowanych w ten proces. Takie podejście najlepiej pokazuje wpływ sztuki na życie poszczególnych osób (<https://arttherapy.org/voices-art-therapy/>).

CZY TO DZIAŁA?

Autorzy opublikowanego niedawno artykułu przeglądowego przeanalizowali ponad 400 doniesień na temat terapii sztuką (Hu i wsp. 2021). Arteterapia bywa stosowana w następujących wskazaniach: depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia funkcji poznawczych, choroba Alzheimera, schizofrenia, autyzm. Ciekawym wnioskiem z badań jest obserwacja, że arteterapia jest nie

Związki sztuk pięknych z medycyną (sztuką lekarską) pojawiają się od zarania dziejów. Psychiatria, chyba jako jedyna ze specjalności lekarskich, przyznaje należne miejsce sztuce i uwzględnia jej wpływ terapeutyczny. Arteterapia nie tylko rozwija się dynamicznie, ale także zajmuje miejsce w wytycznych leczenia zaburzeń psychicznych i w badaniach naukowych. Pierwsze opisy zastosowania sztuki w terapii zaburzeń zdrowia psychicznego datowane są na lata 40. XX wieku, a w ostatnich dwóch dekadach opublikowano wiele doniesień analizujących skuteczność różnych form terapii sztuką.

tylko przydatną metodą w komplementarnym leczeniu zaburzeń psychicznych, ale także pozwala zespołowi terapeutycznemu na uzyskanie dodatkowych ważnych informacji o pacjencie, które wykraczają poza wyniki wykonanych uprzednio skal i testów.

Terapia sztuką ma zastosowanie nie tylko u osób z problemami zdrowia psychicznego, ale także w szerokim spektrum innych zaburzeń. W niedawno opublikowanym artykule przeglądowym autorzy wykazali zastosowanie arteterapii w następujących siedmiu kategoriach klinicznych: **1.** Pacjenci z chorobą nowotworową; **2.** Pacjenci z chorobami przewlekłymi, np. przewlekłą niewydolnością serca, otyłością; **3.** Osoby z problemami zdrowia psychicznego; **4.** Osoby po przebyciu traumatycznego wydarzenia życiowego; **5.** Osoby przebywające w więzieniu. **6.** Osoby w starszym wieku; **7.** Ludzie zmagający się z trudnościami życia codziennego (Regev 2018).

Arteterapia znajduje także zastosowanie w leczeniu dyzartrii u dzieci w mózgowym porażeniu dziecięcym.

Najczęstszą formą terapii sztuką jest malarstwo i rysunek. Mimo wielu dowodów na skuteczność kliniczną arteterapii jako dodatkowej metody leczenia zaburzeń psychicznych, dotychczas nie wyjaśniono neurobiologicznego podłoża pozytywnych efektów tych działań. Badacze wskazują na potrzebę dalszych badań mających na celu wyjaśnienie wpływu arteterapii na poziomie neurologicznym, komórkowym i molekularnym.

Terapia sztuką jest formą psychoterapii, która wykorzystuje środki artystyczne jako główny sposób ekspresji i komunikacji.



Wybór prac prezentowanych na wystawie "Sztuka i Terapia". Dwie prace wykonane przez artystkę plastykę, siedem prac przez osobę uczestniczącą w arteterapii.

TERAPIA SZTUKĄ W LECZENIU DEPRESJI OPINIE EKSPERTÓW

Kilka lat temu przeprowadzono badanie metodą Delphi, którego celem było uzyskanie opinii terapeutów pracujących w Szwecji na temat klinicznego zastosowania arteterapii w leczeniu depresji (Blomdahl i wsp. 2016). Metoda Delphi jest kilkietapowym procesem, w kilku rundach uczestnicy wyrażają stopień akceptacji dla twierdzeń zawartych w przygotowanym uprzednio kwestionariuszu.

Ekspertcy byli zgodni, że terapia sztuką daje możliwość ujawnienia myśli depresyjnych, uczuć i samopoczucia fizycznego osoby z depresją, a także opisywania doświadczenia życiowego. Wyrazili zgodność na temat czynników terapeutycznych w procesie arteterapii tj. pobudzanie kreatywności, stymulacja zmysłów, przetwarzanie symboli, ujawnianie emocji i doświadczeń życiowych. Ekspertcy uznali, że arteterapia pozwala na lepsze zrozumienie siebie, opisanie reakcji emocjonalnych i pozytywnie wpływa na zdolności podejmowania aktywności i zadań w codziennym życiu.

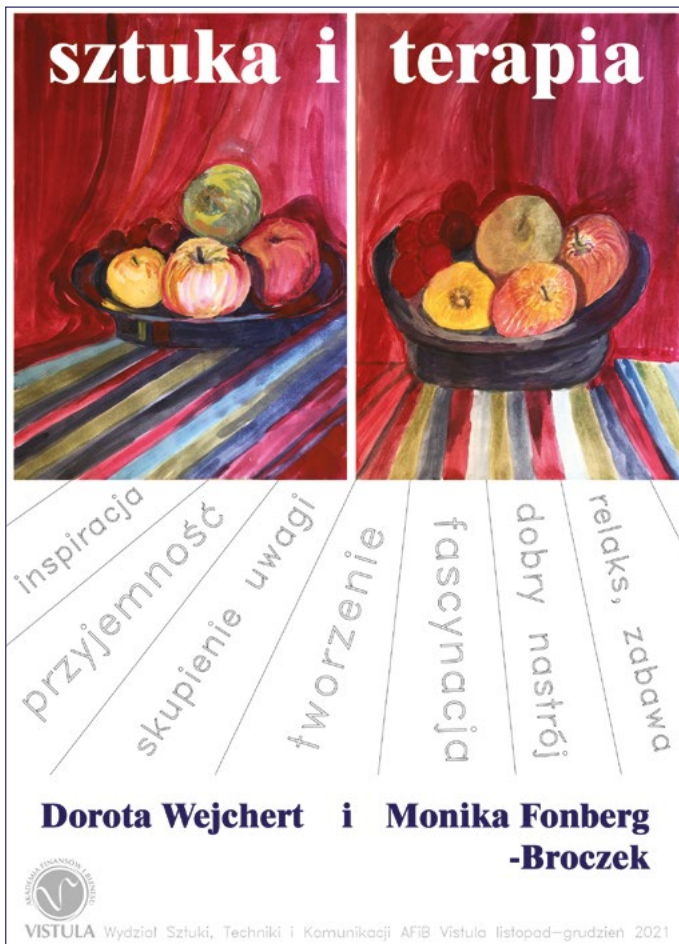
Wybór metody terapii dostosowanej do potrzeb pacjenta może wpłynąć na zmniejszenie objawów psychopatologicznych. Ekspertcy wykazali dużą rozbieżność w ocenie konkretnych zastosowań klinicznych arteterapii, zgodzili się z twierdzeniem, że malowanie w pozycji stojącej ma wpływ aktywizujący fizycznie, ale nie poparli stwierdzenia, że malowanie w pozycji stojącej jest bardziej zalecane niż w pozycji siedzącej. Nie osiągnięto porozumienia na temat proponowanego czasu prowadzenia arteterapii u osób z depresją.

FENOMENOLOGICZNA ARTETERAPIA

Jednym z kierunków arteterapii jest podejście fenomenologiczne polegające na analizie, jak struktury doświadczenia konstruują znaczenie zjawisk. Podejście fenomenologiczne ma odniesienie do świata, w którym żyjemy, i który uznajemy za oczywisty. Terapia sztuką ukierunkowana fenomenologicznie zwraca uwagę na sposób, w jaki pacjenci postrzegają świat, swoje życie i siebie samych. Cele terapeutyczne obejmują zwiększenie świadomości siebie, spojrzenie w nowy sposób na swoje życie, zaakceptowanie ograniczeń i identyfikację silnych stron oraz wytyczanie na tej podstawie indywidualnych priorytetów. Ciekawe badania przeprowadzono w Szwecji, po zakończeniu etapu fenomenologicznej arteterapii pytano pacjentów z depresją o ich doświadczenia. Dzięki tworzeniu sztuki pacjenci mogli lepiej zdefiniować i zrozumieć swoje samopoczucie, np. odnosząc emocje do kolorów używanych do malowania (Blomdahl 2018).

TERAPIA DLA KOBIEC?

Uzasadnieniem prowadzenia badań nad skutecznością arteterapii jako dodatkowej metody leczenia depresji wśród kobiet mogą być: częstsze występowanie depresji u kobiet, fakt, że kobiety częściej korzystają ze świadczeń ochrony zdrowia i mają większe kompetencje społeczne. Takie przesłanki przyjęli autorzy badania przeprowadzonego w Brazylii, w którym wykazano pozytywny wpływ cyklu arteterapii (20 sesji terapii grupowej trwających po 90 minut) jako adjuwantowej terapii u starszych kobiet (Ciasca i wsp. 2018). Wskazuje to na potrzebę dalszych badań i określenie możliwości i warunków skutecznego stosowania tej terapii u mężczyzn.



WYSTAWA „SZTUKA I TERAPIA”

Idea wystawy powstała z połączenia rezultatów działań artystycznych i terapeutycznych artystki plastyka i osoby w starszym wieku cierpiącej na depresję. Proces arteterapeutyczny objął ponad rok spotkań osobistych i zdalnych odbywających się dwa razy w tygodniu od kwietnia 2020 r. do jesieni 2021 r. Początkowe zadania obejmowały rysowanie prostych relaksujących kompozycji w kwadracie oraz próbki malarstwa inspirowane najbliższym otoczeniem. Z czasem sesje przerodziły się we wspólne rysowanie i malowanie z natury. Używanie zróżnicowanych technik od rysunku ołówkiem, tuszem, kawą czy kurkumą po olejne i suche pastele, aż do malowania temperą i akwarelą, dało wiele niezwykłych rezultatów. Inspirowana lekcjami pani Monika uległa wielkiej pasji codziennego, leczącego tworzenia, wykonując ponad 400 prac. Wspólna radość tworzenia stała się inspiracją do prezentacji wyboru prac na wystawie zatytułowanej „Sztuka i terapia”. Wystawa będzie dostępna dla zwiedzających w holu Akademii Finansów i Biznesu Vistula na warszawskim Ursynowie (ul. Stokłosa 3) w listopadzie i grudniu 2021 r. ■

PERSPEKTYWY NA PRZYSZŁOŚĆ

Badacze arteterapii wskazują na pięć obszarów, które mogą stanowić pole do dalszych działań:

- Prowadzenie wysokiej jakości badań klinicznych, które umożliwią uzyskanie wiarygodnych danych o wartości naukowej.
- Uwzględnienie różnorodnych wskaźników w ocenie skuteczności arteterapii, w tym oceny subiektywnej uczestników i wskaźników obiektywnych, np. badań obrazowych mózgu i badań laboratoryjnych.
- Porównywanie różnych form terapii dzięki szczegółowemu opisowi metodologii, grup pacjentów, przygotowania terapeutów, podstaw teoretycznych i mechanizmów terapii. Działania takie powinny być podejmowane zarówno w warunkach szpitalnych, jak i w środowisku.
- Tworzenie wytycznych dotyczących stosowania arteterapii na podstawie wiarygodnych wyników badań.
- Zgłębianie mechanizmów terapii sztuką na poziomie neurologicznym, komórkowym i molekularnym.

Piśmiennictwo:

1. American Art Therapy Association, <https://arttherapy.org/>.
2. Blomdahl C, Gunnarsson A, Guregard S et al. Art therapy for patients with depression: expert opinions on its main aspects for clinical practice. *Journal of Mental Health* 2016, <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207226>.
3. Blomdahl C, Wijk H, Guregard S, Rusner M. Meeting oneself in inner dialogue: a manual-based Phenomenological Art Therapy as experienced by patients diagnosed moderate to severe depression. *The Arts in Psychotherapy* 2018; 59: 17-24, <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.08.006>.
4. Ciasca EC, Ferreira RC, Santana CLA et al. Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2018; 40:256-263, [doi:10.1590/1516-4446-2017-2250](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2250).
5. Hu J, Zhang J, Hu L et al. Art therapy: A complementary treatment for mental disorders. *Frontiers in Psychology* 2021; 12:686005, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.686005>.
6. Regev D, Cohen-Yatziv L. Effectiveness of art therapy with adult clients in 2018 – What progress has been made? *Frontiers in Psychology* 2018; 9:1531, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01531>.
7. The British Association of Art Therapists, <https://www.baart.org/>.

▼ Niniejszy produkt leczniczy będzie dodatkowo monitorowany. Umożliwi to szybkie zidentyfikowanie nowych informacji o bezpieczeństwie. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane. Aby dowiedzieć się, jak zgłaszać działania niepożądane – patrz 4.8. ChPL

REAGILA: (Cariprazinum) Skład jakościowy i ilościowy: Reagila 1,5 mg kapsułki twarde: Każda kapsułka twarda zawiera chlorowodorek kariprazyny w ilości odpowiadającej 1,5 mg kariprazyny. **Reagila 3 mg kapsułki twarde:** Każda kapsułka twarda zawiera chlorowodorek kariprazyny w ilości odpowiadającej 3 mg kariprazyny. **Substancja pomocnicza o znanym działaniu:** Każda kapsułka twarda zawiera 0,0003 mg czerwieni Allura AC (E 129). **Reagila 4,5 mg kapsułki twarde:** Każda kapsułka twarda zawiera chlorowodorek kariprazyny w ilości odpowiadającej 4,5 mg kariprazyny. **Substancja pomocnicza o znanym działaniu:** Każda kapsułka twarda zawiera 0,0008 mg czerwieni Allura AC (E 129). **Reagila 6 mg kapsułki twarde:** Każda kapsułka twarda zawiera chlorowodorek kariprazyny w ilości odpowiadającej 6 mg kariprazyny. **Substancja pomocnicza o znanym działaniu:** Każda kapsułka twarda zawiera 0,0096 mg czerwieni Allura AC (E 129). **Postać farmaceutyczna:** Kapsułka, twarda. **Opakowanie:** 28 tabletek **Wskazania terapeutyczne do stosowania:** Produkt leczniczy Reagila jest wskazywany w leczeniu schizofrenii u pacjentów dorosłych. **Dawkowanie i sposób podawania:** Zalecana dawka początkowa kariprazyny wynosi 1,5 mg jeden raz na dobę. Następnie dawkę można powoli zwiększać o 1,5 mg, aż do dawki maksymalnej wynoszącej 6 mg/dobę, jeśli zajdzie taka potrzeba. Należy utrzymywać najniższą skuteczną dawkę zgodnie z kliniczną oceną lekarza prowadzącego. Ze względu na długie okresy półtrwania kariprazyny i jej czynnych metabolitów, stężenie w osoczu przez kilka tygodni nie będzie w pełni odzwierciedlało zmian w dawkowaniu. Przez kilka tygodni po rozpoczęciu podawania kariprazyny oraz po każdej zmianie dawkowania pacjentów należy monitorować pod kątem wystąpienia działań niepożądanych i odpowiedzi na leczenie. **Zmiana innych leków przeciwpyschotycznych na kariprazynę:** Podczas zmiany innych leków przeciwpyschotycznych na kariprazynę należy rozważyć stopniowe dostosowanie dawek obydwu leków, polegające na stopniowym odstawianiu poprzedniego leczenia podczas rozpoczynania leczenia kariprazyną. **Zmiana kariprazyny na inny lek przeciwpyschotyczny:** Podczas zmiany kariprazyny na inny lek przeciwpyschotyczny nie ma konieczności stopniowego dostosowania dawki obydwu leków. Po odstawieniu kariprazyny należy rozpocząć leczenie nowym lekiem przeciwpyschotycznym od najmniejszej dawki. Należy wziąć pod uwagę, że stężenie kariprazyny i jej czynnych metabolitów w osoczu zmniejszy się o 50% w ciągu ~1 tygodnia. **Specjalne grupy pacjentów:** **Zaburzenia czynności nerek:** Nie jest wymagane dostosowanie dawki u pacjentów z zaburzeniem czynności nerek o nasileniu łagodnym do umiarkowanego (Klirenś kreatyniny (CrCl) ≥ 30 ml/min i < 89 ml/min). Nie oceniano bezpieczeństwa ani skuteczności kariprazyny u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności nerek (CrCl < 30 ml/min). Nie zaleca się stosowania kariprazyny u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności nerek. **Zaburzenia czynności wątroby:** Nie jest wymagane dostosowanie dawki u pacjentów z zaburzeniem czynności wątroby o nasileniu łagodnym do umiarkowanego (5-9 punktów w skali Child-Pugh). Nie oceniano bezpieczeństwa ani skuteczności kariprazyny u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby (10-15 punktów w skali Child-Pugh). Nie zaleca się stosowania kariprazyny u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby. **Pacjenci w podeszłym wieku:** Dostępne dane dotyczące leczenia pacjentów w wieku podeszłym (≥ 65 lat) nie są wystarczające, aby ocenić, czy odpowiedź na leczenie w tej grupie różni się od odpowiedzi młodszych pacjentów. Wybór dawki u pacjentów w wieku podeszłym powinien być bardziej ostrożny. **Dzieci i młodzież:** Nie określono bezpieczeństwa stosowania ani skuteczności kariprazyny u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat. Dane nie są dostępne. **Sposób podawania:** Produkt leczniczy Reagila przeznaczony jest do podawania doustnego i należy go stosować jeden raz na dobę o tej samej porze dnia, z pokarmem lub niezależnie od posiłku. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Jednoczesne podawanie silnych lub umiarkowanych inhibitorów CYP3A4. Jednoczesne podawanie silnych lub umiarkowanych induktorów CYP3A4. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności:** **Myśli i zachowania samobójcze:** Możliwość zachowań samobójczych (myśli samobójcze, próby samobójcze, dokonane samobójstwa) jest niedokładnie związana z zaburzeniami psychicznymi i zwykle zdarzenia takie zgłaszane są krótko po rozpoczęciu leczenia lub po zmianie leczenia przeciwpyschotycznego. Leczenie przeciwpyschotyczne pacjentów z grupy wysokiego ryzyka powinno odbywać się pod ścisłym nadzorem. **Aktywna niepokój:** Aktywna i niepokój to częste występujące działania niepożądane leków przeciwpyschotycznych. Aktywna to zaburzenie ruchowe, które charakteryzuje się uczuciem wewnętrznej niepokoj i nieodpartą potrzebą bycia w ciągłym ruchu, jak również zmysłami takimi jak kołysanie się podczas siedzenia lub stania, unoszenia stóp przypominające chodzenie w miejscu oraz napięciem krzywizną nóg w czasie siedzenia. Ponieważ kariprazyna powoduje aktywność i niepokój, należy ją stosować ostrożnie u pacjentów, u których występuje aktywność lub którzy mają ku niej skłonności. Aktywna rozwija się we wczesnym etapie leczenia. Dlatego ważne jest ścisłe monitorowanie pacjentów w pierwszej jego fazie. Zapobieganie obejmuje powolne zwiększanie dawki; leczenie polega na nieznacznym zmniejszeniu dawki kariprazyny lub leków stosowanych w zespole pozapiramidowym. Dawkę kariprazyny można dostosować indywidualnie na podstawie odpowiedzi pacjenta i tolerancji leczenia. **Dyskinezy późne:** Dyskinezy późne to zespół potencjalnie nieodwracalnych, rytmicznych, mimowolnych ruchów, dotyczących głównie języka i (lub) twarzy), które mogą rozwinąć się u pacjentów stosujących leki przeciwpyschotyczne. Jeśli u pacjenta stosującego kariprazynę pojawią się objawy podmiotowe i przedmiotowe późnych dyskinez, należy rozważyć przerwanie leczenia. **Choroba Parkinsona:** Leki przeciwpyschotyczne stosowane u pacjentów z chorobą Parkinsona mogą zaostrzać przebieg choroby podstawowej oraz powodować pogorszenie objawów choroby Parkinsona. Dlatego lekarz prowadzący przepisując kariprazynę pacjentom z chorobą Parkinsona musi ocenić stosunek ryzyka do korzyści. **Objawy okulistyczne/zacma:** Podczas badań nieklinicznych kariprazyny zaobserwowano przypadki zmętnienia soczewek/zaćmy u psów. W badaniach z udziałem ludzi nie ustalono jednak związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zmianami w soczewkach/zacmą a stosowaniem kariprazyny. Pacjentom, u których rozwinęła się objawy potępienia związane z zacmą, należy zalecać wykonanie badań okulistycznych i ponownie ocenić u nich zasadność dalszej terapii. **Złotliwy zespół neuroleptyczny (ZZN):** Złotliwy zespół neuroleptyczny (ZZN) jest stanem potencjalnie śmiertelnym, który zgłaszano w związku z przyjmowaniem leków przeciwpyschotycznych. Kliniczny objaw ZZN są: bardzo wysoka gorączka, sztywność mięśni, zwiększenie aktywności fosfokinazy kreatyninowej, zaburzenia świadomości oraz objawy niestabilności autonomicznego układu nerwowego (niemiarowe tętno lub wahania ciśnienia tętniczego krwi, tachykardia, obfite pocenie się i zaburzenia rytmu serca). Dodatkowe objawy mogą obejmować mioglobiniurię (rhabdomyolizę) oraz ostrą niewydolność nerek. Jeżeli u pacjenta wystąpią objawy podmiotowe i przedmiotowe wskazujące na ZZN lub wysoka gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, bez innych klinicznych objawów ZZN, należy natychmiast odstawić kariprazynę. **Napady drgawek:** Należy zachować ostrożność stosując kariprazynę u pacjentów z napadami drgawek w wywiadzie lub u pacjentów ze stanami, które mogą obniżyć próg drgawkowy. **Pacjenci w podeszłym wieku z otępieniem:** Nie przeprowadzono badań dotyczących stosowania kariprazyny u pacjentów w wieku podeszłym z otępieniem. Nie zaleca się stosowania kariprazyny w leczeniu pacjentów w podeszłym wieku z otępieniem ze względu na zwiększone całkowite ryzyko zgonu. **Ryzyko udaru naczyniowego mózgu (ang. cerebrovascular accident, CVA):** Podczas randomizowanych badań klinicznych kontrolowanych placebo u pacjentów z otępieniem obserwowano około 3-krotne zwiększenie ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych dotyczących krążenia mózgowego związanych ze stosowaniem niektórych atypowych leków przeciwpyschotycznych. Nie jest znany mechanizm odpowiedzialny za to zwiększone ryzyko. Nie można wykluczyć istnienia zwiększonego ryzyka w odniesieniu do innych leków przeciwpyschotycznych lub innych grup pacjentów. Kariprazynę należy stosować ostrożnie u pacjentów, u których występują czynniki ryzyka udaru. **Zaburzenia sercowo-naczyniowe:** **Zmiany wartości ciśnienia tętniczego:** Kariprazyna może wywoływać niedociśnienie ortostacyjne, jak również nadciśnienie tętnicze. Kariprazynę należy stosować ostrożnie u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego predysponującymi do zmian wartości ciśnienia tętniczego. Należy monitorować ciśnienie tętnicze. **Zmiany w zapisie EKG:** U pacjentów leczonych lekami przeciwpyschotycznymi może wystąpić wydłużenie odstępu QT. Nie wykryto wydłużenia odstępu QT związanego ze stosowaniem kariprazyny w porównaniu do placebo podczas badania klinicznego zaprojektowanego do oceny potencjalnego wydłużenia odstępu QT. W badaniach klinicznych zgłoszono jedynie kilka przypadków wydłużenia odstępu QT po podaniu kariprazyny, które nie były ciężkie. Dlatego u pacjentów ze stwierdzoną chorobą układu sercowo-naczyniowego lub u pacjentów z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku wydłużenia odstępu QT, jak również u pacjentów stosujących produkty lecznicze, które mogą powodować wydłużenie odstępu QT, kariprazynę należy stosować ostrożnie. Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa (ZChZZ): Zgłaszano przypadki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej po stosowaniu leków przeciwpyschotycznych. Ze względu na częste występowanie nabytych czynników ryzyka ZChZZ u pacjentów leczonych lekami przeciwpyschotycznymi, należy rozpoznać wszystkie możliwe czynniki ryzyka zakrzepu z zatorami przed rozpoczęciem leczenia kariprazyną i w czasie jego trwania, a także zastosować środki zapobiegawcze. **Hiperglikemia i cukrzyca:** U pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą lub z czynnikami ryzyka rozwoju cukrzycy (np. otyłość, cukrzyca w wywiadzie rodzinnym), którzy rozpoczynają leczenie atypowymi lekami przeciwpyschotycznymi, należy monitorować stężenie glukozy w surowicy. W badaniach klinicznych zgłaszano działania niepożądane związane ze stężeniem glukozy podczas stosowania kariprazyny. **Kobiety w wieku rozrodczym:** Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować metodę antykoncepcji o wysokiej skuteczności podczas leczenia kariprazyną i co najmniej przez 10 tygodni po jej zakończeniu. Kobiety stosujące hormonalne środki antykoncepcyjne o działaniu układowym powinny stosować dodatkowo drugą, mechaniczną metodę antykoncepcyjną. **Zmiana masy ciała:** Obserwowano znaczące zwiększenie masy ciała podczas stosowania kariprazyny. Należy regularnie monitorować masę ciała pacjentów. **Substancje pomocnicze:** Produkt leczniczy Reagila kapsułki twarde o mocy 3 mg, 4,5 mg i 6 mg zawierają barwnik czerwieni Allura AC (E 129), który może powodować reakcje alergiczne. **Ciąża i karmienie piersią, płodność:** **Kobiety w wieku rozrodczym i (lub) stosujące antykoncepcję:** Kobiety w wieku rozrodczym należy zalecać unikanie ciąży podczas stosowania produktu leczniczego Reagila. Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować metodę antykoncepcji o wysokiej skuteczności podczas stosowania produktu leczniczego Reagila i co najmniej przez 10 tygodni po zakończeniu leczenia. Obecnie nie wiadomo, czy kariprazyna może zmniejszać skuteczność hormonalnych środków antykoncepcyjnych o działaniu układowym. Dlatego kobiety stosujące hormonalne środki antykoncepcyjne o działaniu układowym powinny stosować dodatkowo mechaniczną (barierową) metodę antykoncepcyjną. **Ciąża:** Nie istnieją lub istnieją tylko ograniczone dane dotyczące stosowania kariprazyny u kobiet w ciąży. Badania na zwierzętach wykazały działanie toksyczne na rodzą, w tym wady rozwojowe u szczurów. Nie zaleca się stosowania produktu leczniczego Reagila w czasie ciąży ani u kobiet w wieku rozrodczym niestosujących skutecznej metody antykoncepcyjnej. Po odstawieniu kariprazyny środki antykoncepcyjne należy stosować przez okres wynoszący co najmniej 10 tygodni z powodu powolnej eliminacji substancji czynnych z ustroju. Noworodki narażone na działanie leków przeciwpyschotycznych (w tym na kariprazynę) w czasie trzeciego trymestru ciąży są w grupie ryzyka wystąpienia działań niepożądanych, w tym objawów pozapiramidowych i (lub) objawów odstawienia leku, o różnej ciężkości i czasie trwania po porodzie. Zgłaszano przypadki takie jak: pobudzenie, wzmożone napięcie, obniżone napięcie, drżenie, senność, zaburzenia oddechow, lub zaburzenia związane z karmieniem. Powyższe powikłania różniły się stopniem ciężkości; niekiedy objawy ustępowały samoistnie, podczas gdy w innych przypadkach noworodki wymagały wsparcia na oddziale intensywnej opieki medycznej i przedłużonej hospitalizacji. W związku z tym należy uważnie monitorować noworodki. **Karmienie piersią:** Nie wiadomo, czy kariprazyna lub jej czyste metabolity są wydzielane do mleka ludzkiego. Kariprazyna i jej metabolity są wydzielane do mleka szczurów w czasie laktacji. Nie można wykluczyć występowania ryzyka dla noworodków i (lub) niemowląt. Należy przerwać karmienie piersią podczas stosowania kariprazyny. **Płodność:** Nie oceniano wpływu kariprazyny na płodność u ludzi. W badaniach na szczurach obserwowano niższe wskaźniki płodności i zapłodnienia u samic. **Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn:** Kariprazyna wywiera niewielki lub umiarkowany wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn. Należy ostrzec pacjentów przed obsługiwaniem niebezpiecznych urządzeń, w tym pojazdów, do czasu całkowitego upewnienia się, że leczenie produktem leczniczym Reagila nie wywiera niekorzystnego wpływu na te czynności. **Działania niepożądane:** Bardzo często ($\geq 1/10$): aktywna (Aktywna: aktywność, hiperaktywność psychoruchowa, niepokój), parkinsonizm (Parkinsonizm: akineza, bradykineza, spowolnienie umysłowe, objaw koka zębatego, zaburzenia pozapiramidowe, zaburzenia chodu, zmniejszona ruchliwość, sztywność sztywna, drżenie, twarz maskowata, sztywność mięśniowa, sztywność mięśniowo-szkieletowa, sztywność karku, parkinsonizm). Często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$): Zwiększenie masy ciała, zmniejszenie łaknienia, zwiększenie łaknienia, dyslipidemia, zaburzenia snu (Zaburzenia snu: bezsenność, nietypowe sny/koszmary senne, zaburzenia dobowego rytmu snu, zaburzenia snu, nadmierna senność, bezsenność początkowa, bezsenność zasadnicza, koszmary senne, zaburzenia snu, somnambulizm, bezsenność terminalna.), łęk, sedacja, zawroty głowy, dystonia (Dystonia: kurcz powiek, dystonia, zwiększone napięcie mięśni, dystonia ustno-zuchwowa, gręzły szyi, szczękocisk), inne objawy pozapiramidowe i zaburzenia ruchu (Inne choroby pozapiramidowe oraz zaburzenia ruchu: zaburzenia równowagi, brukizm, ślinotok, dystrydia, zaburzenia chodu, nieprawidłowy odruch głaskający, hiporefleksja, zaburzenia ruchowe, zespół niespokojności nóg, nadmierne wydzielanie śliny, zaburzenia ruchów języka), niewyraźne widzenie, tachyartymia, nadciśnienie tętnicze, nudności, zaparcia, wymioty, zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych, zwiększenie stężenia kinazy fosfokreatyninowej we krwi, zmęczenie. Niezbyt często ($\geq 1/1000$ do $< 1/100$): niedokrwistość, eozynofilia, zmniejszenie stężenia tryptofanu we krwi, nieprawidłowe stężenie sodu we krwi, zwiększenie stężenia glukozy we krwi, cukrzyca, zachowania samobójcze, majaczenie, depresja, zmniejszenie libido, zwiększenie libido, zaburzenia wzroku, letarg, zaburzenia uczucia, dyskineza (Dyskineza: choreoatetoza, dyskineza, grymasy twarzy, napad przymusowego patrzenia z rotacją gałek ocznych, wysunięty język), dyskineza późna, podrażnienie oka, zwiększone ciśnienie śródgałkowe, zaburzenia akomodacji, zmniejszona ostrość widzenia, zawroty głowy pochodzenia błędnikowego, zaburzenia przewodzenia w sercu, bradyartymia, wydłużenie odcinka QT na odczycie EKG, nieprawidłowe wartości zalamka T na odczycie EKG, niedociśnienie tętnicze, czkawka, choroba reflowowa przełyku, zwiększenie stężenia bilirubiny we krwi, świąd, wysypka, dyzuria, częste oddawanie moczu, pragnienie. Rzadko ($\geq 1/10000$ do $< 1/10000$): nutropenia, nadwrażliwość, niedoczynność tarczycy, drgawki, amneza, afazja, fotofobia, zacma, dystydia, rhabdomyoliza. Częstość nieznana (nie można określić na podstawie dostępnych danych): złotliwy zespół neuroleptyczny, toksyczne zapalenie wątroby, noworodkowy zespół odstawienia. **Opis wybranych działań niepożądanych:** **Zmętnienie soczewek/zacma:** Podczas badań nieklinicznych kariprazyny dochodziło do rozwoju zaćmy. Dlatego w czasie badań klinicznych uważnie obserwowano przy użyciu lampy szczelinowej, czy nie tworzy się zacma, a pacjenci z zacmą byli wykluczeni z udziału w badaniach. Podczas programu rozwojowego dotyczącego stosowania kariprazyny w schizofrenii zgłoszono nieliczne przypadki zaćmy, które charakteryzowały się jedynie niewielkim zmętnieniem soczewki bez oznak zaburzeń widzenia (13/3192; 0,4%). U niektórych z tych pacjentów występowały czynniki zakażające. Najczęściej zgłaszanym działaniem niepożądanym dotyczącym wzroku było niewyraźne widzenie (placebo: 1/683; 0,1%, kariprazyna: 2/2048; 1,1%). **Objawy pozapiramidowe:** W badaniach krótkotrwałych częstość występowania objawów pozapiramidowych wynosiła 27%, 11,5%, 30,7% i 15,1% u pacjentów leczonych odpowiednio: kariprazyną, placebo, rysperydonem i aripirozolem. Występowanie aktywności zgłaszano u 13,6%, 5,1%, 9,3% i 9,9% pacjentów leczonych odpowiednio: kariprazyną, placebo, rysperydonem oraz aripirozolem. Parkinsonizm występował u 13,6%, 5,7%, 22,1% i 5,3% pacjentów leczonych odpowiednio: kariprazyną, placebo, rysperydonem i aripirozolem. Dystonię obserwowano u 1,8%, 0,2%, 3,6% i 0,7% pacjentów stosujących odpowiednio: kariprazynę, placebo, rysperydon i aripirozol. W kontrolowanej placebo części długoterminowego badania oceniającego utrzymywanie się działania terapeutycznego, objawy pozapiramidowe występowały u 13,7% pacjentów z grupy stosującej kariprazynę w porównaniu do 3,0% u pacjentów stosujących placebo. Występowanie aktywności zgłaszano u 3,9% pacjentów leczonych kariprazyną wobec 2,0% u pacjentów w grupie stosującej placebo. Parkinsonizm występował u 7,8% i 1,0% pacjentów stosujących, odpowiednio, kariprazynę i placebo. W badaniu oceniającym objawy negatywne, objawy pozapiramidowe zgłaszano u 14,3% pacjentów w grupie przyjmującej kariprazynę i 11,7% pacjentów leczonych rysperydonem. Aktywność zgłaszano u 10,0% pacjentów stosujących kariprazynę oraz u 5,2% pacjentów w grupie stosującej rysperydon. Parkinsonizm występował u 5,2% i 7,4% pacjentów leczonych, odpowiednio, kariprazyną i rysperydonem. Większość przypadków objawów pozapiramidowych miała nasilenie łagodne do umiarkowanego oraz odpowiadała na leczenie najczęściej stosowanymi w tej chorobie produktami leczniczymi. Częstość przerwania leczenia z powodu działań niepożądanych związanych z objawami pozapiramidowymi była niska. Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa: Podczas leczenia lekami przeciwpyschotycznymi zgłaszano przypadki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, w tym zatorowości płucnej i zakrzepicę żył głębokich – częstość nieznana. **Zwiększenie aktywności aminotransferaz wątrobowych:** Podczas leczenia lekami przeciwpyschotycznymi często obserwuje się zwiększenie aktywności aminotransferaz wątrobowych (AspAT, AlAT). W badaniach klinicznych kariprazyny częstość występowania działań niepożądanych związanych ze zwiększeniem aktywności AlAT, AspAT wynosiła 2,2% u pacjentów leczonych kariprazyną, 1,6% u pacjentów leczonych rysperydonem i 0,4% u pacjentów stosujących placebo. U żadnego z pacjentów leczonych kariprazyną nie stwierdzono uszkodzenia wątroby. **Zmiany masy ciała:** W badaniach krótkotrwałych występowały nieznacznie większe średnie przyrosty masy ciała w grupie stosującej kariprazynę w porównaniu do grupy placebo, wynoszące, odpowiednio, 1 kg i 0,3 kg. W długoterminowym badaniu oceniającym utrzymywanie się efektu terapeutycznego nie stwierdzono istotnej klinicznej różnicy w odniesieniu do zmiany masy ciała w okresie od rozpoczęcia do zakończenia leczenia (1,1 kg dla kariprazyny i 0,95 dla placebo). W otwartej fazie badania podczas 20-tygodniowego stosowania kariprazyny, u 9% pacjentów wystąpiło zwiększenie masy ciała, które miało potencjalne znaczenie kliniczne (definiowane jako zwiększenie o $\geq 7\%$), natomiast podczas fazy podwójnie zaślepiętej zwiększenie masy ciała o potencjalnym znaczeniu klinicznym wystąpiło u 9,8% pacjentów, którzy kontynuowali leczenie kariprazyną wobec 7,1% u pacjentów, którzy zostali losowo przydzieleni do grupy placebo po uprzednim 20-tygodniowym leczeniu kariprazyną w fazie otwartej. W badaniu oceniającym objawy negatywne średnia zmiana masy ciała wynosiła -0,3 kg dla kariprazyny oraz +0,6 kg dla rysperydonu, a zwiększenie masy ciała o potencjalnym znaczeniu klinicznym obserwowano u 6% pacjentów w grupie stosującej kariprazynę w porównaniu do 7,4% u pacjentów z grupy stosującej rysperydon. **Wydłużenie odstępu QT:** W badaniu zaprojektowanym w celu oceny wydłużenia odstępu QT nie wykryto wydłużenia odstępu QT, w porównaniu do placebo, związanego ze stosowaniem kariprazyny. W innych badaniach nieklinicznych zgłoszono jedynie kilka przypadków wydłużenia odstępu QT związanego ze stosowaniem kariprazyny, które nie były ciężkie. Podczas długotrwałego, otwartego okresu leczenia u 3 pacjentów (0,4%) występowało wydłużenie QTcB > 500 ms, u jednego z nich występowało wydłużenie QTcF > 500 ms. Wydłużenie o > 60 ms względem wartości wyjściowych obserwowano u 7 pacjentów (1,6%) dla QTcB i u 2 pacjentów (0,3%) dla QTcF. Podczas fazy otwartej badanie oceniającego utrzymywanie się efektu terapeutycznego, wydłużenie o > 60 ms względem wartości wyjściowych obserwowano u 12 pacjentów (1,6%) dla QTcB i u 4 pacjentów (0,5%) dla QTcF. Podczas okresu leczenia metodą podwójnie ślepej próby, wydłużenie o > 60 ms względem wartości wyjściowych dla QTcB obserwowano u 3 pacjentów leczonych kariprazyną (3,1%) i u 2 pacjentów stosujących placebo (2%). **Numer Pozwolenia URPLWMPB:** Reagila 1,5 mg - EU/1/17/209/001-010, Reagila 3 mg - EU/1/17/209/011-020, Reagila 4,5 mg - EU/1/17/209/021-028, Reagila 6 mg - EU/1/17/209/029-036. **Cena urzędowa detaliczna:** Reagila 1,5 mg, 3 mg i 4,5 mg - 233,11 PLN **Maksymalna kwota odpłatności ponoszona przez pacjenta:** Reagila 1,5mg, 3 mg i 4,5 mg - 0,00 PLN **Kategoria dostępnosci:** Wydawane z przepisu lekarza – Rp. **Podmiot odpowiedzialny:** Gedeon Richter Plc. Gyrnórt út 19-21 1103 Budapest, Węgry. **Adres do korespondencji:** Gedeon Richter Polska Sp. z o.o., ul. Klimczaka 1, 02-797 Warszawa, tel. +48-22-593-93-00, fax: +48-22-558-23-90. **Przed przepisaniem leku należy zapoznać się z pełną informacją medyczną zawartą w charakterystyce produktu leczniczego (ChPL), znajdującą się w Dziale Medycznym:** Gedeon Richter Polska Spółka z o.o. ul. ks. J. Poniatowskiego 5, 05-825 Grodzisk Mazowiecki, tel.: +48-22-755-96-25; fax: +48-22-755-96-24 **24-godzinny System Informacji Medycznej oraz zgłaszanie działań niepożądanych:** +48-22-755-96-48 **Adres e-mail:** lekalert@grodzisk.rgn.net **Data aktualizacji:** 2021_10_26.

[illegible]

LURAZYDON U DZIECI I MŁODZIEŻY ZE SCHIZOFRENIĄ

OPISY PRZYPADKÓW

WPROWADZENIE

TOMASZ SZAFRAŃSKI

Schizofrenia rozpoznawana u dzieci i młodzieży (przed 18 rokiem życia) jest określana jako schizofrenia o wczesnym początku (EOS – early onset schizophrenia), zaś wystąpienie choroby przed 13 rokiem życia mianem bardzo wczesnego początku choroby (VEOS – very early onset schizophrenia).



Ocenia się, że rozpowszechnienie schizofrenii u osób poniżej 15 roku życia wynosi tylko 0,05%. Jednak ten wczesny początek choroby bywa często związany z bardziej niekorzystnym przebiegiem, większym upośledzeniem funkcjonowania społecznego i obecnością innych objawów negatywnych, z większym nasileniem zaburzeń funkcjonowania poznawczego. Niektórzy wskazują również na częste występowanie halucynacji słuchowych oraz objawów dezorganizacji. Rozpoznanie EOS jest często poprzedzone obecnością różnych zaburzeń neurorozwojowych (za-

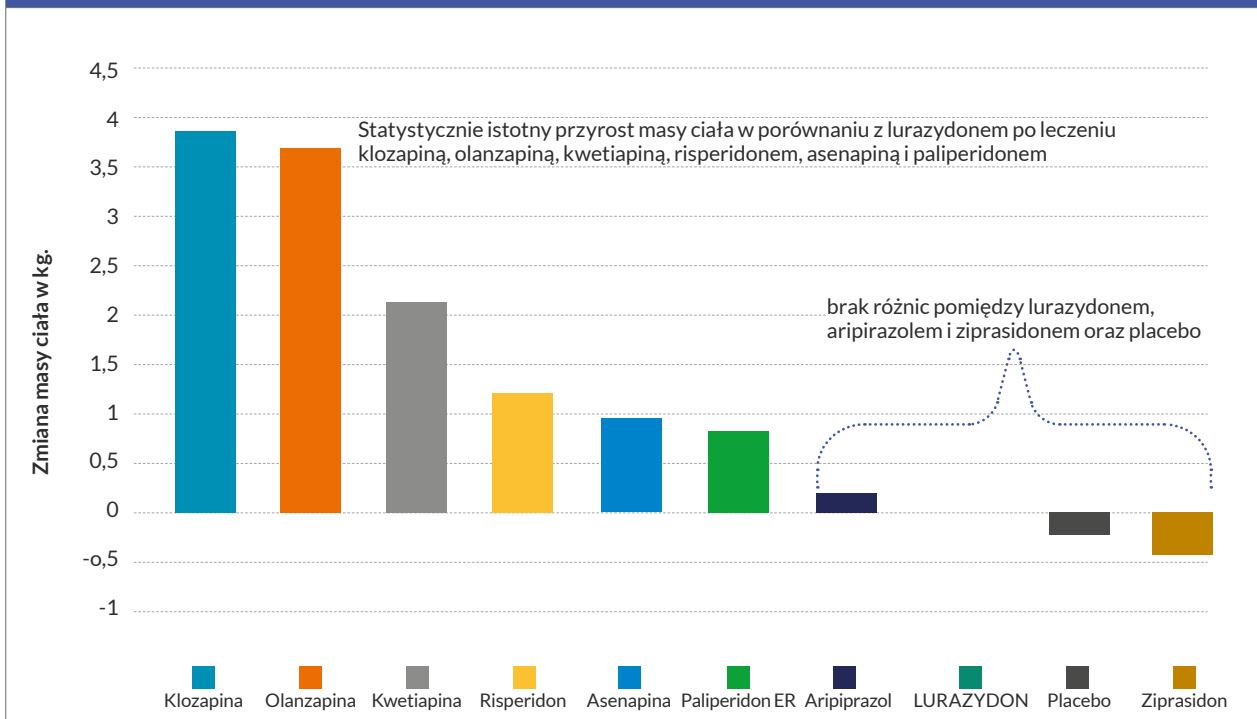
równie spektrum całościowych zaburzeń rozwojowych, jak też ADHD czy specyficznych zaburzeń umiejętności szkolnych) – u tych chorych objawy psychotyczne zwykle pojawiają się wcześniej (dominują omamy i dezorganizacja), a upośledzenie funkcjonowania jest większe. Z drugiej strony, brak zaburzeń neurorozwojowych oznacza często większe nasilenie objawów negatywnych. Wśród wielu chorych z EOS konieczne jest leczenie w trybie stacjonarnym – hospitalizacji. Choć niekorzystne rokowanie nie jest na szczęście regułą, z pewnością przebieg choroby może być modyfikowany dzięki postawieniu szybko diagnozy i podjęciu wielokierunkowych działań terapeutycznych, w tym farmakoterapii.

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

Pojawienie się objawów psychotycznych w EOS jest wskazaniem do zastosowania leków przeciwpsychotycznych (LPP). Są one skuteczne, jednakże skuteczność

wobec objawów psychotycznych schizofrenii jest nieco mniejsza (współczynnik NNT=3-10) w porównaniu z efektem stosowania LPP w leczeniu manii czy uporczywej agresji w przebiegu zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży ze sprawnością intelektualną poniżej przeciętnej (współczynnik NNT=2-5). Systematyczne przeglądy piśmiennictwa i metaanalizy przemawiają za skutecznością wszystkich LPP stosowanych u dzieci i młodzieży. Podobnie jak w przypadku schizofrenii u osób dorosłych, najwyższa skuteczność cechuje klopazinę (niektóre badania sugerują, że jest ona nawet wyższa w przypadku VEOS, niż obserwowana potem u starszych pacjentów). Należy pamiętać, że bardzo często u osób z EOS współistnieją objawy afektywne, w tym depresja. Jedyne leki zarejestrowane do leczenia objawów depresyjnych w przebiegu CHAD u osób <18 roku życia przez FDA to olanzapina z fluoksetyną i lurazydon (od 10 roku życia). Nie są one jednak zarejestrowane do sto-

TABELA 1: WZGLĘDNA ZMIANA MASY CIAŁA W TRAKCIE LECZENIA RÓŻNYMI LEKAMI PRZECIWPSYCHOTYCZNYMI W PORÓWNANIU Z LURAZYDONEM



Na podstawie: Arango i wsp. 2019 r.

sowania w tych wskazaniach w Europie. Leczenie dzieci i młodzieży z EOS jest komplikowane faktem, że tę grupę wiekową cechuje wyższa wrażliwość na wszystkie działania niepożądane LPP: na pierwszym miejscu częściej występują objawy metaboliczne, lecz również pozapiramidowe (w tym częstym problemem jest akatyzja), objawy związane z hiperprolaktynemią, z wpływem LPP na układ sercowo-naczyniowy (wskazane jest monitorowanie QTc). W tym kontekście istnieją duże potrzeby dysponowania różnorodnymi możliwościami terapeutycznymi, dającymi szansę na indywidualizację i optymalizację leczenia. Pomimo powszechnej akceptacji znaczenia wczesnej, skutecznej interwencji w zaburzeniach psychiatrycznych, w tym schizofrenii, liczba badań dotyczących stosowania LPP w populacji dzieci i młodzieży jest relatywnie niewielka. Co więcej, część producentów leków w ogóle rezygnuje z przeprowadzania procesu oceny działania leku w populacji poniżej 18 roku życia. W związku z tym tylko kilka

LPP jest zarejestrowanych do stosowania poniżej 18 roku życia, zastosowanie pozostałych wymusza stosowanie „off-label” oraz dodatkowe ograniczenia i ryzyko z tym związane.

LURAZYDON U DZIECI I MŁODZIEŻY

Biorąc pod uwagę powyższe uwarunkowania lurazydon zarejestrowany w Polsce do leczenia schizofrenii u młodzieży od 13 roku życia jawi się jako ważna opcja terapeutyczna. Szczególnie istotną cechą lurazydonu jest dobra tolerancja – na tle innych LPP lurazydon prezentuje najniższe ryzyko przyrostu masy ciała, najbezpieczniejszy profil metaboliczny, niższe w porównaniu z większością leków ryzyko wystąpienia hiperprolaktynemii.

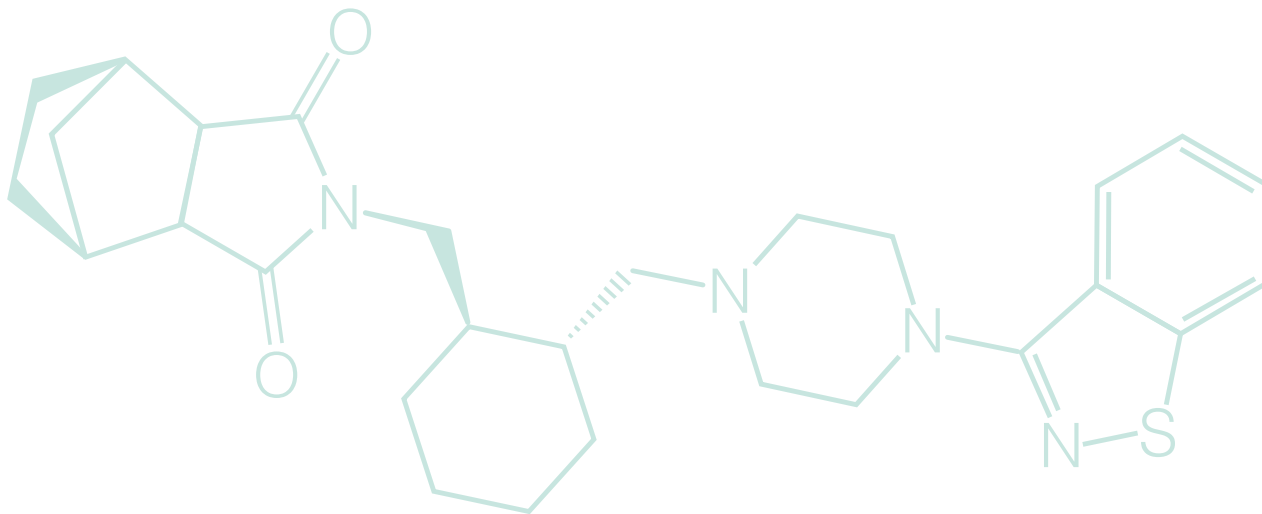
Randomizowane, kontrolowane placebo badanie lurazydonu (NCT01911429) prowadzone w grupie 327 adolescentów z EOS, w którym lek stosowano w dawkach 40-80 mg/d wykazało, że był on

skuteczniejszy od placebo, a odpowiedź na leczenie na poziomie co najmniej 20% redukcji nasilenia objawów ocenianych skalą PANSS stwierdzono u 2/3 pacjentów. Remisję osiągnęło 65% leczonych dawką 80 mg/d i 36% leczonych dawką 40 mg/d w porównaniu z placebo 29,5%. Do najczęstszych działań niepożądanych należały senność i nudności. Akatyzja pojawiła się u około 9% leczonych. Nie obserwowano istotnych klinicznie zmian w poziomie prolaktyny, lipidogramie, poziomie glikemii.

Arango i wsp. w systematycznym przeglądzie piśmiennictwa dotyczącym stosowania lurazydonu w EOS dokonali porównania leku z innymi atypowymi LPP korzystając z analizy bayesjańskiej. Biorąc pod uwagę 12 różnych badań kontrolowanych placebo potwierdzili, że lurazydon wykazywał podobną skuteczność jak inne LPP, mniejszy wpływ na przyrost masy ciała (w porównaniu z kwetiapiną, olanzapiną, risperidonem, paliperidonem i asenapiną – patrz RYCI-NA) i mniejsze ryzyko przerwania

ABC LURAZYDONU

Zarejestrowane wskazania	■ Zarejestrowany w Polsce do leczenia schizofrenii u dorosłych pacjentów oraz młodzieży od 13. roku życia. (w Stanach Zjednoczonych dopuszczony przez FDA także do leczenia epizodu depresyjnego w CHAD od 10 roku życia).
Działanie receptorowe	■ Antagonista dopaminy D2 i serotoniny 5-HT_{2A}, ponadto jest silnym antagonistą receptora 5HT₇ i częściowym agonistą 5HT_{1A} (potencjalne działanie przeciwdepresyjne, prokognitywne, zmniejszające objawy negatywne). ■ Nie blokuje receptorów muskarynowych, histaminowych ani 5HT_{2C} (korzyści dla tolerancji, między innymi nie powinien zwiększać znacząco apetytu i powodować sedacji).
Metabolizm i interakcje	■ Metabolizowany głównie przez CYP3A4, metabolity są aktywne (leki silnie hamujące CYP3A4 mogą kilkukrotnie zwiększać stężenie lurazydonu). W razie stosowania w skojarzeniu z umiarkowanymi inhibitorami CYP3A4 zalecana dawka początkowa wynosi 18,5 mg, a dawka maksymalna nie powinna przekraczać 74 mg raz na dobę. ■ W razie stosowania w skojarzeniu z łagodnymi i umiarkowanymi induktorami CYP3A4 może być potrzebna modyfikacja dawki lurazydonu; w przypadku leków indukujących CYP3A4 (karbamazepina) należy rozważyć zwiększenie dawki). ■ Lurazydon nie powoduje znaczącego zahamowania lub indukcji enzymów CYP, ani P-gp. ■ Nie ma istotnych klinicznie interakcji z solami litu i walproinianem.
Wpływ palenia tytoniu	■ Palenie nie wpływa na poziom leku.
Eliminacja leku	■ Eliminacja z kałem (80%), T_{1/2} około 18 godz. (dawka 40 mg) wzrasta do 31 godz. (dla dawki 120 mg). ■ Zaleca się zmniejszyć dawkę leku w przypadku umiarkowanej lub ciężkiej niewydolności wątroby lub nerek.
Szczególne grupy wiekowe	■ Populacja osób w wieku podeszłym ma nieco wyższe (około 20%) stężenia lurazydonu - brak konieczności dostosowania dawki. ■ W przypadku dzieci i młodzieży w wieku 6-17 lat stężenia leku są podobnie lub tylko nieznacznie wyższe niż u dorosłych, według CHPL dawka początkowa wynosi 37 mg raz na dobę. Nie ma konieczności wstępnego dostosowania dawki. Lek jest skuteczny w zakresie dawek od 37 do 74 mg raz na dobę. Dawka powinna być zwiększana w oparciu o ocenę lekarza i obserwowaną odpowiedź kliniczną.
Zmiana leczenia na lurazydon	■ Istnieją różne schematy zamiany leczenia. Od strony minimalizacji ryzyka pogorszenia psychozy najbezpieczniejszym wyborem jest dołączenie lurazydonu do prowadzonego dotychczas leczenia – stopniowe zwiększanie dawki i w przypadku upewnienia się o dobrej tolerancji stopniowe i powolne odstawianie dotychczas stosowanego leku. ■ Należy pamiętać o tym, że jeżeli odstawiamy lek działający wieloreceptorowo i sedatywnie (olanzapina, kwetiapina), to lurazydon jest pozbawiony działania na receptory muskarynowe i histaminowe i jest lekiem o profilu aktywizującym. ■ Zbyt szybkie odstawienie poprzednio stosowanego leku może spowodować objawy „z odbicia” – m.in. pobudzenie, niepokój, bezsenność.
Zasady zażywania leku	■ WAŻNE!!! Aby dochodziło do dobrego wchłaniania leku należy go zażywać w trakcie posiłku (co najmniej 350 kalorii) – najlepiej obiad lub kolacja. ■ Niezależnie od sumarycznej dawki można zażywać całość raz dziennie. W razie przyjęcia leku bez posiłku ekspozycja na lurazydon będzie istotnie mniejsza niż po przyjęciu z posiłkiem.



leczenia z jakiegokolwiek powodu w porównaniu z innymi LPP. Nie stwierdzono istotnych różnic w odniesieniu do częstości występowania akatyzji i innych objawów pozapiramidowych.

W tym numerze PSYCHIATRY na kolejnych stronach przedstawiamy dwa opisy przypadków zastosowania lurasydony w leczeniu pacjentów ze schizofrenią o wczesnym początku. Ilustrują one skuteczność leku, co ważne w kontekście zastosowania lurasydony przy braku uzyskania poprawy stosowanymi wcześniej LPP. Oczywiście, tak jak wspomniano, klozapina pozostaje ważną możliwością leczenia w takich przypadkach, jednak ze względu na profil działań niepożądanych lurasydony daje szansę na osiągnięcie poprawy przy niewspółmiernie mniejszym obciążeniu działaniami niepożądanymi. W opisach przypadków znajdujemy również potwierdzenie spodziewanych korzyści ze stosowania lurasydony obejmujących redukcję masy ciała i ryzyka metabolicznego. W pierwszym z opisanych przypadków można prześledzić stopniowe miareczkowanie leku i poprawę tolerancji w miarę postępu leczenia. W drugim opisie przypadku odpowiedź nastąpiła przy relatywnie niskiej dawce lura-

zydony, nie można jednak wykluczyć wyższej faktycznej ekspozycji na lek związanej z faktem umiarkowanego hamowania CYP3A4 przez stosowaną w leczeniu skojarzoną fluwoksaminę. Generalnie w przypadku leczenia lurasydony, podobnie jak innymi LPP, możemy się spodziewać, że poprawa kliniczna widoczna w ciągu pierwszych 3-4 tygodni stosowania leku jest zwykle mocnym predyktorem dalszej dobrej odpowiedzi na lek.

Podstawowe informacje dotyczące lurasydony znajdują się w tabeli.

Należy mieć nadzieję, że w szybkim czasie nastąpi zwiększenie dostępności tego leku dla osób z EOS w Polsce poprzez objęcie tej grupy wiekowej refundacją, podobnie jak ma to miejsce w przypadku osób dorosłych. Wydaje się, że korzystny profil działania klinicznego obejmujący nie tylko objawy psychotyczne, ale też afektywne, a przede wszystkim dobry profil tolerancji stawiają lurasydony wśród leków pierwszego wyboru w leczeniu EOS. ■

Piśmiennictwo:

1. Arango C, Ng-Mak D, Finn E, Byrne A, Loebel A. Lurasidone compared to other atypical antipsychotic monotherapies for adolescent schizophrenia: a systematic literature review and network meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Sep;29(9):1195-1205. doi: 10.1007/s00787-019-01425-2.
2. Channing J, Mitchell M, Cortese S. Lurasidone in Children and Adolescents: Systematic Review and Case Report. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018 Sep;28(7):428-436. doi: 10.1089/cap.2018.0046.
3. Greenberg WM, Citrome L. Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Lurasidone Hydrochloride, a Second-Generation Antipsychotic: A Systematic Review of the Published Literature. *Clin Pharmacokinet*. 2017 May;56(5):493-503. doi: 10.1007/s40262-016-0465-5.
4. Iasevoli F, Razzino E, Altavilla B, Avagliano C, Barone A, Ciccarelli M, D'Ambrosio L, Matrone M, Milandri F, Notar Francesco D, Fornaro M, de Bartolomeis A. Relationships between early age at onset of psychotic symptoms and treatment resistant schizophrenia. *Early Interv Psychiatry*. 2021 May 16. doi: 10.1111/eip.13174.
5. Pontillo M, Averna R, Tata MC, Chieppa F, Pucciarini ML, Vicari S. Neurodevelopmental Trajectories and Clinical Profiles in a Sample of Children and Adolescents With Early- and Very-Early-Onset Schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2021 Sep 16;12:662093. doi: 10.3389/fpsy.2021.662093.
6. Taylor JH, Appel S, Eli M, Alexander-Bloch A, Maayan L, Gur RE, Bloch MH. Time to Clinical Response in the Treatment of Early Onset Schizophrenia Spectrum Disorders Study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2021 Feb;31(1):46-52. doi: 10.1089/cap.2020.0030.

SCHIZOFRENIA U 15-LETNIEGO CHŁOPCA EFEKTYWNIIE LECZONA LURAZYDONEM

AGATA EJCHMAN-ALBINOWSKA

Specjalistyczna praktyka lekarska i psychologiczna, specjalista psychiatra, specjalista psychiatra dzieci i młodzieży, pediatra, psycholog, psychoterapeuta

Pacjent lat 15, pozostający w opiece psychiatrycznej od trzech lat, zgłoszony przez rodziców po raz pierwszy na konsultację w PZP w klasie szóstej szkoły podstawowej, kilkakrotnie hospitalizowany psychiatrycznie z rozpoznaniem schizofrenii.



WSTĘP

Z wywiadu wiadomo, że pierwsze objawy rodzice zaobserwowali, gdy chłopiec zaczął odmawiać chodzenia do szkoły. Początkowo na lekcjach był 2-3 razy w tygodniu, kilka tygodni później nie wychodził z domu. Opiekunów zaniepokoiły wcześniej nieobecne zachowania dziwaczne, gwałtowne, agresywne jak chodzenie bez celu dookoła wyspy w kuchni, celowe rozlanie mleka czy rozsypanie płatków, uderzanie mamy, gdy ta go przytrzymywała w stanach pobudzenia, wulgaryzowanie. Chłopiec kilka razy brał nóż i prosił najbliższych, aby go zabili, groził, że sam to zrobi. Pod koniec grudnia podawał, że nie może powiedzieć co się z nim dzieje, że nikt mu nie może pomóc, potrzebował wsparcia w codziennej nauce, odrabianiu prac domowych, choć wcześniej nie miał z tym większych problemów. Rodzice obserwowali zaburzenia rytmu dobowego, trudności z zasypianiem i rannym wstawaniem. Pojawiły się tiki ruchowe w obrębie twarzy.

Chłopiec od około dwóch lat miał nasilone trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji rówieśniczych, izolował się od kolegów, nie rozmawiał z nimi przez telefon, ani komunikatory, z nikim się nie spotykał poza szkołą, odmawiał również chodzenia do kościoła oraz modlenia się, co wywoływało duże napięcia w domu, nie podej-

mował nowych aktywności, na zajęcia pozalekcyjne nie chciał jeździć sam. W wakacje odmówił wyjeżdżania z domu oraz chodzenia na półkolonie. Podczas pobytu z rodziną w górach był apatyczny, nic go nie cieszyło, niczym nie był zainteresowany

PRZYJĘCIE DO SZPITALA – STAN PSYCHICZNY

Świadomość jasna, orientacja pełna, w logicznym zdawkowym kontakcie, na pytania odpowiadał z odroczeniem lub wcale, nie nawiązywał kontaktu wzrokowego, nastrój miał obniżony, mimikę ubogą, afekt słabo modulowany, był spowolniony psychoruchowo, potwierdzał zaburzenia toku myślenia, okresowe pustki w głowie oraz głosy nakazujące i komentujące.

W CZASIE HOSPITALIZACJI

W oddziale izolował się od rówieśników, nie chciał pozostawać w sali z innymi dziećmi, nie nawiązywał spontanicznie kontaktów, unikał zajęć w grupie. Obserwowano zachowania katatoniczne (zastyganie, mutyzm), otamowanie, dziwaczne zachowania, grymasowanie. Chłopiec w kontakcie indywidualnym był bardzo zdawkowy w wypowiedziach, niechętnie mówił o swoich doznaniach. Potwierdzał pojedynczy głos męski w głowie, który komentował jego

zachowania, oceniał, krytykował: „nie zdasz do następnej klasy, jesteś g..., nie poradzisz sobie w życiu”, nakazywał popełnienie samobójstwa. Objawy utrzymywały się od kilku miesięcy, zaburzenia toku myślenia powodowały rozkojarzenia i uniemożliwiały naukę i codzienne funkcjonowanie, z tego powodu często płakał, bał się, że jest opętany.

WYWIAD

Dziecko z CII, PII, SN o czasie, Apgar 10, masa ciała 3000 g. Rozwój psychoruchowy nieharmonijny – opóźniony rozwój mowy. Do trzeciego roku życia przebywał pod opieką mamy, później uczęszczał do przedszkola. Pozostawał pod opieką logopedy. Szkołę rozpoczął w 7 roku życia, miał trudności w relacjach z rówieśnikami, bez problemów z nauką. Zmiana szkoły w klasie IV, nie potrafił zaadaptować się do nowych warunków, był mało samodzielny, co rodzice wiąжали z rozstaniem ze starszym bratem, który wspierał go, gdy obaj chłopcy chodzili do tej samej szkoły. Z opinii od wychowawcy wiadomo, że był cichy, wycofany, zamknięty w sobie, nie nawiązywał kontaktu z nauczycielami, nigdy nie zgłaszał się do odpowiedzi na lekcjach, zapytany odpowiadał zdawkowo, pojedynczymi słowami, często milczał, sprawiał wrażenie „żyjącego w swoim świecie”, nie okazywał emocji, nie uczestniczył w zabawach, konkursach, konfliktach, bardziej aktywny jedynie na lekcjach wychowania fizycznego.

Rodzina pełna. Choroby somatyczne (-). Urazy głowy z utratą przytomności (-). Używanie SPA (-). Zdiagnozowane choroby psychiczne w rodzinie (-).

BADANIA LABORATORYJNE

W przeprowadzonych badaniach laboratoryjnych morfologia, glukoza, mocznik, kreatynina, sód, potas, chlorki, albumina, ALT, AST,

bilirubina, TG, TSH, FT3, FT4, PRL, CRP, białko całkowite, ASO, czynnik reumatoidalny, ceruloplazmina, witamina B1, witamina B12, przeciwciała przeciwjądrowe, przeciwciała: toxocara canis w klasie IgG, toxoplasma gondii w klasie IgM i IgG, Borelioza w klasie IgM i IgG bez odchyień od normy, wykryto niewielkie przesunięcie w rozmazie białokrwinkowym przy całkowitej liczbie leukocytów w normie, nieznacznie podwyższone: poziom białka całkowitego 8,2 g/dL (N do 8,1) i cholesterolu całkowitego do 195 mg/dL (N do 190). Wyniki badań: EEG oraz TK głowy z kontrastem i bez w granicach normy.

PRZEBIEG PROCESU LECZNICZEGO

Po zakończeniu procesu diagnostycznego rozpoznano schizofrenię i za zgodą rodziców rozpoczęto leczenie risperidonem (do 2 mg/d), który po 8 tygodniach odstawiono z powodu braku poprawy stanu psychicznego oraz pojawieniu się nasilonych objawów ubocznych (sztywność, hiperprolaktynemia, wzrost masy ciała). Kolejnym, zastosowanym już w warunkach oddziału dziennego lekiem, był aripirazol (do 25 mg/d).

Pomimo leczenia farmakologicznego oraz intensywnych oddziaływań terapeutycznych utrzymywały się zaburzenia toku myślenia, omamy słuchowe, objawy negatywne, nasiliły się zachowania katatoniczne, pacjent podczas zajęć lekcyjnych okresowo zastygał, co trwało do kilkunastu minut. Podobne objawy rodzice obserwowali również w domu. Po pięciu tygodniach ponownie przyjęty do oddziału stacjonarnego celem modyfikacji leczenia.

W kontrolnych badaniach laboratoryjnych z odchyień od normy zarejestrowano przesunięcie w rozmazie białokrwinkowym oraz podwyższony poziom cholesterolu

całkowitego 202 mg/dl (N do 190). Dwukrotnie wykonano badania EEG; w pierwszym otrzymano zapis z rejestracją jednego, uogólnionego, pojedynczego wyładowania zespołu fali ostrej z wolną, w drugim zapis z niewielkimi zmianami w odprowadzeniach czołowo-skroniowo-ciemieniowych z tendencją do napadowości. Po konsultacji neurologicznej do aripirazolu dołączono walproinian sodu z kwasem walproinowym (do 600 mg/d). Po uzyskaniu zadowalającej poprawy (brak zaburzeń toku myślenia i zachowań katatonicznych, znacznie mniej nasilone omamy słuchowe i negatywne) chłopiec został wypisany z zaleceniem dalszego leczenia w oddziale dziennym, pod opieką którego pozostawał przez kolejne 1,5 roku. W tym czasie uczęszczał w nim do szkoły, miał psychoedukację, indywidualną terapię w nurcie behawioralno-poznawczym, konsultacje rodzinne z mamą, uczestniczył w terapii grupowej. Nie udało się zorganizować terapii rodzinnej ze względu na charakter pracy ojca. Po około roku od wypisu ze względu na kolejne pogorszenie stanu psychicznego zmodyfikowano leczenie i dołączono olanzapinę. Po 8 tygodniach zmodyfikowanego leczenia ze względu na brak zadowalającej poprawy odstawiono stopniowo przyjmowane neuroleptyki oraz walproinian, włączono amisulpryd i lamotryginę. Po kilku miesiącach ze względu na utrzymujące się objawy negatywne oraz nasilające się głosy komentujące, dyskutujące, obrażające, nakazujące popełnienie samobójstwa, kolejny raz przyjęty na oddział całodobowy celem zmiany leczenia.

W oddziale początkowo chłopiec był w logicznym kontakcie, w zmiennym nastroju, podawał, że czuje się bezpieczniejszy, zgłaszał ugiętnienie myśli, potwierdzał omamy słuchowe, chętniej o nich mówił. Doznania wytwórcze określał jako „milsze”, głos twierdził, że jest jego jedynym i najlepszym

przyjacielem, choć zawsze na koniec go obrażał, okresowo kazał być agresywnym wobec koleżanki, zabijać się, komentował, że mógł to zrobić w domu, że w szpitalu będzie trudniej, że śmierć jest jedynym lekarstwem na jego chorobę. Pacjent potwierdzał zaburzenia toku myślenia: pustki w głowie i natłok myśli. W badaniach laboratoryjnych zarejestrowano niewielkie przesunięcie w rozmacie białokrwinkowym przy całkowitej ilości leukocytów w granicach normy, podwyższony poziom: cholesterolu całkowitego 214 mg/dL (N do 190), kreatyniny 0,85 (N do 0,80), ALT-u do 38 U/L (N do 24), PRL do 67,37 ng/mL (N do 23), FT4 do 9,85 pmol/L (N od 11,4). W trakcie hospitalizacji chłopiec przeżył zakażenie SARS-CoV-2.

W związku z utrzymującymi się objawami pozytywnymi i negatywnymi oraz brakiem zadowalającej poprawy w trakcie leczenia farmakologicznego dotychczasowymi neuroleptykami włączono lurazydon od 18,5 mg/d, którego dawkę zwiększano co tydzień o 18,5 mg/d. Podczas podawania 74 mg/d lurazydonu pojawiły się objawy uboczne, chłopiec zaczął zgłaszać nudności, bóle brzucha, wstręt do jedzenia. W badaniach laboratoryjnych obserwowano zwiększenie poziomu AST do 51 U/L i ALT do 120 U/L. Włączono *essentiale forte*, zmniejszono dawkę lurazydonu o 18,5 mg/d, a następnie po 2 tygodniach podjęto kolejną próbę jej podniesienia do 74 mg/d z zadowalającym rezultatem. **Ze względu na stan kliniczny, utrzymujące się pomimo leczenia objawy pozytywne i negatywne, zdecydowano się na podniesienie dawki off label do 111 mg/d.** Po 6 tygodniach leczenia lurazydonem w tej dawce uzyskano znaczącą poprawę.

Chłopiec był bardziej spontaniczny w zachowaniu, chętniej odpowiadał na zadawane pytania, sam inicjował kontakty z dzieć-

mi i personelem, miał wyrównany nastrój i napęd, żywy afekt, negował zaburzenia toku myślenia, nie obserwowano zachowań katatonicznych. Zaburzenia koncentracji uwagi i zapamiętywanie uległo poprawie, chłopiec lepiej radził sobie podczas zajęć lekcyjnych. Pomimo regularnego przyjmowania leków utrzymywały się sporadycznie występujące omamy głosowe.

Podczas leczenia lurazydonem dodatkowo obserwowano znaczną redukcję masy ciała. Pacjent w warunkach ambulatoryjnych ważył maksymalnie 106 kg, w dniu przyjęcia do szpitala 96 kg, aktualna masa ciała waha się w granicach 85-87 kg. Dodatkowo obserwuje się normalizację badań laboratoryjnych w zakresie lipidogramu.

Chłopiec wypisany z oddziału całodobowego pozostawał pod opieką oddziału dziennego przez sześć miesięcy. W tym czasie dość dobrze funkcjonował w szkole

i w domu, nie miał problemów w relacjach rówieśniczych, był spontaniczny w zachowaniu, nastrój, napęd, energia pozostawały w normie, afekt był żywy, dostosowany, nie obserwowano zachowań katatonicznych, negował zaburzenia toku myślenia, kilkakrotnie zgłaszał omamy słuchowe – głosy komentujące jego zachowanie.

Aktualnie chłopiec pozostaje pod stałą ambulatoryjną opieką psychiatry.

Dzięki utrzymującej się od około 10 miesięcy poprawie w zakresie objawów pozytywnych i negatywnych oraz normalizacji procesów poznawczych mógł rozpocząć naukę w liceum ogólnokształcącym w klasie terapeutycznej. Dziecko pozostaje w opiece środowiskowej w Fundacji Słonie na Balkonie, gdzie kontynuuje psychoterapię w nurcie behawioralno-poznawczym, uczestniczy w zajęciach teatralnych, psychoedukacyjnych.

PODSUMOWANIE

Lurazydon ma wysokie powinowactwo do receptorów D2, co warunkuje jego działanie przeciwpsychotyczne (silniejsze niż zastosowane początkowo risperidon i aripiprazol), receptorów 5-HT_{2A}, których hamowanie wpływa na negatywne i poznawcze objawy schizofrenii oraz objawy depresji. Działanie na receptory: 5-HT_{1A} i 5-HT₇ oraz alfa_{2C} powoduje poprawę w zakresie funkcjonowania poznawczego. Zastosowanie lurazydonu u pacjenta umożliwiło jego powrót do normalnego życia zarówno w domu, jak i w szkole. Obserwowano widoczną poprawę nie tylko w zakresie redukcji objawów wytwórczych i anhedonii, ale również w zakresie aktywności psychoruchowej, motywacji, pamięci i funkcji wykonawczych, funkcjonowaniu społecznym. ■

✉ kontakt do autorki:
aejchman@gmail.com

SCHIZOFRENIA U 17 LETNIEJ DZIEWCZYNKI EFEKTYWNIE LECZONA LURAZYDONEM

GRAŻYNA MANISTA-ZIELIŃSKA

| Specjalistyczna praktyka lekarska, Gostynin

Anna przez ostatnie 5 lat pozostawała pod opieką mojego gabinetu, do którego zgłosiła się po pierwszej hospitalizacji w Klinice Psychiatrii Młodzieżowej, skąd została wypisana z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Pierwsza hospitalizacja miała miejsce gdy dziewczynka była w wieku 13 lat.



Pobyt w Klinice trwał kilka miesięcy, ale nie zakończył się uzyskaniem pełnej remisji choroby. Poprawę stanu psychicznego uzyskano po leczeniu olanzapiną w dawce 20mg/d, jednak u pacjentki nadal występował spłycony afekt, okresowo była dziwaczna w zachowaniu, cały czas halucynowała słuchowo, prowadziła samorozmowy i z trudem zasypiała. Nie radziła sobie z nauką, z powodu zaburzeń koncentracji uwagi i pamięci. Wymagała specjalnego nauczania i nauczanie było prowadzone w domu. W trakcie leczenia dziewczynka znacznie przytyła: ważyła 92,5 kg przy wzroście 160 cm co oznaczało II stopień otyłości (BMI>36).

WYWIAD

Dziewczynka urodziła się o czasie, Apgar 10. Jest jedynaczką, wychowuje ją mama, nie matka. Po rozwodzie z ojcem nie ma kontaktu. W dzieciństwie Anna rozwijała się prawidłowo, nie przechodziła poważnych chorób somatycznych, nie

miała urazów głowy, nie używała substancji psychoaktywnych. W rodzinie nie było zdiagnozowanych chorób psychicznych, jednak wywiad dotyczący rodziny ze strony ojca jest niepełny i niepewny.

PRZEBIEG PROCESU LECZENIA

W następnych miesiącach i latach po rozpoczęciu leczenia psychiatrycznego Anna pozostawała osobą wycofaną społecznie, nie potrafiła nawiązywać kontaktów rówieśniczych, ani podtrzymywać znajomości. Podejmowała próby nawiązywania relacji przez internet, ale także nie kontynuowała tych znajomości. Była objęta opieką psychologiczną. Podejmowane próby powrotu do szkoły kończyły się niepowodzeniem. Okresowo występowały u niej stany obniżonego nastroju, lęki, moczenie nocne, cały czas utrzymywały się zaburzenia koncentracji uwagi.

Kolejne hospitalizacje psychiatryczne były częste i zdarzały się raz lub dwa razy w roku. W trakcie tych pobytów w szpitalu często zmieniano leczenie, między innymi dołączono do olanzapiny aripiprazol, następnie dokonano zmiany na aripiprazol w dawce 30 mg/dobę, kolejnym razem dołączono fluoksetynę 20mg/dobę, potem zamieniono fluoksetynę na sertralinę w dawce 150 mg/dobę. Nie udawało się jednak uzyskać trwałej poprawy i w żadnym momencie od rozpoczęcia leczenia nie uzyskano pełnej remisji choroby.

Podczas ostatniej hospitalizacji, która miała miejsce na początku 2020 roku, do leczenia aripiprazolem 30 mg/d oraz sertraliną (50mg/d), dołączono pernazynę w dawce 200

mg/d. Nie uzyskano wyraźnej poprawy, natomiast pojawiły się działania niepożądane: drżenie i akatyzja. Po wypisie działania niepożądane utrzymywały się, nastąpiło obniżenie nastroju, natłok przykrych myśli, w tym myśli samobójczych, bez tendencji do ich realizacji. Anna cały czas halucynowała słuchowo i wypowiadała urojenia odnoszące.

Wobec utrzymujących się objawów psychotycznych i złej tolerancji leczenia zainicjowanego w czasie hospitalizacji podjęłam próbę kolejnej modyfikacji prowadzonej farmakoterapii w warunkach ambulatoryjnych. Z uwagi na obserwowane silnie nasilone objawy pozapiramidowe odstawiłam pernazynę, obniżyłam dawkę aripiprazolu do 15 mg/d, zaś sertralinę zastąpiłam fluwoksaminą w dawce 50 mg/d. Rozpoczęłam również stosowanie lurazydonu od dawki 18,5 mg dziennie. Po miesiącu leczenia zachęcona dobrą tolerancją leczenia, zwiększyłam dawkę lurazydonu do 37 mg/d a fluwoksaminy do 100 mg/dobę. Dosyć szybko doszło do znacznej poprawy stanu psychicznego. Prawie całkowicie ustąpiły objawy wytwórcze, poprawił się i wyrównał nastrój, ustąpiła akatyzja i dyskinezy. Nastąpiła również poprawa w zakresie funkcjonowania poznawczego. U dziewczynki zaczęła się stopniowa redukcja masy ciała. W trakcie dalszej kontynuacji leczenia (lurazydon 37 mg/d, aripiprazol 15 mg/d, fluwoksamina 100 mg/d) w kolejnych miesiącach utrzymuje się stabilna poprawa stanu psychicznego stanu psychicznego pacjentki. ■

✉ kontakt do autorki:
g.m.zielinska@gmail.com



Tabletki (lurazydon)
18.5 mg | 37 mg | 74 mg

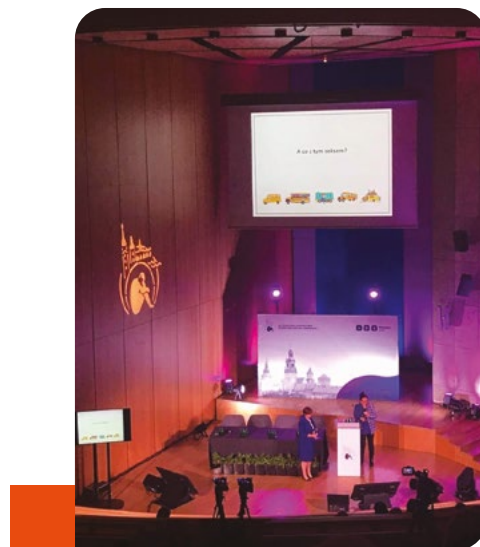
[illegible]

KRAKOWSKA JESIEŃ Z DEPRESJĄ

CZYLI
XXI KONFERENCJA
Z CYKLU
FARMAKOTERAPIA,
PSYCHOTERAPIA
I REHABILITACJA
ZABURZEŃ
AFEKTYWNYCH

DOMINIKA DUDEK

Drugi pandemiczny rok nie szczędzi nam wyzwań. Należy do nich organizowanie konferencji. Chcemy się spotkać, chcemy by było ciekawie, pięknie, swojsko, przyjaźnie. Jak jednak planować w niepewnych czasach, które pokazały nam, że najlepszym sposobem rozśmieszenia Pana Boga jest przedstawienie Mu naszych planów?



W 2020 r. jedynym możliwym rozwiązaniem była forma online. Dla mnie jubileuszowa XXV Konferencja odbyła się w cieniu infekcji, kiepskie samopoczucie podczas moderowania trzydniowego wydarzenia przypisywałam zmęczeniu, ale gdy kilka dni później zaczęłam mocno kaszleć i straciłam wdech, zrozumiałam, że dopadł mnie COVID; na szczęście przeszłam chorobę „spacerkiem” i na szczęście nikogo nie zaraziłam. Końcówka 2020 r. i początek 2021 r. oznaczał dla nas tryumf nauki – pojawiło się wybawienie w postaci szczepionek, a wraz z nimi nadzieja, że życie – w tym i to konferencyjne – wróci całkiem do normy. Szybko jednak okazało się, że teorie spiskowe mają się dobrze, i że spory odsetek społeczeństwa bardziej uwierzył antyszczepionkowcom reprezentowanym przez celebrytki, które uważają się za ekspertów w każdej dziedzinie, niż lekarzom i uczonym. Na efekt nie trzeba było długo czekać – obecna jesień, czwarta fala zbiera swoje śmiertelne żniwo.

Jednak w czasach zarazy należy robić swoje, mimo wszystko i z determinacją. A zatem uczyć się, debatować, słuchać wykładów i spotykać się, chociaż w węższym gronie i z zachowaniem wszelkich zasad bezpieczeństwa. Rozwiązaniem okazała się forma hybrydowa – z wielką przyjemnością powitałam Uczestników z różnych regionów Polski w dostojnym Audytorium Maximum UJ, ale również przed monitorami komputerów. Wielka sala wykładowa Audytorium pozwalała na dystans społeczny – co prawda tęskniłam za tłumem gości i gwarem, do jakiego byliśmy przyzwyczajeni jeszcze w czasach, gdy Konferencja odbywała się w Zakopanem, jednak wiem, że przyjdzie na to czas, może już za rok. Póki co musimy się wzajemnie chronić.

Otwarcie Konferencji odbywającej się pod patronatem między innymi Rektora UJ zaszczylił Prorektor ds. Collegium Medicum prof. Tomasz Grodzicki oraz Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego Marcin Jędrzychowski. Program wydarzenia obejmował szereg

wykładów na temat psychopatologii zaburzeń afektywnych, postępów farmakoterapii, nowych technologii w leczeniu depresji. Nie zabrakło dyskusji na tematy interdyscyplinarne: o kondycji psychicznej kobiet w okresie menopauzy mówiła prof. Violetta Skrzypulec-Plinta, cała sesja z udziałem diabetologa (prof. Maciej Małecki – Dziekan Wydziału Lekarskiego CM UJ), psychiatry (prof. Joanna Rymaszewska) i psychologa (dr Katarzyna Cyranka) została poświęcona związkom depresji z cukrzycą i nowym wyzwaniom w dobie pandemii. O problemach związanych z pandemią i chorobami zakaźnymi mogliśmy usłyszeć od wybitnych psychiatrów (prof. Janusz Rybakowski, prof. Janusz Heitzman, doc. Maciej Pilecki), ale również najbardziej aktualne informacje przekazali nam prof. Krzysztof Pyrc – znany wirusolog, specjalista zajmujący się od lat koronawirusami i prof. Monika Bociąga-Jasik – specjalista chorób zakaźnych, od pierwszych chwil na pierwszej linii frontu walki z COVID-19.

Znakiem firmowym Konferencji jest włączenie tematów humanistycznych. Wśród gości specjalnych znalazł się prof. Piotr Sztompka – światowej sławy socjolog, profesor honorowy UJ, doktor honoris causa czterech uniwersytetów, słynący z niezwykłej erudycji i talentu wykładowcy. Poruszył temat ważny dla nas wszystkich: zaufanie i odpowiedzialność w czasach zarazy. Z kolei Michał Rusinek – literaturoznawca, autor wielu poczytnych książek, wieloletni sekretarz i przyjaciel Wisławy Szymborskiej mówił o depresji i manii w języku, zaś Tomasz Stawiszyński – filozof, dziennikarz, eseista, autor m.in. niedawno wydanej „Ucieczki od bezradności” – o depresji i zaburzeniach psychicznych w dziełach filozofów i o tym, co wniosły poglądy antypsychiatrów. Kolejnym gościem specjalnym był Jerzy Fedorowicz – senator, aktor, który sam chorował na depresję. Jego opowieść z punktu widzenia pacjenta o cierpieniu, hospitalizacji, kontakcie ze służbą zdrowia i wychodzeniu z choroby, okraszona aktorskimi umiejętnościami, była przejmująca i długo pozostanie w pamięci.

Nie sposób wymienić wszystkich ważnych i ciekawych zagadnień poruszanych podczas Konferencji. Dziękuję wszystkim, od których dostałam wspierające i pozytywne informacje zwrotne. Postaram się, by kolejne krakowskie spotkanie z zaburzeniami afektywnymi (03-05.11.2022) było równie ciekawe. Uchylając rąbka tajemnicy planujemy wykład na temat zarządzania lękiem poprzez teorie spiskowe i produkowanie fake-newsów oraz na temat ewolucyjnego znaczenia zaburzeń afektywnych. Mam wielką nadzieję, że spotkamy się już „na żywo” i Auditorium Maximum zatętni życiem. ■



Zdjęcia: Archiwum organizatorów.

PO OLIMPIJCZYKACH I TOUR DE POLOGNE CZAS NA PSYCHIATRÓW XXVI BIESZCZADZKIE DNI PSYCHIATRYCZNE W ARŁAMOWIE

MACIEJ KULIGOWSKI

| Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

ZDJĘCIA: ARCHIWUM ORGANIZATORÓW



RAZEM... PA3OM... TOGETHER

I znowu jest jesień, i znowu jesteśmy tutaj w Arłamowie, i znowu uczestniczymy stacjonarnie w Bieszczadzkich Dniach Psychiatrycznych. W tych Dniach realizujemy misję towarzyszenia w zdrowieniu naszych Pacjentów, budujemy mosty w dialogu terapeutycznym, wymieniamy się nie tylko wiedzą, ale przede wszystkim doświadczeniami. Właśnie w tym szczególnym czasie, czasie pandemii, chcemy być razem i razem jesteśmy. To, że po raz kolejny w tym trudnym czasie udało się, i Wam, i Nam, być tutaj razem, świadczy tylko o tym, że nie ma granic, których nie jesteśmy w stanie „razem... pa3om... together przekroczyć” – to słowa, którymi uczestnicy XXVI Bieszczadzkich Dni Psychiatrycznych zostali powitani przez **prof. Andrzeja Cześnikiewicza**, Przewodniczącego Komitetu Naukowego konferencji.

W przepięknej jesiennej scenerii na pograniczu Pogórza Przemyskiego i Bieszczad w wydarzeniu wzięło udział blisko 350 uczestników. Niestety z powodu pandemii nie dojechali goście z Ukrainy, Słowacji i Francji. Patronatem honorowym spotkanie objął Konsultant Krajowy prof. Piotr Gałęcki oraz Marszałek Województwa Podkarpackiego Władysław Ortyl. Medialne wsparcie otrzymaliśmy od Pulsu Medycyny oraz kwartalnika Psychiatra. Organizatorem było **Podkarpackie Centrum Zdrowia Psychicznego Barket&Kuligowski** z Przemyśla. Partnerami Konferencji zostali; Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny w Żurawicy oraz Fundacja Pomocy Dzieciom Przewlekłe Chorem „Jerzyk”. Jak co roku podczas licytacji na rzecz Fundacji „Jerzyk” zebrano kilka tysięcy złotych. Otrzymaliśmy

też wsparcie ze strony **Prezesa Zarządu Hotelu Arłamów, pana Michała Kozaka** – dziękujemy!

Bardzo szeroka tematyka od wpływu pandemii (w ubiegłym roku jako pierwsi w Polsce i jak się okazało jedyni stacjonarnie w Arłamowie przekazaliśmy doniesienia w tym zakresie), poprzez zagadnienia psychogeriatry, psychiatrii dzieci i młodzieży, farmakoterapii, kliniki zaburzeń depresyjnych i schizofrenii, seksuologii, psychosomatyki po prawo medyczne i medycynę katastrof. Po raz trzeci odbyła się wyjątkowa sesja „**Psychopasje, czyli psychiatrzy i ich pasje**” oraz VII Mistrzostwa Polski Lekarzy Psychiatryków w Tenisie Ziemnym.

PANDEMIA W PSYCHIATRII

Konferencję otworzył wykład **prof. Janusza Heitzmana „Psychiatria w pandemii – czas na zmiany”**, gdzie oprócz aktualnych problemów związanych z bezpośrednim wpływem Covid-19 na OUN, wzrostem zachorowalności i śmiertelności wśród pacjentów psychiatrycznych omówiono problemy pracodawców, pracowników, wspomniano o przewidywanych odległych następstwach zdrowotnych, organizacyjnych nie tylko w służbie zdrowia, ale też w wielu dziedzinach życia społecznego i zawodowego. Sporo miejsca zajęła reforma opieki dzieci i młodzieży oraz problemy związane z przemocą i wykorzystaniem seksualnym w czasie pandemii. Temat „**Wpływ pandemii COVID-19 na zachowania mieszczące się w pojęciu tzw. „nałogów behawioralnych”**” kontynuował nestor polskiej addyktologii **dr n.med. Bogusław Habrat**. W swoim wystąpieniu zwrócił uwagę na badania zasadności modeli, głównie roli stresu w powstawaniu zachowań



nałogowych, ale i innych bardziej specyficznych czynników jak: izolacji społecznej, zwiększeniu roli internetu w pozyskiwaniu informacji, łatwiej dostępnego e-hazardu, zastępczego wirtualnego nawiązywania i utrzymywania relacji międzyludzkich, zastępczego zaspakajania popędu płciowego (internetowa pornografia i inne formy cyberseksu), internetowych zakupów. Omówione wyniki badań nad zasadnością obaw w kontekście epidemiologicznym i weryfikacji powstałych ad hoc hipotez na temat czynników sprzyjających zachowaniom mieszczącym się w pojęciu tzw. „nałogów behawioralnych”. O ile w odniesieniu do nałogowych form używania substancji psychoaktywnych wykazano, że choć w pandemii COVID-19 generalnie zwiększyło się używanie, to zjawisko to dotyczy głównie osób, które już uprzednio miały problemy związane z ich używaniem. W odniesieniu do zachowań problemowych nazywanych „nałogami behawioralnymi” trudniej o tak jednoznaczną interpretację. Większość badań odnotowuje zwiększenie nasilenia takich zjawisk jak: zaabsorbowanie różnymi formami aktywności internetowej i związanej z nowymi technologiami (czas spędzony na obcowaniu z nowymi technologiami, oglądanie e-pornografii i uczestniczenie w różnych formach cyberseksu, korzystanie ze zdalnego uprawiania hazardu, zwiększone zakupy internetowe itp.). Nie jest jednak jasne, czy te zjawiska prowadzą do klinicznych form nałogów behawioralnych, choćby z tego względu, że konceptualizacja nałogów behawioralnych jest niedostateczna, a kryteria diagnostyczne dość uznaniowe i niespotykające się z powszechną akceptacją. Nie wiadomo też, jakie będą trendy tego zjawiska: czy się utrwalą lub wręcz będą zwiększać się, a może zaobserwujemy tendencję do normalizacji?

„Wyobcowanie i samotność w obliczu zjawiska pandemii wśród uczestników warsztatów terapii zajęciowej” to temat wystąpienia **mgr Żanety Krzywoń**. Na podstawie danych uzyskanych we współpracy z warsztatami terapii zajęciowej (WTZ) przedstawiono charakterystykę grupy 72 osób z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną w wieku od dorosłego do seniora, uczestników WTZ zamieszkałych w powiecie przemyskim, zmagających się z aktualną sytuacją pandemiczną. Proces zbierania informacji był prowadzony podczas sześciomiesięcznej przerwy od zajęć warsztatowych. Praca powstała w celu analizy stanu emocjonalnego uczestników WTZ w świetle wymuszonej izolacji od siebie w czasie zawieszenia zajęć. Wśród wyłonionych zmiennych znalazły się: izolacja, samotność, konflikty interpersonalne i zaburzenia relacji. Również zjawisko potrzeby bliskości i bycia zauważonym przez innych w odpowiedni sposób ujawniło się w okresie izolacji. Wymienione aspekty zaburzeń relacji międzyludzkich stały się przedmiotem rozważań w tej pracy. O aspektach prawnych pracy w czasie pandemii dyskutował **mec. Wojciech Wojtal** „Organizacja opieki psychiatrycznej w czasie epidemii – aspekty prawne” oraz „Aspekty praktyczne i prawne podczas awarii systemu informatycznego.”

DZIECI, MŁODZIEŻ I REFORMA

Dyr. Tomasz Rowiński, dr Ireneusz Jelonek: „Agresja-Objaw czy wychowanie” oraz **prof. Małgorzata Janas-Kozik:** „Psychiatria dzieci i młodzieży a pandemia Covid-19”. W okresie pandemii odnotowano u dzieci i młodzieży wzrost o około 30% zaburzeń, choć początkowo nastąpił ich spadek (prawdopodob-



nie problemy z dostępnością do placówek), podkreślono powstanie systemu poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych I stopnia. Zaobserwowano wzrost kryzysów w rodzinach, gdzie wcześniej były dysfunkcje, a nauka zdalna była frustracją dla uczniów i nauczycieli (wcześniej 15% z nich miało doświadczenie w takim systemie nauki), brak doświadczenia rodziców wobec konieczności izolowania całej rodziny spowodowało przerzucanie frustracji na nauczycieli, pojawiła się zależność między obniżonym nastrojem a mniejszą aktywnością fizyczną. U pacjentów z już zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi długotrwała izolacja pogłębiła wcześniejsze problemy. Dotyczyło to przede wszystkim dzieci leczonych na depresję, zaburzenia odżywiania oraz dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. 48-58% nauczycieli deklaruowało „znikanie” uczniów z systemu oświaty w różnych formach. Wielu nauczycieli zaobserwowało u uczniów wcześniej nieśmiałych i wycofanych, że tacy uczniowie na lekcjach online są często bardziej aktywni, w większym stopniu potrafią skupić się na nauce, czego efektem było poprawienie wyników. Niestety, nauczyciele zauważyli także pogorszenie szkolnej aktywności klasowych liderów, najbardziej aktywnych, którzy bazowali na atencji otoczenia, ale też potrzebowali stałego, bezpośredniego nadzoru nauczyciela, aby motywować się do nauki. Podkreślono też, że w warunkach pandemii obserwuje się istotny wzrost nasilenia zachowań agresywnych, opozycyjności oraz drażliwości w grupie dzieci i młodzieży

OBRAZY ZAPALENIA

Prof. Piotr Gałęcki w swoim wykładzie „Dziedziczenie traumy a procesy epigenetyczne w kontekście

teorii neurorozwojowej depresji” mówił m.in. o poszukiwaniach mechanizmów związanych z częstszym występowaniem depresji w populacji ogólnej. Aby zrozumieć mechanizm podatności na tę chorobę, należy uwzględnić znaczącą rolę współdziałania układu immunologicznego oraz nerwowego. Ich wspólny rozwój już od momentu poczęcia jest matrycą późniejszych predyspozycji, zarówno tych związanych z mobilizacją części prozapalnej układu immunologicznego (TNF α , IL-1 α , IL-6), jak i związanych z psychologicznym radzeniem sobie ze stresem. Tak wczesny okres kształtowania się jest związany z procesami epigenetycznymi, które silnie zaznaczają się w trakcie życia płodowego oraz do 1 roku życia i wpływają na ustalenie charakterystycznego fenotypu dla różnych form patologii, także w formie depresji. **Dr Grzegorz Opielak** zainteresował uczestników tematami z zakresu psychosomatyki „**Niewydolność serca: od zapalenia do depresji.**” W wykładzie przedstawiono poszukiwania wspólnego „tropu” współwystępowania zaburzeń depresyjnych z grupą konkretnych patologii somatycznych, zwłaszcza tych o podłożu zapalnym. Autor kontynuował temat w wykładzie „**Od zapalenia do niedożywienia w depresji u pacjentów chorych na przewlekłe choroby zapalne.**” **Dr n.med. Sławomir Murawiec** „**Depresja – różnice w jej postrzeganiu przez lekarzy**” opisywał warsztaty „Sztuka leczenia depresji i lęku z firmą Krka” przeprowadzone w Gdańsku, Rzeszowie i Łodzi jesienią 2021 r., w trakcie których indywidualne obrazy depresji istniejące w umysłach profesjonalistów (lekarzy) zostały odmalowane pod okiem plastyczki dr Anny Krzemińskiej (ASP w Warszawie). W trakcie warsztatów zadaniem lekarzy było m.in. namalowanie obrazu depresji w kontekście pejzażu morskiego. Depresja była odmalowywana w bardzo indywidualny sposób.



Do jej przedstawiania używano zarówno plam barwnych (najczęściej ciemnych, czarnych, ale często kontrastowanych z jaskrawymi kolorami, np. czerwienią), elementów związanych z tematyką morską (burza, sztorm, wysokie fale, zamęt, zanurzenie, głębokość, fala wsteczna), ale także elementów figuratywnych (nikła osoba w obliczu czegoś wielkiego, pochłaniającego; łódka na wzburzonym morzu). Niektóre prace wymykały się tym kategoriom i w sposób jeszcze bardziej indywidualny przedstawiały wyobrażenia depresji istniejące w umysłach autorek i autorów prac malarskich. Podczas wykładu uczestnicy mieli możliwość aktywnej interpretacji prac kolegów lekarzy, próbując dostosować obrazy do poszczególnych rodzajów depresji, jej nasilenia. Wywołany „do tablicy” dr Piotr Wierzbński pomagał w dostosowaniu leczenia danego typu depresji na podstawie treści obrazu, jego formy, użytych kolorów, co było nader interesujące.

Prof. Hanna Karakuła-Juchnowicz wraz z lek. Małgorzatą Futymą przygotowała temat: „**Transkraniałna stymulacja elektryczna (tCS) – dlaczego, komu, kiedy?**” opisując obserwowane w ostatnim czasie coraz większe zainteresowanie stosowaniem przezczaszkowej stymulacji prądem (ang. transcranial current stimulation, tCS) jako metody nieinwazyjnej terapii. Obecnie wykorzystuje się trzy formy przezczaszkowej stymulacji prądem: tDCS (transcranial Direct Current Stimulation), czyli przezczaszkowa stymulacja prądem stałym o niskim napięciu i natężeniu prądu, tACS (transcranial Alternating Current Stimulation), czyli przezczaszkowa stymulacja prądem zmiennym oraz tRNS (transcranial Random Noise Stimulation), czyli przezczaszkowa stymulacja przypadkowo dobiieranym szumem. Badania nad skutecznością zastosowania tDCS dotyczą neurologii (udary, migrena, zespoły

bólowe, fibromialgia, afazja, stwardnienie rozsiane) i rehabilitacji. W psychiatrii bada się działanie w terapii zaburzeń afektywnych, schizofrenii (szczególnie w terapii objawów negatywnych, omamów słuchowych), zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, autyzmu, uzależnień oraz zespołów otępiennych, jako stymulacja funkcji poznawczych. Mechanizm działania leżący u podstaw tDCS nie został jeszcze dokładnie poznany, jednak uważa się, że tDCS powoduje podprogową zmianę spoczynkowego potencjału błony komórkowej, która selektywnie moduluje potencjał błonowy, doprowadzając do polaryzacji komórki nerwowej (Lefaucheur i wsp., 2019). W wystąpieniu zostały poruszone kwestie bezpieczeństwa oraz skuteczności tDCS jako metody alternatywnej w leczeniu zaburzeń psychiatrycznych, a także własne doświadczenia w zastosowaniu tej metody terapeutycznej.

Bardzo ciekawy był drugi wykład **prof. Hanny Karakuły-Juchnowicz** przygotowany wraz z lek. Sebastian Masternakiem dotyczący zapalenia mózgu z obecnością przeciwciał przeciwko receptorom anty-NMDA „**Umysł w ogniu, czyli o autoimmunologicznym zapaleniu mózgu z przeciwciałami przeciwko receptorom NMDA**”. W wystąpieniu zostały przedstawione podstawowe informacje dotyczące NMDAR encephalitis w kontekście trudności diagnostyczno-terapeutycznych na podstawie 2 przypadków klinicznych, w tym jednego z prawdopodobnie najdłuższym opisanym w literaturze medycznej czasem rozwoju procesu chorobowego.

CZY SEKSUALNOŚĆ BOLI?

Prof. Irena Krupka-Matuszczyk mówiła o „**Dysfunkcjach seksualnych u kobiet niezależnie od wieku**” zwracając uwagę na zaburzenia seksualne u kobiet ujawniające się w wieku średnim; takie jak atrofia sromu i pochwy, wulwodynia i hipoaktywne zaburzenie pożądania seksualnego. Badania National Health and Social Survey wskazują, iż częstość występowania jakiegokolwiek problemu seksualnego wynosi 44,2%, a częstość zaburzeń wzrasta z wiekiem (18-44 lat – 27%, 45-64 lat 47%, od 65 lat-80%). Każda zgłaszająca ten problem kobieta powinna mieć wykonane badanie ginekologiczne i ocenę bólu, oznaczenia laboratoryjne estradiolu lub folitropiny, hemoglobiny glikowanej lub glukozy na czczo, hormonów tarczycy (T3, T4, TSH), prolaktyny, testosteronu lub globuliny wiążącej hormony płciowe. Warto zwrócić uwagę, iż leki takie jak bupropion, trazodon, buspiron, jak również antagoniści dopaminy mogą być skuteczne w leczeniu hipoaktywnego zaburzenia pożądania seksualnego (HSDD).

W swoim drugim wykładzie **prof. Krupka-Matuszczyk** przedstawiła „**Aktualny przewodnik leczenia bólu**”. Temat bólu pojawił się w wykładzie **dr Sławomira Jakimy** i **mgr Ewy Baszak** „**Seksualne zespoły bólowe**”. Ból występujący podczas kontaktu seksualnego jest dość częstym problemem dotyczącym około 14% kobiet i 3% mężczyzn. W klasyfikacji DSM5 nosi termin „ból penetracyjny/ból narządów płciowych”.

Obejmuje on zarówno termin dyspareunia, tak jak pochwice i wulwodynie. W dużym procencie wywołany jest czynnikami psychicznymi. Omówiono rozpoznawanie seksualnych zespołów bólowych oraz leczenie z uwzględnieniem podstawowych czynników psychologicznych i psychiatrycznych. **Dr n.med. Bartosz Grabski** omówił „Proces korekty płci u dorosłych osób z dysforią/niezgodnością płciową: jak powinien wyglądać w zgodzie z nowoczesnymi światowymi (WPATH) i polskimi (PTS) standardami postępowania”. Spojrzenie na transpłciowość uległo w ostatnich latach znacznej, paradygmatycznej wręcz zmianie. W tym kontekście zmianom i ewolucji ulegają także standardy opieki zdrowotnej świadczonej na rzecz osób transpłciowych. Główny problem, z którym zgłaszają się te osoby, to problem uporczywej dysforii/niezgodności płciowej. Wykład przybliżył ewolucję spojrzenia na transpłciowość oraz współczesne zasady postępowania wobec dorosłych osób transpłciowych doświadczających dysforii płciowej w ujęciu międzynarodowym (WPATH) i polskim (PTS).

POSTĘPY LECZENIA OTĘPIENIA

„Czynniki ryzyka AD i próby ich kontroli” to wykład **prof. Tadeusza Parnowskiego**. W ostatnim okresie zauważono zmniejszenie zapadalności na chorobę Alzheimera w kilku krajach skandynawskich. Dokładne analizy stwierdziły, że wpływ na to ma zmiana stylu życia. Logiczne wydaje się więc stosowanie prewencji pierwotnej wobec modyfikowalnych czynników ryzyka. Idea ta zyskuje sobie coraz więcej zwolenników i dotyczy stosowania różnych oddziaływań w postaci zarówno profilaktyki chorób wieku podeszłego, jak i zmiany stylu życia poprzez zmiany diety, ćwiczenia fizyczne i intelektualne. W wykładzie omówiono działania z obszaru prewencji pierwotnej i wtórnej, zmniejszające ryzyko wystąpienia choroby. **Prof. Tadeusz Parnowski** przedstawił również „Nowe podejścia terapeutyczne w chorobie Alzheimera”. Wiele z poszukiwań nowych leków wpływających na patomechanizm choroby zakończyło się fiaskiem. Także próby kontrolowania skutków występowania zaburzeń funkcji poznawczych – objawów neuropsychiatrycznych nie przynosiły spodziewanych efektów. Efektywność leków stosowanych w pobudzeniu, psychozie, depresji jest niewielka, tolerancja słaba. Dopiero po 18 latach od rejestracji ostatniego leku stosowanego w chorobie Alzheimera został przez FDA zarejestrowany nowy lek – białko monoklonalne – aducanumab. Mimo dyskusji dotyczącej jego faktycznego wpływu na objawy kliniczne, przyjęty został z dużą akceptacją środowiska alzheimerowskiego, tym bardziej, że otwiera drogę do dalszych poszukiwań innych przeciwciał monoklonalnych. Tematykę otępienia kontynuował **prof. Tomasz Gabryelewicz** dzieląc się wiedzą na temat: „Czy u wszystkich pacjentów z otępieniem występuje pobudzenie i agresja?” oraz „Długowieczność – postęp czy porażka?”. **Prof. Przemysław Bieńkowski** opowiedział o tym jak działa: „Dopamina po siedemdziesiątce”.

Nie sposób omówić wszystkich tematów wykładów i warsztatów, które znalazły się w programie, m.in. **Prof. Janusz Heitzman**: „Pewność i bezpieczeństwo w terapii – jak zainicjować i utrzymać pacjenta w leczeniu LAT”, **prof. Dominika Dudek**: „Czy leki przeciwdepresyjne uzależniają?”, **mgr Dominika Kudaka**: „Naturalna Równowaga – Dziurawiec zwyczajny a depresja”, **prof. Andrzej Cześnikiewicz**: „Neurolingwistyczne źródła ludzkiej psychopatologii”, **dr Sylwia Niedźwiadek**: „Deficyty językowe a deficyty poznawcze w schizofrenii”, **dr Marian Macander** i **dr Krzysztof Zboralski** przygotowali kolejne tematy z zakresu medycyny katastrof: „Psychiatryczno-psychologiczne problemy uczestników wypadków lotniczych” i „Interdyscyplinarna współpraca psychologa po wypadku lotniczym”. „Zaburzenia osobowości typu borderline” stały się przedmiotem wspólnego wykładu **doc. Anny Mosiołek** i **dr Sławomira Jakimy**. Z kolei **dr n.med. Piotr Wierzbński** przedstawił ciekawy temat: „Przeciwpyschotycznie, przeciwłkowo i przeciwdepresyjnie, czyli dlaczego kwetiapina jest królową recepturów”.

Konferencja była również okazją dla wielu uczestników do oderwania się od codziennej ciężkiej pracy lekarza psychiatry podczas kolacji grillowej przy muzyce turystycznej na żywo. Spotkanie w „karczmie na stoku” było okazją do degustacji win z Podkarpackich winnic. W rolę sommeliera wcielił się **dr Maciej Kuligowski**. Okazją do wytchnienia były również treningi relaksacyjne pod okiem trenera **mgr Oliwii Kuligowskiej** zarówno w przerwach między wykładami, jak i podczas osobnych warsztatów plenerowych trasą Ignacego Łukaszevicza – specjalnie wykonaną nową drogą dojazdową do Arłamowa stworzoną z okazji Tour de Pologne 2021”.

Do zobaczenia za rok! ■

VII Mistrzostwa Polski Lekarzy Psychiatrów w Tenisie Ziemnym Arłamów 22.10.2021r.

Gratulujemy Finalistkom i Finalistom!

Juniorki Starsze

1. Kowalewska Kinga
2. Starzyk Marta

Juniorki Młodsze

1. Tomaszczyk Justyna
2. Kisiel Magdalena

Juniorzy Starsi

1. Skubis Piotr
2. Chowaniec Tomasz
3. Buczek Wiktor

Juniorzy Młodzi

1. Barlik Artur
2. Gościmski Piotr



PODKARPACKIE CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Barket & Kuligowski

Oddział Podkarpacki Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
Fundacja Pomocy Dzieciom Przewlekle Chorym „Jerzyk”



ZAPRASZAJĄ NA
XXVII
MIĘDZYNARODOWĄ
KONFERENCJĘ NAUKOWO - SZKOLENIOWĄ
BIESZCZADZKIE DNI PSYCHIATRYCZNE

"Pacjent trudny do terapii"

Arłamów, 20-22.10.2022 r.

Komitety Naukowe

Prof. Andrzej Czernikiewicz - Przewodniczący
Prof. Dominika Dudek
Prof. Małgorzata Janas-Kozik
Prof. Hanna Karakuła-Juchnowicz
Dr Aleksandra Madejska-Soltani - Francja
Prof. Aleksander Filts - Ukraina
Dr n. med. Maciej Kuligowski

Patronat Honorowy:

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Psychiatrii
Prof. Piotr Gałęcki

Patronat medialny:



Kontakt: tel. 602 557 643 e-mail: m_kulig@autograf.pl www.bdp.edu.pl



Amisan. Jedna tabletkę zawiera 50 mg, 200 mg lub 400 mg amisulprydu (*Amisulpridum*). **Wskazania:** leczenie ostrej i przewlekłej schizofrenii: – z objawami pozytywnymi, takimi jak urojenia, omamy, zaburzenia myślenia, wrogość, nieufność; – z objawami negatywnymi (zespół niedoboru), takimi jak stopień uczuć, wycofanie emocjonalne i socjalne. **Dawkowanie:** Objawy pozytywne 400 mg do 800 mg na dobę. W indywidualnych przypadkach dawkę można zwiększyć do 1200 mg na dobę. Nie należy stosować dawek większych niż 1200 mg na dobę, gdyż nie badano w wystarczającym stopniu bezpieczeństwa ich stosowania. Nie ma konieczności specjalnego dostosowywania dawki w przypadku rozpoczęcia leczenia amisulprydem. Dawki należy dobierać indywidualnie. U chorych, u których występują jednocześnie objawy pozytywne i negatywne, dawkę należy ustalić tak, żeby uzyskać optymalną kontrolę objawów pozytywnych. Leczenie podtrzymujące należy określić indywidualnie, podając najmniejszą skuteczną dawkę. Objawy negatywne; U pacjentów z przewagą objawów negatywnych, zaleca się podawanie produktu doustnie w dawkach od 50 mg do 300 mg na dobę. Amisulpryd w dawce nieprzekraczającej 300 mg na dobę można stosować w jednej dawce. Dawki dobowe ponad 300 mg należy podawać w kilku dawkach. Amisan można podawać niezależnie od posiłków. Tabletki należy zażywać bez żucia, z wystarczającą ilością płynu. **Przeciwwskazania:** Nie należy stosować produktu leczniczego: u pacjentów z nadwrażliwością na amisulpryd lub którąkolwiek z substancji pomocniczych; z nowotworami zależnymi od prolaktyny, np. gruczolak przysadki typu prolactinoma i rak piersi; z guzem chromochłonnym nadnerczy; u pacjentów z ciężką niewydolnością nerek (klirens kreatyniny <10 ml/min); u dzieci w wieku poniżej 18 lat; w okresie karmienia piersią; jednocześnie z lewodopą; równocześnie z lekami, które mogą powodować poważne zaburzenia rytmu serca (wydłużenie odstępu QT, torsades de pointes): leki przeciwartymiczne klasy I i III, takie jak chinidyna, dizopiramid, meksyletyna, flekainid, propafenon, amiodaron, sotalol oraz beprydydyl, cyzapryd, sultopryd, tiorydazyna, metadon, erytromycyna podawana doustnie, winkamina podawana dożylnie, halofantryna, pentamidyna, sparfloksacyna, imidazolowe leki przeciwciepłoty. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Możliwe jest wystąpienie złośliwego zespołu neuroleptycznego z takimi objawami, jak hipertermia, sztywność mięśni, zaburzenia czynności autonomicznego układu nerwowego, zmniejszona świadomość oraz zwiększenie aktywności kinazy kreatynowej (CPK) w surowicy. W przypadku wystąpienia hipertermii, szczególnie po stosowaniu dużych dawek dobowych, należy przerwać podawanie wszystkich przeciwpsychotycznych substancji czynnych, w tym amisulprydu. Należy zachować szczególną ostrożność przepisując amisulpryd pacjentom z chorobą Parkinsona, gdyż mogą nasilić się objawy choroby. Amisulpryd można stosować tylko wtedy, gdy leczenie neuroleptykiem jest niezbędne. Amisulpryd powoduje zależne od dawki wydłużenie odstępu QT. Działanie to może zwiększać ryzyko ciężkich komorowych zaburzeń rytmu serca, takich jak torsades de pointes. Środki ostrożności: Ostrożnie stosować u pacjentów z cukrzycą, padaczką. Amisulpryd jest wydzielany z organizmu przez nerki. W niewydolności nerek (CRCL= 10-60 ml/min) dawkę leku należy zmniejszyć. Nie zaleca się stosowania amisulprydu u pacjentów w podeszłym wieku (> 65 lat). Leczenie amisulprydem powoduje ryzyko obniżenia ciśnienia tętniczego krwi lub nadmiernej sedacji. Amisan zawiera laktosę. Lek nie powinien być stosowany u pacjentów z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy (typu Lapp) lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy. **Ciąża i laktacja:** Nie należy stosować amisulprydu w okresie ciąży, jeśli nie jest to bezwzględnie konieczne. Nie należy karmić piersią podczas leczenia. **Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu:** Amisulpryd ma duży wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu. **Działania niepożądane:** Bardzo często: objawy pozapiramidowe, np. drżenie, sztywność, hipokineza, zwiększenie wydzielania śliny, akatyzja, dyskineza. Objawy te po zastosowaniu optymalnych dawek produktu są zazwyczaj lekkie i częściowo ustępują po zastosowaniu leku przeciw parkinsonizmowi bez przerwania podawania amisulprydu. Często: może wystąpić ostra dystonia (tiki lub kurcze mięśni szyi, oczu lub żuchwy), ustępująca bez przerwania leczenia amisulprydem po zastosowaniu antycholinergicznego leku przeciw parkinsonizmowi. Senność, zawroty głowy, zmniejszenie masy ciała, niedociśnienie tętnicze krwi, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, takie jak zaparcia, nudności, wymioty, suchość w ustach, zwiększenie stężenia prolaktyny w surowicy krwi, ustępujące po zaprzestaniu stosowania amisulprydu, bezsenność, łęk, pobudzenie, zaburzenia orgazmu. Niezbyt często: zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych, zwłaszcza aminotransferaz, bradykardia, po długotrwałym leczeniu obserwowano późne dyskinezy charakteryzujące się mimowolnymi ruchami przede wszystkim języka i (lub) mięśni twarzy. Drgawki, hiperglikemia reakcje alergiczne. Rzadko: objawy po nagłym przerwaniu leczenia dużymi dawkami leku takie jak: nudności, wymioty i bezsenność, nawrót objawów psychotycznych, zaburzenia ruchowe (takie jak akatyzja, dystonia i dyskineza). Ze względu na to zaleca się stopniowe odstawianie leku. **Podmiot odpowiedzialny:** PRO.MED.CS. Praha a.s., Telčská 1, 140 00 Praha 4, Republika Czeska. MZ-Nr pozw. na dop. do obr: 16388, 16390, 16391. Informacji udziela: PRO. MED. PL Sp. z o.o., Al. Korfanteo 141, 40-154 Katowice, Dostępne opakowania: tabl. 50 mg x 60 szt., tabl. 200 mg x 30 szt., tabl. 200 mg x 60 szt., tabl. 400 mg x 30 szt., 400 mg x 60 szt.

Fluxemed. 1 kapsułka zawiera 20 mg fluoksetyny. **Wskazania:** Dorośli: epizody dużej depresji, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, żarłoczność psychiczna (łac. *Bulimia nervosa*); Dzieci i młodzież w wieku 8 lat i powyżej: epizody depresji umiarkowane do ciężkich, jeśli objawy depresji nie ustępują po 4-6 sesjach psychoterapii. **Dawkowanie:** Dorośli i osoby w podeszłym wieku: Epizody dużej depresji: zalecana dawka wynosi 20 mg na dobę. Podczas stosowania większych dawek ryzyko potencjalnych działań niepożądanych u niektórych pacjentów może być zwiększone, w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na dawkę 20 mg, można stopniowo zwiększyć dawkę do maksymalnie 60 mg. Dostosowanie dawki należy przeprowadzać ostrożnie, indywidualnie u każdego pacjenta, starając się utrzymać najmniejszą dawkę skuteczną. U pacjentów z depresją leczenie powinno trwać wystarczająco długo, co najmniej 6 miesięcy, tak aby zapewnić ustąpienie objawów. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne: zalecana dawka wynosi 20 mg na dobę. W przypadku niedostatecznej po 2 tygodniach odpowiedzi na dawkę 20 mg, można stopniowo zwiększyć dawkę do maksymalnie 60 mg. Jeżeli nie obserwuje się poprawy w ciągu 10 tygodni, należy ponownie rozważyć zasadność leczenia fluoksetyną. W przypadku uzyskania korzystnej odpowiedzi terapeutycznej, leczenie można kontynuować w dawce dostosowanej do indywidualnych potrzeb pacjenta. U pacjentów wykazujących odpowiedź terapeutyczną kontynuacja leczenia ponad 10 tygodni jest uzasadniona. Nie wykazano długotrwałej (powyżej 24 tygodni) skuteczności leczenia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Bulimia nervosa: zalecana dawka wynosi 60 mg/dobę. Nie wykazano długotrwałej skuteczności (powyżej 3 miesięcy) w leczeniu żarłoczności psychicznej. Dzieci i młodzież w wieku 8 lat i powyżej (epizody depresji umiarkowane do ciężkich): leczenie należy rozpoczynać pod nadzorem specjalisty, on też powinien je monitorować. Dawka początkowa wynosi 10 mg. Dawkę należy dostosowywać ostrożnie, indywidualnie u każdego pacjenta, starając się utrzymać najmniejszą dawkę skuteczną. Po 1-2 tygodniach dawkę można zwiększyć do 20 mg/dobę. Dzieci o mniejszej masie ciała: ze względu na większe stężenia w osoczu u dzieci o mniejszej masie ciała, działanie terapeutyczne można uzyskać po zastosowaniu mniejszych dawek. U pacjentów pediatrycznych, którzy odpowiadają na leczenie, po upływie 6 miesięcy należy ocenić konieczność dalszego leczenia. Jeżeli po 9 tygodniach nie występuje poprawa kliniczna, należy ponownie rozważyć konieczność leczenia. Osoby w podeszłym wieku: zalecana jest ostrożność podczas zwiększania dawki, a dawka dobową nie powinna na ogół być większa niż 40 mg. Zalecana maksymalna dawka wynosi 60 mg/dobę. Zaburzenia czynności wątroby: U pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby lub u pacjentów przyjmujących jednocześnie leki, które mogą potencjalnie wykazywać interakcje z fluoksetyną należy rozważyć zmniejszenie dawki lub częstości podawania produktu (np. 20 mg co drugi dzień). Objawy odstawienia obserwowane po przerwaniu stosowania fluoksetyny: należy unikać nagłego przerywania leczenia. Jeśli leczenie fluoksetyną ma być przerwane, należy stopniowo zmniejszać dawkę przez okres co najmniej 2 tygodni, aby zmniejszyć ryzyko reakcji odstawienia. Jeżeli po zmniejszeniu dawki albo po przerwaniu leczenia występują objawy, których pacjent nie toleruje, należy rozważyć powrót do poprzedniego dawkowania. Następnie lekarz może rozważyć ponownie zmniejszenie dawki, ale bardziej stopniowe. **Sposób podawania:** Do stosowania doustnego. Fluoksetynę można podawać w pojedynczej dawce lub w dawkach podzielonych, podczas posiłku lub pomiędzy posiłkami. Po przerwaniu podawania, substancje czynne utrzymują się w ustroju przez kilka tygodni. Należy to uwzględnić w przypadku rozpoczynania lub przerywania leczenia. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą. Przeciwwskazane jest stosowanie fluoksetyny w skojarzeniu z nieodwracalnymi, nieselektywnymi inhibitorami monoaminoooksydazy (np. iproniazyd) i z metoprololem. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Dzieci i młodzież przed 18 rokiem życia: U dzieci i młodzieży w wieku od 8 do 18 lat fluoksetynę należy stosować tylko w leczeniu epizodów depresji o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego, nie należy stosować produktu w innych wskazaniach (w badaniach klinicznych odnotowano: próby samobójstwa, myśli samobójcze, agresję, zachowania buntownicze i przejawy gniewu). Wysypka i odczynny alergiczny: Opisano wysypkę, reakcje rzekomoanafilaktyczne i postępujące reakcje ogólnoustrojowe, niekiedy o ciężkim przebiegu (dotyczące skóry, nerek, wątroby lub płuc). W razie pojawienia się wysypki lub innych reakcji alergicznych o niemożliwej do ustalenia etiologii, fluoksetynę należy odstawić. Drgawki: Drgawki stanowią potencjalne ryzyko związane z lekami przeciwdrożdżowymi. Dlatego, podobnie jak w przypadku innych leków przeciwdrożdżowych, leczenie fluoksetyną należy rozpoczynać ostrożnie u pacjentów z drgawkami w wywiadzie. Leczenie należy przerwać u każdego pacjenta, u którego wystąpią napady drgawkowe lub zwiększy się ich częstość. Należy unikać stosowania fluoksetyny u pacjentów z niestabilnymi napadami lub niestabilną padaczką. Pacjentów z kontrolowaną padaczką należy starannie monitorować. Mania: Produkty lecznicze przeciwdrożdżowe należy stosować ostrożnie u pacjentów z manią lub hipomanią w wywiadzie. Podobnie jak w przypadku wszystkich leków przeciwdrożdżowych, fluoksetynę należy odstawić u każdego pacjenta, który wchodzi w fazę manii. Czynność wątroby i nerek: Fluoksetyna jest w znacznym stopniu metabolizowana w wątrobie i wydalana przez nerki. U pacjentów z istotnymi zaburzeniami czynności wątroby zaleca się stosowanie mniejszej dawki, np. podawanie produktu co drugi dzień. Po zastosowaniu fluoksetyny w dawce 20 mg na dobę przez 2 miesiące, pacjenci z ciężką niewydolnością nerek (współczynnik filtracji kłębuszkowej: GFR <10 ml/min) wymagający dializoterapii, nie wykazywali różnic pod względem stężenia fluoksetyny lub norfluoksetyny w osoczu w porównaniu z grupą kontrolną o prawidłowej czynności nerek. Tamoksyfen Fluoksetyna jest silnym inhibitorem CYP2D6 i może zmniejszać stężenie endoksyfenu, jednego z głównych, czynnych metabolitów tamoksyfenu. Z tego względu, jeśli to możliwe, należy unikać stosowania fluoksetyny podczas leczenia tamoksyfenem. Wpływ na układ krążenia: W okresie po wprowadzeniu produktu do obrotu zgłaszano przypadki wydłużenia odstępu QT i komorowych zaburzeń rytmu serca, w tym torsades de pointes. Należy zachować ostrożność stosując fluoksetynę u pacjentów z takimi chorobami, jak wrodzone wydłużenie odstępu QT, wydłużenie odstępu QT stwierdzone w wywiadzie rodzinnym lub innymi stanami klinicznymi, które mogą predysponować do wystąpienia zaburzeń rytmu serca (np. hipokaliemia, hipomagnezemia, bradykardia, ostry zawał mięśnia sercowego lub niewyrównana niewydolność serca) lub u pacjentów ze zwiększoną ekspozycją na fluoksetynę (np. w przypadku zaburzenia czynności wątroby) lub w przypadku jednoczesnego stosowania leków, o których wiadomo, że wydłużają odstę QT i (lub) wywołują zaburzenia rytmu serca typu torsades de pointes. Zmniejszenie masy ciała: U pacjentów przyjmujących fluoksetynę może występować zmniejszenie masy ciała. Cukrzyca: Podczas leczenia fluoksetyną występowała hipoglikemia, a po odstawieniu leku zdarzały się przypadki hiperglikemii. Może być konieczne dostosowanie dawki insuliny i (lub) doustnych leków przeciwcukrzycowych. Samobójstwa i myśli samobójcze lub pogorszenie objawów klinicznych: Z doświadczeń klinicznych wynika, że ryzyko samobójstwa może zwiększyć się we wczesnym etapie powrotu do zdrowia. Akatyzja/niepokoje psychoruchowe: Stosowanie fluoksetyny jest powiązane z występowaniem akatyzji, charakteryzującej się subiektywnie nieprzyjemnym lub stresującym niepokojem i potrzebą aktywności

Fluxemed[®]

fluoxetine
20 mg x 30 kaps.

Zarejestrowane wskazania³:

- epizody dużej depresji
- zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
- żółtaczka psychiczna

Refundacja:^{1, 2}

- **BEZPŁATNY**
dla seniorów **75+**
- **5,16 PLN** – dla pozostałych
grup wiekowych pacjentów

TIAPRID PMCS[®]

tiapridum
100 mg x 20 tabl.
100 mg x 50 tabl.

Leczenie zaburzeń zachowania u pacjentów z demencją⁴



Życie z osobą z demencją, u której pojawiają się zaburzenia zachowania, może być łatwiejsze.

Amisan

amisulpridum

Amisulpryd z największą gamą dawek i opakowań¹

50 mg	×	60 tabl.	-	6,42 zł
200 mg	×	30 tabl.	-	3,20 zł
200 mg	×	60 tabl.	-	3,30 zł
400 mg	×	30 tabl.	-	4,44 zł
400 mg	×	60 tabl.	-	6,40 zł

1. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21.10.2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 21.10.2021; 2. Komunikat dotyczący funkcjonalności P1 dla recept 75+ ogłoszony w dniu 1.10.2020 r. obowiązującym od dnia 31.12.2020 r.; 3. Charakterystyka produktu leczniczego Fluxemed 20mg. 4. Charakterystyka produktu leczniczego Tiaprid PMCS.

ruchowej, często połączonej z niezdolnością do pozostawiania w jednej pozycji. Najczęściej stan ten może wystąpić w ciągu paru pierwszych tygodni leczenia. Objawy odstawienia obserwowane po przerwaniu stosowania SSRI: Objawy odstawienia po zakończeniu leczenia są częste, szczególnie, gdy leczenie przerwano nagle. Ryzyko wystąpienia objawów odstawienia zależy od wielu czynników, w tym od czasu trwania leczenia i wielkości dawki oraz szybkości jej zmniejszania. Najczęściej obserwowane objawy to zawroty głowy, zaburzenia czuciowe (w tym parestezje), zaburzenia snu (w tym bezsenność i intensywne marzenia sienne), astenia, pobudzenie i lęk, nudności i (lub) wymioty, drżenia oraz ból głowy. Krwawienia: Donoszono o nieprawidłowych krwawieniach w obrębie skóry, takich jak wybroczyny i plamica, podczas stosowania selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny. Rozszerzenie źrenic: Zgłaszano przypadki rozszerzenia źrenic w związku ze stosowaniem fluoksetyny, dlatego należy zachować ostrożność zalecając fluoksetynę pacjentom ze zwiększonym ciśnieniem wewnątrzgałkowym lub z ryzykiem ostrej jaskry z wąskim kątem. Leczenie elektrowstrząsami: Zalecana jest ostrożność ze względu na rzadkie doniesienia o występowaniu przedłużonych napadów drgawkowych u pacjentów otrzymujących fluoksetynę, u których stosowano terapię elektrowstrząsami. Zespół serotoninowy lub zdarzenia przypominające złośliwy zespół neuroleptyczny: W rzadkich przypadkach w związku z leczeniem fluoksetyną opisywano rozwój zespołu serotoninowego lub zdarzeń przypominających złośliwy zespół neuroleptyczny, zwłaszcza gdy fluoksetynę stosowano w skojarzeniu z innymi lekami o działaniu serotoninergicznym (m. in. z L-tryptofanem) i (lub) z neuroleptykami. Ponieważ zespoły te mogą powodować zagrożenie życia, w przypadku wystąpienia zdarzeń charakteryzujących się grupą objawów takich jak hipertermia, sztywność mięśni, mioklonie, niestabilność układu autonomicznego z możliwością szybkich wahań parametrów życiowych, zmiany stanu psychicznego obejmujące dezorientację, drażliwość, krańcowe pobudzenie przechodzące w majaczenie i śpiączkę, leczenie fluoksetyną należy przerwać i wdrożyć podtrzymujące leczenie objawowe. Nieodwracalne, nieselektywne inhibitory monoaminooksydazy: Opisywano poważne, a czasami śmiertelne reakcje u pacjentów otrzymujących leki z grupy SSRI (ang. *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* – selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny) w skojarzeniu z nieodwracalnymi, nieselektywnymi inhibitorami monoaminooksydazy (IMAO). Objawy u tych pacjentów były podobne do objawów zespołu serotoninowego (który może przypominać i być diagnozowany jako złośliwy zespół neuroleptyczny). Zaburzenia czynności seksualnych: Zgłaszano przypadki długotrwałych zaburzeń czynności seksualnych, w których objawy utrzymywały się pomimo przerwania stosowania SSRI. Interakcje z innymi produktami leczniczymi i inne rodzaje interakcji: Połączenia przeciwwskazane: nieodwracalne, nieselektywne inhibitory monoaminooksydazy (np. iproniazyd), metoprolol. Połączenia niezalecane: tamoksyfen, alkohol, inhibitory MAO, w tym linezolid i chlorek metylofenityny (błękit metylenowy), mekwitazyna. Połączenia wymagające ostrożności: fenytoina, produkty o działaniu serotoninergicznym [lit, tramadol, tryptany, tryptofan, selegilina, ziele dziurawca (*Hypericum perforatum*)], leki wpływające na hemostazę (doustne leki przeciwkrzepliwe, niezależnie od mechanizmu działania, leki hamujące agregację płytek krwi, w tym aspiryna i NLPZ), cyproheptadyna, leki powodujące hyponatremię, leki zmniejszające próg drgawkowy, inne leki metabolizowane z udziałem izoenzymu CYP2D6. Wpływ na płodność, ciążę i laktację: Ciąża: Wyniki niektórych badań epidemiologicznych sugerują, iż stosowanie fluoksetyny w pierwszym tryestrze ciąży zwiększa ryzyko wystąpienia u dziecka wad układu sercowo-naczyniowego. Fluoksetynę nie należy stosować w okresie ciąży, chyba że stan kliniczny kobiety wymaga leczenia fluoksetyną i uzasadnia on potencjalnie ryzyko dla płodu. Karmienie piersią: fluoksetyna i jej metabolit norfluoksetyna przenikają do mleka kobiecego. Opisywano działania niepożądane u niemowląt karmionych piersią. Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługę urządzeń mechanicznych: Fluoksetyna nie ma wpływu lub wywiera nieistotny wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn. Działania niepożądane: Najczęściej zgłaszanymi działaniami niepożądanymi występującymi u pacjentów leczonych fluoksetyną był ból głowy, nudności, bezsenność, uczucie zmęczenia i biegunka. Nasilenie i częstość występowania działań niepożądanych mogą się zmniejszać w miarę kontynuowania leczenia i na ogół nie prowadzi do jego przerwania. Objawy odstawienia obserwowane po przerwaniu stosowania SSRI: Najczęściej zgłaszane objawy odstawienne to zawroty głowy, zaburzenia czucia (w tym parestezje), zaburzenia snu (w tym bezsenność i intensywne marzenia sienne), astenia, pobudzenie i lęk, nudności i (lub) wymioty, drżenia oraz ból głowy. Na ogół objawy są łagodne lub umiarkowane, jednakże u niektórych pacjentów mogą być ciężkie i przedłużające się. Dostępne opakowania: 30 kapsulek; Pozwolenie Nr. 16055; Podmiot odpowiedzialny: PRO.MED. CS. Praha a.s., Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Republika Czeska; Informacji udziela: PRO. MED. PL Sp. z o.o., Al. Korfantego 141, 40-154 Katowice. www.promed.pl

Tiapid PMCS, 100 mg Skład: jedna tabletkę zawiera 111,1 mg tiaprydu chlorowodoru, co odpowiada 100 mg tiaprydu. Postać farmaceutyczna: tabletkę, okrągłą barwy prawie białej, z krzyżykiem dzielącym po jednej stronie, o średnicy 9,5 mm. Tabletkę można podzielić na cztery równe ćwiartki. Wskazania do stosowania: zaburzenia zachowania u pacjentów z demencją. Zaburzenia zachowania podczas odstawiania alkoholu: ostry zespół majaczeniowy, zespół odstawienny. Ciężka postać płasawicy Huntingtona. Dawkowanie i sposób podawania: Zaburzenia zachowania u pacjentów z demencją: 200–400 mg/dobę. Leczenie należy rozpocząć od dawki 50 mg (tj. ½ tabletki), dwa razy na dobę, zwiększając ją stopniowo w ciągu 2-3 dni do 100 mg (tj. 1 tabletki) trzy razy na dobę. Średnia dawka wynosi 300 mg (tj. 3 tabletki), maksymalna zalecana dawka wynosi 400 mg na dobę (tj. 4 tabletki). Zaburzenia zachowania podczas odstawiania alkoholu: 300–400 mg/dobę (tj. 3–4 tabletki) przez 1–2 miesiące. Płasawica Huntingtona: 300–1200 mg/dobę. Dawka początkowa: do 1200 mg/dobę (tj. 12 tabletek), podawane w co najmniej trzech dawkach podzielonych. Następnie dawkę należy zmniejszać stopniowo do dawki podtrzymującej, w zależności od odpowiedzi pacjenta. Stosowanie u dzieci i młodzieży w wieku od 6 lat: zwykła dawka wynosi 100–150 mg/dobę, do maksymalnie 300 mg/dobę. U pacjentów, u których klirens kreatyniny mieści się w zakresie 30–60 ml/min dawkę produktu należy zmniejszyć do 75 % zwykle stosowanej dawki, do 50 % u pacjentów, u których klirens kreatyniny mieści się w zakresie 10–30 ml/min oraz do 25 % u pacjentów, u których klirens kreatyniny jest mniejszy niż 10 ml/min. Produkt jest słabo metabolizowany, w związku z tym nie ma konieczności zmniejszania dawki. Tabletki do stosowania wewnątrz. Przeciwwskazania: nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą produktu, występowanie nowotworu, którego wzrost zależy od stężenia prolaktyny (np. gruczolak przysadki typu prolactinoma i rak piersi), guz chromochłonny nadnerczy, jednoczesne stosowanie z lewodopą lub innymi produktami leczniczymi o działaniu dopaminergicznym. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania: Tiapryd może powodować wydłużenie odstępu QT. Działanie to może zwiększać ryzyko wystąpienia ciężkich komorowych zaburzeń rytmu serca, takich jak torsades de pointes. Przed rozpoczęciem leczenia, i jeżeli pozwalała na to stan kliniczny pacjenta, zaleca się monitorowanie czynników, które mogą sprzyjać wystąpieniu tego typu zaburzeń rytmu. Należy rozważyć zastosowanie tiaprydu u pacjentów z czynnikami ryzyka, które mogą predysponować do wydłużenia odstępu QT. W badaniach klinicznych z randomizacją i grupą kontrolną otrzymującą placebo, przeprowadzonych u pacjentów w podeszłym wieku z otępieniem, leczonych pewnymi atypowymi lekami przeciwpsychotycznymi, zaobserwowano w przybliżeniu trzykrotne zwiększenie ryzyka udaru mózgu. Mechanizm takiego wzrostu ryzyka nie jest znany. Tiapryd należy stosować ostrożnie u pacjentów, u których występuje czynnik ryzyka wystąpienia udaru mózgu. W czasie stosowania leków przeciwpsychotycznych stwierdzono przypadki występowania żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ). Ponieważ u pacjentów leczonych lekami przeciwpsychotycznymi często występują nabyte czynniki ryzyka rozwoju ŻChZZ, przed i w trakcie leczenia produktem Tiapid PMCS należy określić wszystkie możliwe czynniki ryzyka wystąpienia ŻChZZ i podjąć odpowiednie środki profilaktyczne. Podobnie jak w przypadku stosowania innych neuroleptyków, możliwe jest wystąpienie złośliwego zespołu neuroleptycznego (z możliwym skutkiem śmiertelnym) z takimi objawami, jak hipertermia, sztywność mięśni i zaburzenia czynności autonomicznego układu nerwowego. W przypadku wystąpienia hipertermii, której przyczyna nie jest znana, należy przerwać leczenie tiaprydem. U pacjentów z chorobą Parkinsona tiapryd należy stosować ze szczególną ostrożnością. Neuroleptyki mogą zmniejszać próg drgawkowy, nawet jeśli nie obserwowano takiego działania w przypadku tiaprydu. Dlatego pacjentów z padaczką w wywiadzie należy uważnie monitorować w trakcie leczenia tiaprydem. W przypadku niewydolności nerek dawkę należy zmniejszyć. Podobnie jak w przypadku stosowania innych neuroleptyków, u pacjentów w podeszłym wieku tiapryd należy stosować z zachowaniem szczególnej ostrożności ze względu na możliwość wystąpienia działania sedatywnego. Działanie tiaprydu u dzieci jest dokładnie badane. Z tego względu należy zachować ostrożność stosując produkt u dzieci. Tiapryd może powodować zwiększenie stężenia prolaktyny. Należy zachować ostrożność u pacjentów z rakami piersi w wywiadzie lub w wywiadzie rodzinnym oraz prowadzić ścisłą obserwację tych pacjentów w trakcie leczenia tiaprydem. Obserwowano przypadki leukopenii, neutropenii i agranulocytozy po zastosowaniu leków przeciwpsychotycznych, włączając tiapryd. Niewyjaśnione infekcje lub gorączka mogą być objawem nieprawidłowego składu krwi, konieczne jest bezzwłoczne wykonanie badań krwi. Działania niepożądane: Często: Ospalość/senność, bezsenność, pobudzenie, letarg, zawroty głowy/zawroty głowy pochodzenia błędnikowego, ból głowy, parkinsonizm i podobne objawy: drżenie, wzmożone napięcie, hipokineza, ślinienie się. Objawy te są zazwyczaj odwracalne po podaniu leku przeciw parkinsonizmowi, astenia/uczucie zmęczenia. Niezbyt często: hiperpalkinetymia, która może prowadzić do zatrzymania miesiączki, zaburzeń orgazmu, powiększenia i bólu piersi, mlekotoku, ginekomastii, zaburzeń wzroku i jest odwracalna po przerwaniu leczenia, splątanie, omamy, niepokój, dystonia (kurcze, kręczę szyi, napady przymusowego patrzenia się w górę, szczegółów). Objawy te są zazwyczaj odwracalne po podaniu leku przeciw parkinsonizmowi. Kurcze, omdlenie, niedociśnienie, zazwyczaj ortostatyczne, zakrzepica żył głębokich, zaparcie, wysypka, w tym wysypka rumieniowa, wysypka grudkowa, brak miesiączki, zaburzenia orgazmu, zwiększenie masy ciała. Rzadko: wydłużenie odstępu QT, komorowe zaburzenia rytmu serca, jak torsades de pointes, tachykardia komorowa, która może prowadzić do migotania komór lub zatrzymania akcji serca i nagłego zgonu, zatorowość płucna, niekiedy prowadząca do zgonu, zachyłkowe zapalenie płuc, zahamowanie czynności układu oddechowego, związane ze stosowaniem innych leków hamujących czynność OUN, zatkanie jelita, niedrożność jelit, zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych, pokrzywka, powiększenie i ból piersi, mlekotok, ginekomastia i zaburzenia wzroku. Podobnie jak w przypadku innych neuroleptyków, obserwowano późne dyskinezy. W takich przypadkach leki przeciw parkinsonizmowi są nieskuteczne lub mogą powodować nasilenie objawów. Podobnie jak w przypadku innych neuroleptyków, obserwowano złośliwy zespół neuroleptyczny, który jest możliwym, śmiertelnym powikłaniem, leukopenia, neutropenia oraz agranulocytoza, hiponatremia, zespół niewłaściwego wydzielania hormonu antydiuretycznego. Ostra dyskineza. Objawy te są zazwyczaj odwracalne po podaniu leku przeciw parkinsonizmowi. Nie znane: Zwiększenie aktywności kinazy fosfokreatynowej we krwi, rhabdmioliza, zespół odstawienny noworodka, w przypadku urazów, zatruci i powikłań z częstotścią nieznana obserwowano upadki, szczególnie u osób w podeszłym wieku. Ciąża i karmienie piersią: brak danych lub istnieją ograniczone dane kliniczne dotyczące stosowania tiaprydu u kobiet w ciąży. Tiapryd przenika przez łożysko. Jeżeli stosowanie produktu leczniczego jest konieczne do utrzymania dobrej równowagi psychicznej oraz w celu uniknięcia pogorszenia choroby, leczenie skuteczną dawką musi być rozpoczęte lub kontynuowane przez cały okres ciąży. Nie wiadomo, czy tiapryd przenika do mleka ludzkiego. Należy podjąć decyzję czy przerwać karmienie piersią czy przerwać podawanie tiaprydu, biorąc pod uwagę korzyści z karmienia piersią dla dziecka i korzyści z leczenia dla matki. Dostępne opakowania: tabletki 100 mg x 20 tabl., 100 mg x 50 tabl. MZ-Nr pozw. na dop. do obr.: 20147. Podmiot odpowiedzialny: PRO.MED.CS Praha a.s., Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Republika Czeska. Informacji udziela: PRO.MED.PL Sp. z o.o., Al. Korfantego 141, 40-154 Katowice. www.promed.pl



Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy!

W cieniu kumulujących się kryzysów: pandemicznego, migracyjnego, inflacyjnego, klimatycznego (i kilku jeszcze innych), które absorbują opinię publiczną (a które bezpośrednio lub pośrednio dotyczą każdego z nas) kontynuowane są działania na rzecz kompleksowej reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Prezydium Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego delegowało i deleguje spośród członków PTP ekspertów, którzy pomagają, pracującemu na szczycie Ministerstwa Zdrowia, zespołowi ds. kontynuacji reformy psychiatrii ustalić zasady funkcjonowania i finansowania Centrów Zdrowia Psychicznego, przeprowadzić reformę leczenia szpitalnego, stworzyć wszystkie 3 poziomy referencyjne psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Wszystkim ekspertom zaangażowanym w te niełatwe i wymagające olbrzymiej wiedzy zadania serdecznie dziękuję za pracę, wkład merytoryczny i poświęcony czas.

Ze strony Instytutu Psychiatrii i Neurologii koordynuje i pomaga tworzyć reformę kolega Adam Wichniak, który okazuje się być sprawnym organizatorem i świetnym fachowcem.

Jednocześnie toczy się także reforma psychiatrii dziecięco-młodzieżowej, której serce i umysł oddaje nieoceniona koleżanka Małgorzata Janas-Kozik.

Nowym Konsultantem Krajowym w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży została dr n.med. Aleksandra Lewandowska.

Bardzo dziękuję za ogromny wysiłek włożony w czasie pełnienia swoich obowiązków ustępującej Konsultant Krajowej w tej dziedzinie, koleżance Barbarze Remberk.

Duże zmiany nastąpiły także na innych kluczowych stanowiskach. Kierownikiem Biura do spraw Pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego została dr Anna Depukat, a Przewodniczącym Rady do spraw Zdrowia Psychicznego działającej przy Ministrze Zdrowia został Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii prof. Piotr Gałęcki.

Dziękuję za nieoceniony wkład pracy i stworzenie podstaw reformy koledze Jackowi Wciórcie i dr Markowi Balickiemu. Wyrażam nadzieję, że ich bezcenne doświadczenie będzie mogło być wykorzystywane na dalszych etapach reformy. Mam też nadzieję, że Sekcja Psychiatrii Środowiskowej PTP pod przewodnictwem kolegi Andrzeja Cechnickiego będzie nadal jedną z kluczowych w naszym Towarzystwie i będzie jak dotychczas odpowiedzialnie wносиła swój wkład we wspólne dzieło poprawy systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne w swojej stuletniej tradycji zawsze opierało się na poszanowaniu autonomii Oddziałów i Sekcji, i koncentrowało swoją aktywność na wzmacnianiu profesjonalnego przygotowania psychiatrów, psychoterapeutów, psychologów i innych specjalistów sektora ochrony zdrowia psychicznego. Każdy z członków naszego Towarzystwa na swój sposób i w zakresie swoich umiejętności oddaje bowiem swoją zawodową i społeczną aktywność budowaniu wspólnego dobra.

Środowisko Sekcji tworzy stowarzyszenie, którego członkiem mogą zostać nie tylko osoby posiadające statut naukowy i profesjonalny (tj. psychiatrzy, psycholodzy), ale też przedstawiciele różnych zawodów, w tym pracownicy fundacji i stowarzyszeń, pomocy społecznej, organizacji pacjentów i rodzin, zaangażowani aktywnie w realizację idei ochrony zdrowia psychicznego w Polsce, a szczególnie w realizację założeń NPOZP. Zakładam, że te działania nie będą prowadziły do podziałów, ale przyczynią się do wzmocnienia psychiatrii jako całości.

Ustępującemu Sekretarzowi Towarzystwa kol. Tomaszowi Szafrąnskiemu wyrażam podziękowanie za jego dwuletnią, tytaniczną pracę.

Jerzy Samochowiec
Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
Listopad 2021

IN VINO SANITAS?

TOMASZ GABRYELEWICZ

Za nami niezwykle udana psychiatryczna konferencja w Arłamowie. Dużym zainteresowaniem cieszył się wykład doktora Macieja Kuligowskiego poświęcony prezentacji winnic i win Podkarpacia. Wykład poprzedziła degustacja omawianych trunków, po której towarzyszący mi doktor H. ujawnił nieznane wcześniej fakty dotyczące jego rodzinnych, podkarpackich tradycji winiarskich. Było kulturalnie, smacznie i zdrowo. W kontekście zbliżających się świąt, wydarzenia te skłoniły mnie do podzielenia się z Państwem kilkoma refleksjami dotyczącymi pożytków wynikających z rozsądnego obcowania z winem przy świątecznym stole i nie tylko.

Jako wprowadzenie do tematu zacytuje oficjalny komunikat delegacji francuskiej na obrady Komisji Europejskiej z 1990 roku: „Wino - owoc winorośli i pracy człowieka - nie jest zwykłym dobrem konsumpcyjnym. Towarzyszy człowiekowi od tysiącleci, czerpie zarówno z *sacrum*, jak i *profanum*. Jest wartością cywilizacji i kryterium jakości życia. Stanowi dobro kultury. Jest czynnikiem życia społecznego”.

Pozostając w kręgu kultury krajów basenu Morza Śródziemnego warto też wspomnieć o interesującym badaniu włoskich naukowców dotyczącym rankingu popularności 37 cudów Jezusa. Tak jest, bezapelacyjnie zwyciężył Cud w Kanie Galilejskiej.

Od dawna podejrzewano wino o prozdrowotne właściwości. Już Hipokrates stwierdził, że: „Wino jest rzeczą cudowną, przeznaczoną dla człowieka, jeśli zdrowy lub chory będzie je przyjmował w stosownej porze i umiarkowanych ilościach. Cztery podstawowe elementy czerpania radości z życia to: muzyka, literatura, sztuka i wino”, a w Talmudzie napisano: „Wino jest pierwsze spośród wszystkich lekarstw”.

Współczesne rekomendacje dotyczące korzyści zdrowotnych związanych z piciem wina opierają się na wynikach poważnych badań naukowych. Niezmiennie mój podziw budzi kreatywność grupy amerykańskich naukowców, którzy zdobyli duży grant na trzyletnie, prospektywne badanie terenowe dotyczące właściwości prozdrowotnych win toskańskich. Wiadomo, że składnikami owoców winogron są naturalne garbniki i barwniki antycyjanowe (anthos - kwiat, kyanos - niebieski), z których w procesie fermentacji uwalniane są związki polifenolowe: flawonoidy (np. kwercetyna) i stilbeny (resweratrol). Zdrowotne polifenole mają liczne działania ochronne. Przez wzrost zawartości tlenu azotu w komórkach śródbłona naczyniowego i obniżenie syntezy endoteliny-1 przeciwdziałają rozwojowi miażdżycy oraz mają silne właściwości przeciwutleniające. Wino sprzyja długowieczności, a wiodącą rolę w tym zjawisku wykazuje resweratrol, który działa przeciwzapalnie, przeciwmiażdżycowo, chroni komórki przed apoptozą w stanach niedokrwienych mięśnia sercowego, w arytmii komorowych i podczas niedokrwienia mózgu, co więcej, wpływa na ekspresję genów odpowiedzialnych za wydłużenie życia (SIRT 1 i Fox Os).

Lista szczepów winnych o szczególnym znaczeniu prozdrowotnym składa się z następujących pozycji: Cannonau di Sardegna, Cabernet Sauvignon, Pinot Noir, Shiraz, Grenache, Malbec, Primitivo, Negromare, Nero d'Avola. Przyśięgając do degustacji pamiętajmy o podstawowej zasadzie: „Wino tylko do posiłków”. Daje to możliwość wykorzystania optymalnego mechanizmu działania kardioprotekcyjnego - złożonego z pozytywnego wpływu na oksydację wchłanianych tłuszczów pokarmowych, korzystnego wpływu na po posiłkową redukcję ciśnienia tętniczego i pozytywnego wpływu na fibrynolizę.

Podejrzewamy również, że umiarkowana konsumpcja wina jako elementu diety śródziemnomorskiej znamienne obniża ryzyko wystąpienia otępienia. W listopadzie 2020 roku w *Journal of Alzheimer's Disease* ukazała się praca wykazująca wyjątkowe właściwości protekcyjne połączenia czerwonego wina z serem. Amerykańscy eksperci z Mayo Clinic określają, że umiarkowane spożywanie wina oznacza dla zdrowych, dorosłych mężczyzn przed 65. rokiem życia do dwóch kieliszków dziennie (300 ml), a po 65. roku życia do 150 ml (jeden kieliszek). Kobiętom wino podobno szkodzi w każdych ilościach.

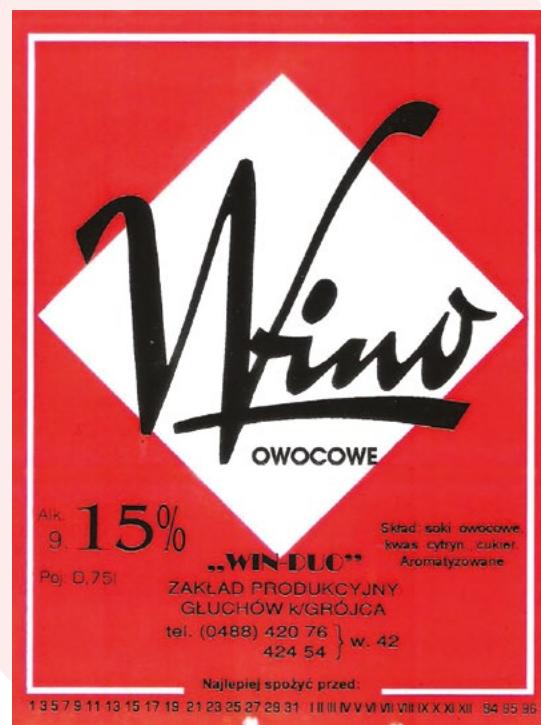
Trzy lata minęły od ostatniej, międzynarodowej konferencji w formule na żywo Amerykańskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. Jedną z sesji plakatowych była poświęcona czynnikom protekcyjnym w chorobie Alzheimera. Pierwszy plakat, francuskich kolegów wykazywał istotne właściwości protekcyjne związane z regularnym, ale rozsądnym piciem czerwonego wina z regionu Bordeaux. Na drugim plakacie zespół uczonych z Monachium w prezentowanym badaniu prospektywnym przedstawiał podobne

wnioski, które dotyczyły regularnej, ale umiarkowanej konsumpcji piwa. Trzeci plakat osobiście przedstawiał fiński badacz, który wskazywał na ochronne właściwości trunku o nazwie Finlandia (oczywiście w rozsądnych ilościach). W okresie około świątecznym polecam Państwu szczególnej uwadze wnioski płynące z fińskiego badania - bo do śledzia nie ma jak dobrze zmrożona wódka.

W celu zachowania bezstronności i poprawności politycznej pozwolę sobie na koniec zacytować zdanie znanego i uznanego kardiologa prof. Thomasa Lüschera: „Cóż, wino naprawdę sprawia radość, ale w najlepszym razie jest neutralne dla zdrowia, gdy jest spożywane z umiarem.”



Składam Państwu serdeczne życzenia
Wesołych i Zdrowych Świąt.





WINNICA - PASJA I MARZENIE, CZY UZALEŻNIENIE? [(NIE)WINNE PODKARPACIE

MACIEJ KULIGOWSKI

Wykorzystując bogactwo naturalne Podkarpacia i tradycję domowej produkcji wina w mojej rodzinie (ojciec eksperymentował z jabłkami, porzeczką i winogronami) przez lata dojrzewało we mnie marzenie założenia winnicy.

W czasie moich podróży po wielu krajach wino zawsze pojawiało się w tle. Włochy - winnica Stinga, Chorwacja - schłodzona Grasevina do obiadu, Węgry w drodze powrotnej z piwniczkami Egeru i urokliwym Tokajem. Japonia - odkrycie wina śliwkowego, RPA z niepowtarzalnym Pinotage i lokalnymi wynalazkami, Argentyński Malbec, Australia z niepowtarzalnym Shirazem z doliny Barrosey czy Czerwona małpa w Birmie, dzięki której udało się przeżyć ekstremalną podróż łodzią z kolegą Janczewskim w ciemnościach egipskich, gdzie ruch był jak na Marszałkowskiej.

Nieśmiałe próby amatorskiej produkcji trwały przez kilka lat. Początkowo pyszne

deserowe wino z dzikiej róży według przepisu mojej aktualnie 102 letniej cioci Kasi (dwieście lat, Ciociu!). Następnie winogrona odmiany Beta z niewielkiego areалу w Przemyślu. To odmiana wyhodowana przez Louisa Sueltera w 1881 roku popularna w niektórych regionach Polski w nasadzeniach przydomowych. Odmiana o nadzwyczaj wysokiej odporności na mróz i późnym okresie dojrzewania. Niewielkie granatowo-czarne owoce niskiej jakości z silnym posmakiem labrusca.



Tradycja nadal przekazywana jest z ojca na syna.

Najstarsze leżakują od 2009r. Sekret leżakowania przekazał mi śp. Robert Kamiński, kolega psychiatra z Rzeszowa.



**W OCZEKIWANIU NA UZNANIE MARKI (OD 2009)
LEŻAKOWANIE**

W 2018 a następnie w 2019 (z powodu przeciągania negocjacji) powstało wino Brexit w oczekiwaniu na wyjście Wielkiej Brytanii z Unii Europejskiej. Kore-spondencyjna degustacja z siostrzeńcem w Anglii nastąpiła z 31.01/01.02.2020r.



**BREXIT
31.01/01.02.2020r.**

Radykalna zmiana nastąpiła po odwiedzeniu Międzynarodowych Dni Wina w Jasło i udziale w dniu otwartych winnic (za rok wybieram się na przejażdżkę pociągiem Enoturystycznym z permanentną degustacją na trasie Kraków-Jasło-Kraków), gdzie miałem możliwość odwiedzenia kilku z kilkuset winnic na Podkarpaciu.

Trzy z nich zasługują na wyszczególnienie. Winnica Wiarus, gdzie właściciel, były wojak z rozbijającą szczerością dzielił się tajnikami produkcji wina. Wszystkich gości ujął menu degustacyjnym - zamiast serów i oliwek (jak słusznie twierdził, to wszyscy podają) jako zakąskę do degustacji podał... chleb ze smalcem i ogórek kiszony. Kolejne to Winnica Czajka i Podkarpacka Manufaktura Win.

Tradycje winiarstwa w Polsce sięgają X wieku. Pierwsze winnice powstały w Krakowie, Przemyślu i Zielonej Górze.

W XV wieku winnice zanikają ze względu na większe tradycje produkcji w Polsce piwa i wódki oraz zmienny klimat. W XIX i XX wieku pojawiają się winnice w okolicy Zielonej Góry, jednak emigracja luteranów do Doliny Barrozy w Australii wstrzymuje rozwój w tej

okolicy. Przed II wojną światową wiodącą rolę pełni Państwowy Zakład Ogrodniczy w Zaleszczykach na granicy z Rumunią. Jednak po II wojnie światowej zwyciężyła idea win owocowych, głównie „jaboli”.

Współczesność to Roman Myśliwiec z Jasła uważany za lidera polskiego winiarstwa od 1984 r. Od tego czasu oprócz Podkarpackiej Akademii Wina, szkoleniowej winnicy Jasło powstało kilkaset winnic. Na podkarpaciu ok. 150, w Polsce około 600. Największe regiony to Zielona Góra, Małopolska i Podkarpacie. Najpopularniejsze odmiany to Regent, Rondo, Solaris, Hibernnal i Jutrzenka

I we mnie dojrzała idea posiadania winnicy. Na dwóch zakupionych w podprzemysłowych Brylińcach działkach przeznaczylismy z żoną po kilka arów na eksperymentalną winnicę. Aktualnie podłoże zostało zarośnięte i nawiezione obornikiem. Na wiosnę planujemy pierwsze nasadzenia...



**CZAS NA SPEŁNIANIE MARZENIA
WINNICA CERKIEWNA BRYLIŃCE**

Uczestnicy konferencji w Arłamowie mieli okazję do degustacji podkarpackich win, każdy prelegent i uczestnik odbierający certyfikat otrzymał w prezencie jedno z czterech degustowanych win. Kto wie, może za kilka lat będą to wina z Winnicy Cerkiewnej?



DEGUSTACJA PODKARPACKICH WIN

Parafrazując słowa Roberta Makłowicza (które ukały się w recenzji książki Krzysztofa Fedorowicza „Zaświaty” o przemijaniu i historii winiarstwa w ok. Zielonej Góry)

Wielu jest winiarzy, ale winiarzy psychiatrów? CDN... ■



NIEZWYKŁE KOBIETY, NIEZWYKŁE MALARSTWO

TADEUSZ PARNOWSKI

Gdyby dożyła dzisiejszych czasów, zarobiłaby 126 mln \$.
Była królową malarstwa.

Gdyby dożyła dzisiejszych czasów, zarobiłaby 126 mln \$. Była królową malarstwa. Jej obrazy malowane były w stylu modernistycznym, neokubistycznym, kubistycznym, art deco, abstrakcyjnym, neorealistycznym i figuratywnym. Była niezwykłą kobietą, artystką i skandalistką. Jest inspiracją dla wielu artystów do dzisiaj. Jej obrazy budzą podziw, niesmak i pożądanie. Cechowała ją niezwykła żywotność. Gdy mówimy, że życie i osobowość kształtuje sztukę, w Jej przypadku, jak u prawdziwych wielkich artystów, widzimy zależność dwustronną.

Mowa oczywiście o Tamarze Rozalii Gurwik-Górskiej, malarce niezwykłej, która uzyskała miano „baronowej art deco”. Pochodziła z bogatej rodziny kupieckiej, od najmłodszych lat wyjeżdżała z matką do Francji i Włoch, gdzie zachwycała się klasycznym malarstwem. Kolejne jej życia prowadziły z Petersburga, Moskwy, do Warszawy i w końcu do Paryża. W malarstwie jej obrazy charakteryzowała klasyczna dokładność malowania (tylko trzy kolory, w latach 1931-1933 na desce). Z pośród wielu obecnych w tym czasie Polek malarek we Francji szybko została zauważona. Zajmowała się głównie malarstwem portretowym wielu znanych osób z życia artystycznego i politycznego, co przyniosło jej uznanie i sławę... poza pieniędzmi, oczywiście.



Tamara Łempicka: *Le Modele*. (1925).
Źródło: <https://www.wikiart.org/en/tamara-de-lempicka>

Była mistrzynią autoreklamy m.in. dzięki stylowi życia – swobodnemu, skandalizującemu i przekraczającemu granice obyczajności. Nagość jej modelek i modeli na obrazach przyciągała, fascynowała i oburzała. Była kobietą nowoczesną. Bardzo starannie wychowana z łatwością odnajdywała się w najwyższych kręgach ówczesnej socjety.

Jej życie wypełnione było malowaniem, poznawaniem ludzi z różnych sfer na organizowanych z przepychem skandalizujących imprezach; niestety w życiu osobistym pierwsze małżeństwo z Julianem de Łempickim okazało się nieudane, a drugie małżeństwo z baronem Raulem Kuffnerem – zbyt krótkie.

Przez całe życie poszukiwała indywidualnego wyrazu twórczego malując w różnych stylach, w latach powojennych (1945-1971) sięgając po martwe natury, obrazy kubistyczne, abstrakcyjne i grisaille.



Tamara Łempicka: *Pomarańczowy turban*. (1935). Źródło: <https://www.wikiart.org/en/tamara-de-lempicka>

Zmarła w 1980 roku, a jej popioły zostały rozsypane nad wulkanem El Popo, blisko miejsca gdzie mieszkała. Pozostawiła ok. 500 obrazów, które znajdują się w muzeach na całym świecie i wśród właścicieli prywatnych, sprawiając im codzienną radość. Jej sposób malowania i życia był zgodny z definicją Jeana Cocteau (1922): „W sztuce geniusz polega na tym, żeby wiedzieć, jak daleko można się posunąć za daleko” ■



ANIOŁY W MALARSTWIE

DOROTA PARNOWSKA

Anioły jako symbol nadprzyrodzonej siły, która ingeruje w ludzkie życie, związane są przede wszystkim z wielkimi religiami.

Tam umiejscawiane są anioły w hierarchii niebieskiej, mają swoje przymioty i pełnią konkretne funkcje. Są posłańcami, przewodnikami, obrońcami czy zwiastunami woli Boga. Czasem są doskonałe, piękne, czasem zdradzieckie i niszczycielskie. W takich rolach funkcjonują w literaturze, tak są też przedstawiane w malarstwie czy rzeźbie. Mają swoje odpowiedniki w różnych kulturach, choć niekiedy przybierają postać nieoczywistą. Wpływ na to, w jaki sposób wyobrażamy sobie anioły, miały wielkie dzieła malarskie, ale też obrazy nieznanymi artystów. Czemu chcemy przedstawiać anioły, dlaczego obdarzamy je różnymi przymiotami takimi jak doskonałość, czemu upatrujemy w nich tych samych słabości, jakie mają zwykli ludzie? Dlaczego mimo upływu wieków w sztuce nadal znajdujemy wizerunki aniołów? Czy to jedynie iluzje napędzane nieuświadomionymi pragnieniami ludzi skłonnych do projekcji swych przeżyć na obiekty zewnętrzne, a cała opowieść o hierarchii Nieba i opowieści o roli aniołów to przedstawienie rozwoju każdego człowieka i próby przejścia przez okres rozszczepiania obiektu na zły i dobry oraz okresu edypalnego?

A może opowieści biblijne opisujące anioły mają charakter i przesłanie podobne do baśni i mitów pełniąc funkcje terapeutyczne? A może są sposobem kształtowania

człowieka poprzez pokazywanie właściwych sposobów postępowania na tym świecie?

Faktem jest, że rozwój cywilizacyjny nie zmniejszył potrzeb ludzi, by malować anioły. Edward Burne-Jones (1833-1898) powiedział: „Im bardziej materialistyczna staje się nauka, tym więcej będę malował aniołów. Ich skrzydła są moim manifestem na rzecz niematerialności duszy”.

„Administracja niebieska” jako koncepcja podziału aniołów na różne zastępy w hierarchii Nieba została opisana w V w. przez pisarza zwanego Pseudo-Dionizym, a następnie rozwinięta przez świętego Tomasza z Akwinu, który rozbudował ją i podniósł do rangi oficjalnej nauki Kościoła. Wzorowana była na strukturze późno-rzymskiego dworu cesarskiego. Na szczycie miał miejsce Bóg, a poniżej rzesze aniołów podzielonych na trzy sfery zwane triadami.

Najbliższe Boga są Serafimy, niepojęte dla ludzkiego rozumu, strzegą boskiego tronu. Mają trzy pary skrzydeł, z których jedną parą zakrywają twarz, drugą nogi, a trzeciej używają do latania. Następnymi w hierarchii są strażnicy tronu, Cherubiny, których światłość mogą oglądać ludzie. Mają one dwie pary skrzydeł i cztery oblicza: człowieka, wołu, lwa i orła. Ostatnimi w sferze najbliższej Boga są Trony, anioły uosabiające mądrość i sprawiedliwość. W triadzie drugiej znajdują się

Dominia - zajmujące się funkcjonowaniem świata i ludzkimi społecznościami, Cnoty - pilnujące funkcjonowania kosmosu oraz Moce - czuwające nad rozdziałem władzy wśród ludzi. Ostatnia sfera to anioły, które mają bezpośredni kontakt z ludźmi, czyli: Księstwa, Archanioły i zastępy anielskie.

Anioły w malarstwie przedstawiane są różnie: jako rycerze niebiescy w zbroi, z mieczami i przymiotami władzy, czasem jako ważące uczynki ludzkie, przed wejściem do Królestwa Niebieskiego, innym razem jako eteryczne istoty o niezwykłym pięknie, doskonałe i nieuchwytnie.

Jeśli z całego serca pragniesz spotkać anioła, z pewnością na niego trafisz. (Anonim). ■



Fra Angelico Perugia Triptych Angel of the Annunciation (1437). Źródło: <https://commons.wikimedia.org/wiki>



Paul-Hippolyte Flandrin - Fra Angelico visité par les anges (1894). Źródło: <https://commons.wikimedia.org/wiki>



ORNITOLOGIA TERAPEUTYCZNA DROGA OD PASJI DO TERAPII

SŁAWOMIR MURAWIEC

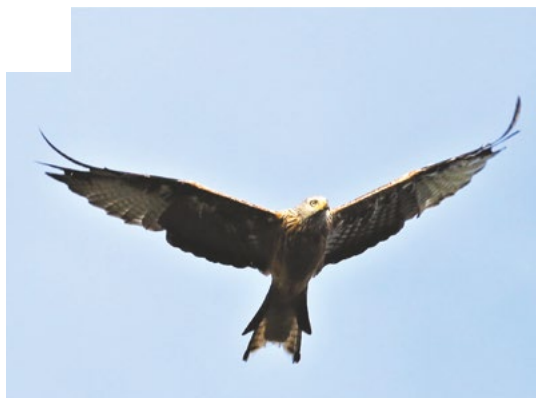
Psychiatria i obserwacja ptaków. To się wydawały tak odrębne światy, że most między nimi zdawał się niemożliwy do wyobrażenia sobie. Dostojnie naukowa psychiatria i takie tam oglądanie ptaszków.

Albo patrząc z odwrotnej perspektywy - ci wszyscy psychiatry, którzy „tylko dają leki” i „wysyłają wszystkich do psychiatryka”, a z drugiej strony grono sympatycznych obserwatorów ptaków i ornitologów odkrywających tajemnice transoceanicznych migracji gatunków o magicznych nazwach. A jednak taki most został zbudowany. Dr Sławomir Murawiec w swoim wystąpieniu pokazał przebieg budowy mostu, od fazy dwóch brzegów, które nie patrzyły nawet w swoją stronę, przez pierwsze pomosty przerzucane między obserwacją ptaków a psychiatrią, aż do zbudowania solidnego mostu – czyli wydania książki „Ornitologia terapeutyczna”.

Ten łączący most okazał się jednym z wielu, które były i są równolegle wznoszone. Obserwujemy w ostatnich latach powstawanie nowego kierunku interwencji w obszarze zdrowia psychicznego – są to interwencje oparte na kontakcie z naturą. Jedną z rodzajów interwencji w tym obszarze jest ornitologia terapeutyczna, zaproponowana w książce pod tym samym tytułem autorstwa ornitologa – prof. Piotra Tryjanowskiego oraz dr Sławomira Murawca. A jakie były etapy budowania tych połączeń po-

między dwoma dziedzinami? Latem w roku 2018 została opublikowana właśnie w „Psychiatrze” relacja z pierwszej wyprawy ornitologiczno-psychiatrycznej „Operacja Delta Dunaju 2018” (autorzy: Marek Jarema, Marcin Wojnar, Sławomir Murawiec). Wyprawa ta była wyłącznie realizacją hobby, zainteresowania. W 2019 na zaproszenie kwartalnika Ogólnopolskiego Towarzystwa Ochrony Ptaków „Ptaki” został opublikowany tekst „Kolorowe życie wewnętrzne – o podobieństwach obserwowania ptaków do psychoterapii”. Ten tekst zbliżał już obserwację ptaków do psychiatrii i psychoterapii. Jego myślą przewodnią było zaciekanie pewnym podobie-

stwem etyki i praktyki obserwowania ptaków do praktyki terapeutycznej, jednak bez wyraźnego kontekstu terapeutycznego samej czynności obserwowania ptaków. W czasie pandemii ukazała się „Ornitologia terapeutyczna”. W tej książce obserwacja ptaków została już ujęta nie w kontekście hobby, tylko jako propozycja wspomagania zdrowia psychicznego. W ciągu tych lat tak bardzo zmieniły się znaczenia. Obserwacja ptaków stała się propozycją nie tylko ode-
rwaną od pracy zawodowej, ale także oddziaływania prozdrowotnego adresowanego do potencjalnie dużej populacji. ■





ARCHETYPY W LESIE

O PROJEKCJACH, SKOJARZENIACH I EKSTERNALIZACJACH PODCZAS PODRÓŻY W DZICZ

KATARZYNA SIMONIENKO

Centrum Terapii Lasem

W dobie coraz rzadszych spotkań z dziką przyrodą i oddalania się od naszego naturalnego środowiska zdarza nam się pomijać ważne dla naszych przodków okazje do wzmacniania swojego zdrowia na płaszczyźnie fizycznej i psychicznej oraz tracić z oczu punkt wyjścia dla wielu rozważań.



Źródło: <https://www.forest-therapy.pl>

Las jako środowisko pierwotne, oddziałujące intensywnie na najstarsze z naszych zmysłów, jak węch czy dotyk, wzbudza wiele skojarzeń i przywołuje z podświadomości nie tylko historie, jakie poznaliśmy w toku naszego osobistego dojrzewania, ale także wniesione przez naszych rodziców, bardziej odległych przodków czy całych kultur. Niektóre konteksty są budujące, inne niosą informację o zagrożeniu. Jako środowisko nieoceniane, ułatwia eksternalizację osobistych sytuacji i problemów, by łatwiej przyjrzeć się

im bez nadmiernego emocjonalnego zaangażowania. Prowokuje też często do tworzenia projekcji, odzwierciedlając to, co pierwotne, budzące lęk, fascynujące, kojarzące się z wypartymi impulsami, w tym agresywnymi czy seksualnymi.

W końcu, jest „domem” wielu archetypów, jak Wielka Matka, inicjacja, cień, wewnętrzne dziecko. Praca ze skojarzeniami w środowisku leśnym może być zabawą, ale też aktywować wewnętrzne procesy, którym warto bliżej się przyjrzeć w procesie psychoterapii. ■



STARYCH KSIĄŻEK PSYCHIATRYCZNYCH CZAR

BOGUSŁAW HABRAT

Zbieranie i obcowanie ze starymi książkami psychiatrycznymi, oprócz walorów czysto kolekcjonerskich (zdobywanie eksponatów, komponowanie zbioru, podziwianie estetyki edytorskiej, smakowanie lingwistyczne), ma spore znaczenie poznawcze.

Dotyczy to szczególnie płaszczyzny kształtowania się myśli o normie i patologii, a co za tym idzie: o istocie człowieczeństwa. Psychiatria zrodziła się z neurologii oraz neuropatologii i stała się przyczyną dosyć gwałtownego zerwania z kartezjańskim dualizmem psychofizycznym. Polegał on na odkryciu związków między uszkodzeniami mózgu a – jak byśmy to dzisiaj określili – zaburzeniami funkcji poznawczych (Paul Broca 1861, Karl Wernicke 1874, Karbinian Brodmann 1909). Do tego czasu, za Kartezjuszem (1596-1650) wyraźnie rozróżniano odrębne substancje: cielesne, które można było badać i substancje mentalne o znacznie ograniczonym potencjale badalności i niezwiązane z cielesnością. Argumenty neuropatologiczne przeciw temu dualizmowi, zwanemu także problemem psychofizycznym, pozwoliły interpretować życie psychiczne w normie i patologii w kategoriach prawidłowej lub uszkodzonej struktury oraz funkcji lub dysfunkcji mózgu (ośrodkowego układu nerwowego, o.u.n.). Ten redukcjonizm epistemologiczny powo-

dował bezradność eksplanacyjną wobec zaburzeń psychicznych, w których nie udało się ustalić podłoża biologicznego. W lukę tę wpasowała się psychoanaliza i wywodzące się z niej interpretacyjne kierunki psychologiczne, co stanowiło powrót do kartezjańskiego dualizmu psychofizycznego. Lektura starych książek psychiatrycznych wspaniale pokazuje do dziś ciągnący się spór o naturę człowieka: biologiczną lub uwarunkowaną środowiskowo.

Stare książki psychiatryczne są również poważnym ostrzeżeniem przed znikomością naszego poznania. Choć dziś z łatwością demaskujemy demagogiczność niektórych wywodów, opieraniem się na aksjomatach, które w naszej postmodernistycznej interpretacji wcale aksjomatami nie są, to mamy okazję do refleksji nad tymi samymi wynikającymi z niewiedzy nadinferpretacjami „oczywistych oczywistości”. Na osi czasu przesunęliśmy się o dziesięciolecia, ale czy postęp naszej wiedzy i syntezy psychiatrycznej nie jest równie żałosny jak przytaczane w prezentacji cytaty budzące dziś śmiech. Z czego się śmiejemy? Może z siebie? ■

INSPIRACJE W MEDYCYNIE I PSYCHIATRII

GRZEGORZ OPIELAK, ZOFIA PIETRZAK

Pod koniec XIX wieku Joseph Chamberlain, ojciec Neville'a, czyli przyszłego premiera Wielkiej Brytanii, użył sformułowania „ciekawe czasy” na określenie bieżących wydarzeń. Niektórzy twierdzą, że geneza tego powiedzenia tkwi jednak w starym chińskim przekleństwie: obyś żył w ciekawych czasach. Jakkolwiek by nie było, w ciekawych czasach przyszło nam żyć... Właśnie dlatego postanowiłem pójść „pod prąd” obecnych trendów i w poniższym artykule nie będzie ani słowa o tym, o czym słyszymy kilka razy dziennie. Czyli odkładamy na bok wszystko, co czyni ciekawymi współczesne czasy, zajmiemy się za to tylko i wyłącznie inspiracją oraz podwalinami medycyny.

Zawsze pozostawało dla nas intrygujące to, jak doszło do powstania nie tyle samych opisów medycznych, ile ich potocznych nazw. Skąd dawni badacze czerpali inspirację do tworzenia mian na określenie zarówno struktur anatomicznych, stanów patologicznych czy też po prostu chorób?

Na co dzień główny autor pozostaje praktykującym psychiatrą. Niemniej jednak równie długo albo nawet dłużej, bo już od czasów studenckich, zajmuje się przekazywaniem studentom absolutnych podstaw medycyny – czyli anatomii i obecnie dodatkowo fizjologii. Współautorka to niedawna (moja) studentka, wolontariuszka (student asystujący w dydaktyce) i przyszły adept specjalizacji psychiatrycznej.

Zawsze pozostawało dla nas intrygujące to, jak doszło do powstania nie tyle samych opisów medycznych, ile ich potocznych nazw. Skąd dawni badacze

czerpali inspirację do tworzenia mian na określenie zarówno struktur anatomicznych, stanów patologicznych czy też po prostu chorób? Poniżej postaramy się przybliżyć owe założenia, unikając jednak oczywistych skojarzeń wynikających z nazywania struktur czy zjawisk od nazwisk ich twórców – jak zespół Harlowa czy Klwiera-Bucy'ego. To byłoby zbyt proste!

Ponieważ temat jest dość obszerny, to na sam koniec, czyli dopiero w drugiej części artykułu zajmiemy się tylko „psyche”, pierwszą część pozostawiając dla ciała. Nie sądzę by tematyka pierwszej „somatycznej” części była też nam jakoś szczególnie obca, wszak niezależnie od tego, czy jesteśmy lekarzami, psychologami, czy też

zajmujemy się pielęgniarstwem (nie ujmując niczego pozostałym niewymienionym pracownikom szpitali), to właśnie człowiek i ludzkie ciało zawsze stanowiło dla nas największą tajemnicę i ciekawostkę zarazem.

Kiedy zaczęto prowadzić badania i obserwacje ludzkiego ciała bliższe obecnemu ich kształtowi i pojmowaniu, nowo opisywane struktury, narządy i układy zaczęto nazywać porównując je do tego, co znamy z przyrody, historii czy literatury. Zostało tak po dziś dzień, ale poniżej czytelnicy mogą się przekonać, że właśnie psychiatria jest na swój sposób wyjątkowa, jeśli chodzi o czerpanie nazewnictwa przede wszystkim

z literatury. Co oczywiście nie oznacza, że inne działy medycyny teoretycznej czy praktycznej są takowych związków pozbawione.

Musimy jednak pamiętać o jednym – w swych początkach anatomia, a właściwie sekcje zwłok, były zgoła czymś zupełnie odmiennym niż obecnie. Uczestniczenie w dosłownym odkrywaniu ludzkiego ciała było swego rodzaju teatrum, domeną najbogatszych i najbardziej wpływowych obywateli. Wystarczy wspomnieć, że takie właśnie pojmowanie anatomii stało się inspiracją Rembrandta dla stworzenia dzieł obrazujących lekcje anatomii: doktora Tulpa i doktora Deymana.

Nasze rozważania zacznijmy od mózgowia. Struktura ta zawiera wiele odniesień anatomicznych w istocie będących nazwami znanych nam struktur czy kształtów, jakie dała przyroda. Tak zapewne powstały nazwy: zakręt zębaty, zakręt tasiemczekowy, ciała migdałowe i modzelowate, konary mózgu czy też wzgórze, a wraz ze wzgórzem pozostałe nazwy struktur międzymózgowia. Nie zapominajmy też o tym, że szyszynka jest dla nas „trzecim okiem”, co ma istotne uzasadnienie w połączeniach z jądrami podwzgórza i pasmem wzrokowym. Szyszynkę zwano też „gruczołem niewinności” i faktycznie, jak dowiedziono w połowie XX wieku jej aktywność ogranicza dojrzewanie płciowe.

W podobny sposób powstała nazwa naczelniej struktury układu brzeżnego, czyli hipokampu. Hippocampus po łacinie oznacza po prostu konika morskiego, a jego kształt ujrzymy patrząc na Róg Ammona pod odpowiednim kątem. Podobnie ma się rzecz z innym fragmentem układu limbicznego, czyli sklepieniem. Zapewne nazwa została zaczerpnięta ze znanego nam wszystkim układu architektonicznego, jakim były dawne struktury używane do podtrzymania i stabilizacji stropu.

Mózdzek zawiera w sobie specyficzny układ istoty białej, przypominającej drzewo iglaste. Prawdopodobnie dlatego nadano jej łacińską nazwę arbor vitae, czyli drzewo życia. W różnych wierzeniach od wielu wieków tak właśnie opisuje się drzewo wiecznie odradzające się i przez to ciągle żywe. Co ciekawe, podobnie nazywany bywa układ fałdów błony śluzowej macicy, choć z drugiej strony już sama macica ma z życiem dość dużo wspólnego. W mózdzku znajduje się jeszcze robak, ale geneza tej nazwy wydaje się oczywista. Eski-

mosi na 50 sposobów określają śnieg, w naszym pięknym, słowiańskim języku podobno istnieje ponad 300 zwrotów określających stan upojenia alkoholowego, w tym „zalenie robaka”. Zważywszy na funkcję robaka, jaką pozostaje koordynacja obydwu półkul mózdzku, określenie to, choć potoczne, wydaje się być całkiem trafne.

Niewiele mniej interesujących odniesień znajdziemy w układzie kostnym i mięśniowym. O ile nazwa kości sitowej od razu po jej ujrzeniu staje się oczywista, podobnie pochodzenie innych nazw: lemiesz, kość jarzmowa czy po prostu nazwy kosteczek słuchowych. Nazwy zostały nadane w oparciu o podobieństwo do powszechnie stosowanych narzędzi. Sierp mózgu i sierp mózdzku także przypominają swoje odpowiedniki używane w rolnictwie. Mózdzek okryty jest inną ze struktur opony twardej – namiotem. Zapewne nazwa powstała ze skojarzenia, a jakże, z namiotem, ale gdybyśmy popatrzyli na mózdzek z przodu, wydaje się zupełnie logiczna.

Ciekawa jest także geneza powstania określenia węchomózgowie. Gdy rozpoczynano opisywanie ludzkiego mózgu, od dawna znano już kształty mózgów psów, kotów i innych zwierząt makrosmatycznych. Ponieważ ta grupa ma płat węchowy, co przy tak rozwiniętym zmyśle jest oczywiste, zaczęto przez analogię szukać go u człowieka. W miarę upływu czasu okazało się, że płata węchowego nie mamy, zaś kontrola doznań węchowych u człowieka sięga niewiele dalej niż pasmo węchowe. Nawet sam nerw węchowy natura słabo nam zabezpieczyła, licząc się zapewne z jego potencjalną utratą. Zakończeniem rdzenia kręgowego jest nić końcowa, ale za to układ gałęzi nerwów rdzeniowych poniżej kręgu L2 zwany bywa caudaequina, czyli koński ogon. W istocie, patrząc nań w płaszczyźnie bocznej możemy mieć dokładnie takie skojarzenia.

Zęby mądrości pojawiają się już po okresie dorosłości, wiadomo, że jesteśmy wtedy mądrzejsi niż bywało to wcześniej, ale ponieważ często rosną krzywo, to obecnie albo je usuwamy, albo stanowią nieźle miejsce dla przyczepu zamka protezy. Ciekawe, czy usunięcie zębów mądrości wiąże się tylko z utratą „ósemek” czy również przymiotu, od którego czerpią swoją nazwę...?

Szyja ma również kilka ciekawych anatomicznie miejsc. Pierwszym z nich jest chrząstka tarczowata

Ciekawe, czy usunięcie zębów mądrości wiąże się tylko z utratą „ósemek” czy również przymiotu, od którego czerpią swoją nazwę...?

krtani, zwana grdyką. Powszechnie określa się ją jednak jako „jabłko Adama”, bowiem kęs zakazanego owocu biblijnemu Adamowi utkwiał w gardle. No i tak już zostało. Pozostałe chrząstki krtani także nazwą odnoszą się do tego, co znamy: pierścieni, rożków, klina etc. Mimo wszystko tylko chrząstka tarczowata krtani ma znaczenie w topografii, pozostałych wyczuć nie sposób. Dzięki wyraźnej obecności tej struktury możemy odnaleźć na przykład miejsce podziału tętnicy szyjnej wspólnej. Silnie unerwione przez gałęzie nerwu błędnego, w razie podrażnienia powoduje spadek ciśnienia tętniczego i chęci do jakiegokolwiek działania. Troszkę jak u bywalców „Klubu Pickwicka” Charlesa Dickensa. Właśnie dlatego zespołem Pickwicka bywa nazywany stan, w którym twardy kołnierzyk koszuli uciska na zatokę tętnicy szyjnej, zbija ciśnienie tętnicze i chwilowo pozbawia witalności.

Mięsień czworoboczny przypominał dawnym anatomom kaptur mnicha, stąd jego nazwa „mięsień kapturowy”. Najdłuższy mięsień naszego organizmu przypomina cięcie krawieckie, stąd jego nazwa, a staw górny i dolny głowy określane bywają zbiorczo jako „staw śrubowy”. Bo głowa jak śruba, odwrócona w lewo lub prawo, przesunie się także nieznacznie ku dołowi, dlatego podczas pomiarów ciała w szkole Pani Pielęgniarka zawsze kazała stać i patrzeć przed siebie. Mięsień naramienny po łacinie nazywany jest deltoideus, z powodu kształtu przypominającego literę delta. Mięsień płaszczkowaty i mięśnie glistowate także przypominają stworzenia znane z otaczającego nas świata. Nie możemy też zapomnieć o dołku promieniowym, znanym jako „tabakierka anatomiczna”. Genezy tej nazwy chyba też tłumaczyć nie trzeba, oby tylko lądowała tam tabaka.

Jedną z kości podudzia jest „strzałka”, mylnie zwana kością strzałkową. Wyraźnie przypomina strzałę, a wyrostki rylcowate przypominały pierwszym anatomom narzędzia stosowane w stolarstwie. Na tym tle niemal zupełnie normalnie brzmią nazwy stawów: kulisty – z kulistą panewką, czy jednoosiowy staw zawiasowy – jak jego starszy odpowiednik, na którym mocowano drzwi.

Serce – to uszka przedsionków, co akurat dość oczywiste, ale i wir serca – gdzie trzy warstwy mięśniówki komór tracą swoją warstwową budowę na rzecz wirowatego układu włókien mięśniowych.

Zastawka dwudzielna równie dobrze zwana bywa mitralną – bo kojarzy się z biskupią mitrą, a zastawki aorty i pnia płucnego to po prostu „jaskółcze gniazda”. Krążenie odżywcze serca tworzą za to tętnice wieńcowe, które faktycznie jak wieniec szczelnie oplatają cały, jakże ważny dla nas narząd. Na dodatek wszystkie naczynia wchodzące i wychodzące z serca określane bywają jako jego korona, przyozdabiająca serce od góry.

Układ krwionośny to także śledziona. Nie ma jej u ptaków, ale te w zamian dysponują torebką Fabrycjusza. Od jej nazwy pochodzi linia limfocytów B, dojrzewających właśnie w śledzionie, a B pochodzi od łacińskiego określenia Bursa Fabricii. Podobnego problemu z limfocytami T studenci już nie mają.

Otrzewna rozpostarta na jelitach także przypominała dawnym badaczom sieć, co nie pozostało bez wpływu na jej mało wyszukaną nazwę. Za to wyrostek robaczkowy określane bywa już jako jelito ślepe (zresztą jak wszystko, co nie przejawia cech drożności – od jelita po ulicę). Niemniej ciekawym określeniem pozostaje inna nazwa, czyli migdałek jamy brzusznej. Nazwa ta została nadana z powodu wyjątkowo licznej obecności grudek chłonnych samotnych i skupionych.

Chłonka z powodu białego zabarwienia została już przez starożytnych porównana do mleka, dlatego największym zbiornikiem limfy pozostaje „cisterna chyli” co po łacinie dosłownie oznacza zbiornik mleczu...

Wszystko, co powyżej zostało napisane, nawet w połowie nie wyczerpuje tematu. Mimo wszystko nadal pozostaje ciekawe, jak i dlaczego wszystkie te nazwy, powstałe w końcu dawno i w dość prosty sposób, przetrwały tak wiele lat i pozostają używane po dziś dzień, nie tylko w martwej łacinie, ale i w tłumaczeniu na inne, żywe i ewoluujące języki... Pewnie nie ma na to pytanie prostej odpowiedzi, ale jak już zostało wspomniane, w drugiej części przyjrzymy się inspiracjom obecnym w psychiatrii i psychologii. Te, będą zdecydowanie nowsze niż nadawane strukturom somatycznym. Czy ciekawsze – oceniać czytelnicy... ■

Nie możemy też zapomnieć o dołku promieniowym, znanym jako „tabakierka anatomiczna”. Genezy tej nazwy chyba też tłumaczyć nie trzeba, oby tylko lądowała tam tabaka.

TRANSGRESJE

MAREK KRZYSTANEK

| Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

PSYCHIATRYZACJA KLĘSK SPOŁECZNYCH BEZSTRESOWE WYCHOWANIE

Moja córka żartuje, że każda kolejna specjalizacja ojca jest coraz bardziej wstydliva (psychiatria, seksuologia). Uważa jednak, że posiadanie takiego ojca zobowiązuje, więc zwykle nie rozmawiamy o raporcie zadań codziennych, tylko są to rozmowy istotne. Ostatnio powiedziała mi najlepszą definicję wychowania bezstresowego (z którym się zresztą nie zgadza): rób co chcesz, a ja będę siedzieć i patrzeć. Czy o to w tym chodziło?

Na pewno nie

Na środkowym wschodzie przetrwała idea wychowywania dziecka 1:1, kiedy jeden rodzic jest dostępny dla jednego dziecka i dziecko nie walczy z rodzeństwem o dostęp do ojca czy matki. Mówi się tam o „karmieniu energetycznym”, ale oznacza to w praktyce dawanie dziecku uwagi i czasu. W sytuacji, kiedy oboje rodzice są w stanie być cały czas w domu i zapewnić możliwość bycia z dziećmi, w modelu tym możliwe jest nawet posiadanie dwojga dzieci. Patrząc przez ten pryzmat, w krajach cywilizacji zachodniej nie ma miejsca nawet na jedno dziecko.

Współczesny świat nie ma pomysłu na wychowanie dziecka. W modelu cywilizacji zachodniej rodzice są zajęci i nie mają czasu. Z powodu konieczności chodzenia do

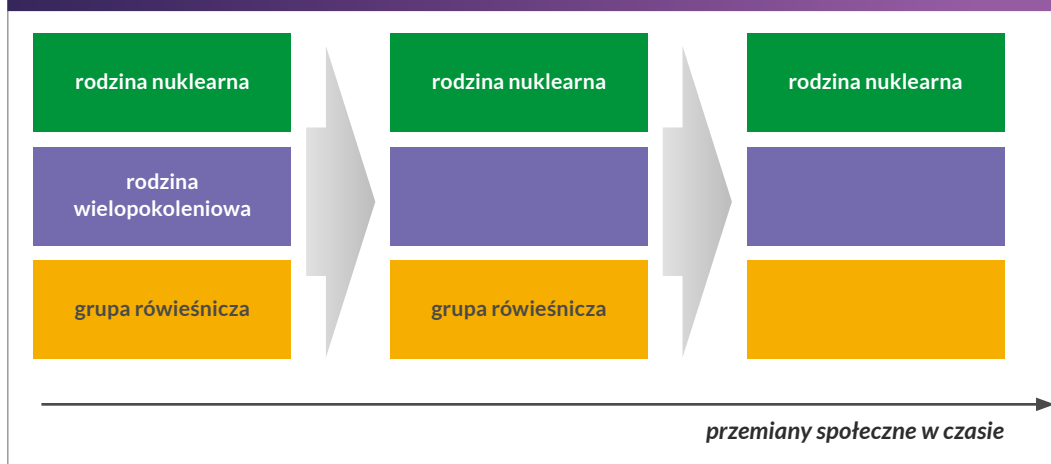
pracy dziecko możliwie najwcześniej oddawane jest do przedszkola i od tego czasu aż do końca dzieciństwa średnio 7-8 godz. spędza poza domem w instytucjach. Rodzice nie mają również czasu dla dzieci po przedszkolu/szkole. Dzieci są więc zawożone na różne zajęcia dodatkowe, a w tym czasie można zrobić zakupy, iść do fryzjera, na trening czy załatwić jeszcze 100 innych spraw. Ostatecznie „rodzina” spotyka się wieczorem, kiedy dziecko musi jeszcze odrobić lekcje i iść spać. I tak od przedszkola aż do dojrzałości i opuszczenia domu.

Czy ten system wychowania działa? Pytanie jest źle postawione, bo nie ma w tym żadnego systemu wychowania, który miałby działać. Takie „wychowywanie” to w zasadzie model edukacji publiczno-prywatnej z depriwacją więzi. Nie byłoby z tym żadnego problemu, bo pamiętam, że moi rodzice też pracowali, dorabiali się, budowali dom itd. i nie mieli czasu. Tylko że nie zamykali mnie w domu jednorodzinnym, eskortując mnie na zajęcia dodatkowe i nie wypuszczając za płot w obawie przed pedofilami i dilerami narkotyków. Żyłem na osiedlu wraz z innymi dziećmi i tak dorastałem. Miałem poczucie bezpieczeństwa, zawsze mogłem wpaść do domu, zjeść coś, robiłem sam zakupy i wracałem na podwórko do innych chłopaków – do grupy rówieśniczej. Nikt nie pytał mnie o oceny, czy zrobiłem lekcje – to był mój obowiązek. I bez godziny popołudniowych zajęć dodatkowych dziś jestem profesorem.

Psychoterapeuci zajmujący się terapią dzieci i młodzieży potwierdzają, że największą krzywdą, jaką współczesny model „wychowywania” wyrządził dzieciom, jest pozbawienie ich grupy rówieśniczej. Dziecko, nie mając wzorców modelujących zachowania właściwe, nie nabywa kompetencji społecznych. Nikt nie ma chyba żadnej wątpliwości, że przeniesienie grupy rówieśniczej do

Czy ten system wychowania działa? Pytanie jest źle postawione, bo nie ma w tym żadnego systemu wychowania, który miałby działać.

RYC 1.: WYPADANIE ELEMENTÓW MODELU WYCHOWANIA DZIECI W CZASIE OSTATNICH GENERACJI.



mediów społecznościowych nie działa i nie stanowi rzeczywistego poligonu życia, na którym można zbierać doświadczenia i nauczyć się żyć wśród ludzi.

Więc rodzice obserwują, jakie psychologiczne skutki przynosi deprywacja emocjonalna i niezaspokajanie potrzeby bezpiecznej więzi emocjonalnej. Dzieci nie opanowują umiejętności odroczonej przyjemności, bo zanikła rola ojca. Dzieci nie są uczone dyscypliny i samokontroli, bo „wychowujemy” je „bezsstresowo” (ja nic nie robię, a ty rób co chcesz). Dzieci nie uczą się rozpoznawania swoich emocji, uczuć i potrzeb, bo nie mają przy sobie rodziców, którzy są wzorcami i nauczycielami życia. Dzieci czują się nieważne, niezauważane i przeszkadzające rodzicom – taka wieloletnia sesja unieważniania doprowadza je do chwiejności emocjonalnej, pustki emocjonalnej i gwałtownych prób zwrócenia na siebie uwagi. Dzieci nie uczą się empatii, bo są wychowywane bezstresowo, czyli bez ponoszenia konsekwencji, na egoistów, wokół których kręci się świat.

Co robić z dorastającymi dziećmi, które są rozwydrzone, roszczeniowe, impulsywne, nie potrafią się kontrolować, które nie obchodzi, co ktoś inny myśli, czuje i czego chce, które z powodu niezaspokojenia podstawowych potrzeb są nieszczęśliwe i uciekają w autoagresję, gry komputerowe i narkotyki? Rodzice nie wiedzą. I wtedy z pomocą przychodzi nauka i robi to, co ludzie lubią najbardziej – wyręcza ich, robiąc coś za nich.

Zjawisko zwiększenia częstości problemów psychologicznych i psychiatrycznych wśród dzieci obser-

wowane od około 30 lat w Stanach Zjednoczonych i na zachodzie Europy, dotarło już do Polski. Epidemii dopełnia wysyp zaburzeń osobowości typu z pogranicza u młodych dorosłych, których kieruje się na psychoterapię, z którymi nie poradziła sobie rodzina. Wiadomo, że ogromna rzesza nastolatków w USA dostaje leki uspokajające. Wśród nich są oczywiście osoby z realnymi problemami psychiatrycznymi, które wymagają pomocy psychiatry, ale połowę tabletek z psychostymulantami, które otrzymują w USA dzieci z rozpoznaniem ADHD, zjadają ich rodzice. Zawsze też powstaje pokusa, żeby przenieść odpowiedzialność za niepowodzenia wychowawcze z rodziców na medycynę i dzieciom niegrzecznym, impulsywnym oraz niewychowanym dawać etykietę ADHD, a dzieciom egoistycznym, bez empatii i umiejętności społecznych przypiąć etykietę zespołu Aspergera. Czy tak ma być?

Zawsze też powstaje pokusa, żeby przenieść odpowiedzialność za niepowodzenia wychowawcze z rodziców na medycynę i dzieciom niegrzecznym, impulsywnym oraz niewychowanym dawać etykietę ADHD, a dzieciom egoistycznym, bez empatii i umiejętności społecznych przypiąć etykietę zespołu Aspergera.

Jak będzie wyglądać świat osób, dla których istnieją tylko one, które muszą mieć wszystko już, które nie są odpowiedzialne za to, co robią, które nie potrafią patrzeć w oczy, które nie czytają języka emocji, które nie wiedzą, po co żyją, są nieszczęśliwe, i które uciekają przed życiem do przestrzeni Internetu i w substancje psychoaktywne? Czy psychiatria ma temu pomagać, czy stanąć na stanowisku autorytetu nawołującego na pustyni do potrzeby zdefiniowania modelu życia i świata, do którego chcemy zmierzać? Odpowiedź wydaje się oczywista. I przychodzi mi do głowy ostatnie skojarzenie: siódmy krąg piekielny u Dantego przeznaczony jest dla osób, które zachowywały obojętność w czasie kryzysu moralnego. ■

KLINIKA ARCHETYPÓW

ZENON WALDEMAR DUDEK

ARCHETYP ŻYCIA I DEPRESJA

PSYCHOZY ENERGETYCZNE I CYWILIZACJA

„Najśmielsze marzenia ludzkości ziściły się, a mimo to człowiek się nie cieszy, co więcej – jest niezadowolony z tego, co stworzył, z czasów, w których żyje, czuje bezsens własnej egzystencji, tęskni za formami życia bardziej prymitywnymi i prostszymi, za powrotem do natury, buntuje się przeciw czasom, w których żyje, nie widzi sensu swego życia, swej roli w tym, co go otacza, z zazdrością patrzy na ludzi żyjących w bardziej pierwotnych formach cywilizacyjnych, którzy potrafią cieszyć się życiem, szczerze śmiać i bawić”¹.

DEPRESYJNE PLEMIĘ

W społeczeństwach Zachodu coraz liczniejsze są dwa „plemiona” psychiatryczne: osoby z depresją i osoby borderline. Fakt ten oznacza, że depresję musimy uznać za problem cywilizacyjny. Pamiętam moment, gdy jedna z pacjentek z objawami depresji opowiadała koleżankom w pracy o swoich problemach. Wtedy okazało się, że trzy inne osoby z ośmiu przyjmowały leki przeciwdepresyjne, czyli połowa jej zespołu korzystała w tym samym czasie z leczenia przeciwdepresyjnego. Przykład odzwierciedla skalę makro. Jakie będzie podejście do zagadnienia depresji, gdy 50,1 % populacji będzie chorować na depresję? Czy potrafimy zatrzymać proces „udepresyjnienia” cywilizacji?

W społeczeństwach Zachodu coraz liczniejsze są dwa „plemiona” psychiatryczne: osoby z depresją i osoby borderline. Fakt ten oznacza, że depresję musimy uznać za problem cywilizacyjny.

„marzeń ludzkości” ma związek z depresyjnym „brakiem sensu życia”. Osoby z depresją wybierają „pierwotne formy cywilizacyjne”, aby ukryć się w archaicznym mroku. Nie znajdują w nim jednak zadowolenia. Czy to tylko choroba mózgu?

W innym miejscu Kępiński opisuje istotę depresyjnego postrzegania rzeczywistości: „W każdej depresji znika zdolność rzutowania w przyszłość – przyszłość zmienia się w przysłowiową czarną ścianę nie do przebicia”². Życie psychiczne staje w miejscu, zamiera, a na „czarnej ścianie” wyświetlają się obrazy lęku, otchłani, grobu, szubienicy i innych form ucieczki od życia.

POCZUCIE ZNACZENIA

Erel Shalit, psycholog jungowski, w rozdziale książki *Cykl życia*, poświęconym starości, pisze: „Kiedy w naszym życiu brakuje znaczenia, energia psychiczna zostaje skierowana ku poczuciu nieszczęścia”³. Słowami kluczowymi są tutaj „znaczenie” i „poczucie znaczenia”. Poczucie znaczenia i znaczenie obiektywne to dwa komplementarne aspekty cyklu życia, ale to wewnętrzne poczucie

CZARNA ŚCIANA

Przypomniane w motcie słowa Antoniego Kępińskiego o depresji (*Melancholia*, 1985, pierwsze wydanie 1974), zachowują wciąż swoją aktualność. Jako psychiatra biologiczny i egzystencjalny, opisywał on depresję jako efekt zmian w mózgu, ale także jako problem naszych czasów. Spełnianie

1. Kępiński, A. (1985). *Melancholia*. Warszawa: PZWL.
2. Kępiński, A. (1985). *Melancholia*, s. 33.
3. Shalit, E. (2018). *Cykl życia. Archetypowa droga człowieka*. Warszawa: ENETEIA.

rozstrzyga o depresji lub zdrowiu. Rozmach cywilizacji, z której korzystają ludzie zdrowi, nie nada poczucia znaczenia tym, którzy stają codziennie rano przed czarną ścianą i nie widzą dla siebie miejsca w przyszłości.

AMBIWALENCJA I BŁĘDNE KOŁO

Dopóki energia psychiczna w przebiegu depresji się nie wyczerpie, życie psychiczne przyjmuje postać ambiwalencji. Ambiwalencja to stan podwójności, rozszczepienie, niezaspokojony głód radości. To są męki Tantala i dźwiganie bezsensownych ciężarów, jak u Syzyfa. Życie jest nieznośne, to stan „pomiędzy”, „ani-ani”, „albo-albo”. Ludzki mózg pracuje w formacie błędnego koła. Myślenie „tak i nie” pochłania wiele energii. Każdy dodatkowy bodziec grozi psychicznym pęknięciem. Ulgę przynosi ucieczka od drażniącej percepcji i osłabienie ambiwalencji. Osoby depresyjne zasłaniają okna w dzień, a czuwają nocą. Są przewrażliwione na dźwięki, hałas. Światowa mitologia, literatura, sztuka, filozofia poświęciły wiele uwagi tego rodzaju doświadczeniom, ilustrując uniwersalny wymiar psychicznej tragedii człowieka (por. utwory Szekspira, Dostojewskiego, Stachury, Nietzschego, Ciorana).

POCZUCIE SZCZĘŚCIA

W psychologii Junga poczucie znaczenia opiera się na doświadczeniu różnych archetypów, w tym archetypu Jaźni (psychicznej pełni). Słowo „pełnia” jest synonimem szczęścia. Poprzez spełnianie siebie uzupełnia się ubytek energii psychicznej, wraca motywacja do działania nawet w trudnych warunkach. Cywilizacja Zachodu buduje obecnie poczucie znaczenia na filozofii młodości i sztucznej radości wywoływanej bodźcami zewnętrznymi i narkotykami. Radość ta jest oderwana od doświadczenia smutku. Słowa Erela Shalita o poczuciu nieszczęścia można przeformułować na zdanie: **„Kiedy w naszym życiu jest dostatecznie dużo znaczenia, energia psychiczna zostaje skierowana ku poczuciu szczęścia”**.

PATOFIZJOLOGIA I ENERGIA PSYCHICZNA

Utrata poczucia znaczenia i spadek poziomu energii psychicznej to główne objawy depresji. Organizm i osobowość człowieka zmieniają się w niesprawne urządzenie. Całą grupę zaburzeń afektywnych dobrze ujmuje określenie „psychozy energetyczne”. Psychoza oznacza, że spadek poziomu energii wiąże się z naruszeniem głębokich rezerw fizjologicznych, które zdrowe osoby mogą

wykorzystać do walki w sytuacji kryzysowej, np. w przypadku zagrożenia życia. Zobojętnieniu, apatii, abulii, anhedonii towarzyszą obrazy śmierci. Motywację i myślenie o przyszłości przysłania szara mgła. Słowo „chcę” w umyśle depresyjnym zastępuje jednostajne i groźne „muszę”.

RADOŚĆ FIZJOLOGICZNA

U dorosłych znaczenie życia jest uświadamiane, nazywane, wyrażane i przekazywane bliskim oraz społeczeństwu. U dzieci znaczenie życia jest komunikowane mową ciała, zmysłami i spontanicznymi emocjami. Znaczną część życiowej ekspresji dziecka to odzwierciedlenie tego, co otrzymuje ono i co obserwuje w otoczeniu. Naturalną emocją dziecka, kiedy wypełnia go poranna energia, jest radość fizjologiczna. Brak radości fizjologicznej u dzieci i młodych osób zauważa normalne otoczenie. Jednak spadek radości, a nawet okresowy smutek służą regeneracji po fazie radości. Taki objaw nie jest chorobą dla ludzi zdrowych. To okazja do odtworzenia potencjału i ładowanie energetyczne.

Cykle energetyczne wyrażające się w motoryce ciała i aktywności, emocjach i wyobraźni, jak też w postawie, myśleniu i stylu życia są echem zakorzenienia człowieka w procesach naturalnych. Jednak życie w cywilizacji, niektóre jej normy, zwyczaje i stereotypy, nie uwzględniają praw natury. Przykładem jest życie pod presją wyników i osiągnięć, ale też pod presją bycia zadowolonym. Sztuczne sytuacje i natrętne szukanie „wiecznej radości” utrudniają odzyskanie radości fizjologicznej. W cywilizacji technicznej radość się kupuje i sprzedaje, a jej osobiste doświadczenie jest często wymuszone reklamą, inwazyjną rozrywką czy erotyczną stymulacją. Ludzie wpatrują się w umykające sekundo-minuty na zegarze i myślą, że życie (czas) im ucieka. A właśnie teraz mają okazję by żyć i by przeżyć znaczenie tej oto chwili (i samego siebie).

KRONOS – ŚMIERĆ Z KOSĄ

Tradycyjnym symbolem upływającego czasu jest grecki bóg Kronos. Zwykle jest ukazwany jako smutny, nieco zgarbiony starzec. W kulturze łacińskiej Kronos jest znany jako Saturn, którego w sztuce średniowiecznej przedstawiono jako skrzydatego starca z kosą. Kosa, narzędzie żniwiarzy, jak sobie wyobrażano, symbolizowała koniec, definitywne zamykanie ludzkich spraw, ostateczne podsumowanie życia. Osoba w depresji staje przed czarną ścianą i widzi swój przedwczesny kres, jakby widziała Kronosa z kosą. Czuje i myśli, że jej czas, a zwłaszcza czas przyszły już się skończył.

Nazywamy to robieniem bilansu życia. Skrzydła wyobraźni nie są w stanie poderwać się do lotu.

Postać Kronosa jest znacząca dla opisu depresji jako obraz autodestrukcji. Gdy Kronos zdobył władzę nad światem po pokonaniu Uranosa, boga nieba (wieczności), zaczął płynąć mierzalny czas (gr. *chronos*). Ale skutki tej rewolucji przeraziły Kronosa, postanowił zatrzymać zmiany. Głównym jego przeciwnikiem stały się jego dzieci, między innymi Zeus. W umyśle osoby z depresją czas staje w miejscu, życie jest nieznośne, bo jej świadomość jest przerażona skutkami działań. Nawet możliwy sukces i ewentualne szczęście są przerażające. Każda chwila jest ciężka jak ołów. Lęk paraliżuje działanie. Osoba załamana wizją czarnej ściany, tak jak Kronos, „pożera” swoje dzieci, unicestwia w myślach skutki swoich działań. Dręczą ją myśli, że popełni jakiś błąd, że sobie z niczym nie poradzi. Autodestrukcję napędza poczucie winy. Depresyjna osoba jest przekonana, że marnuje swój czas, ale nie przejawia inicjatywy, bo „przyjdzie Kronos i wszystko skosi”.

TRENING BEZRADNOŚCI I NIESAMODZIELNOŚCI

Poniższy przykład pokazuje depresję jako efekt braku psychicznego zakorzenienia się w życiu. Kobieta wychowała się głównie pod opieką matki. Ojciec był ciepły i psychicznie obecny, córka widywała go jednak nieregularnie z racji pełnionych przez niego obowiązków. Opieka matki wykraczała poza standardowe pojęcie „matki nadopiekuńczej”. Córka miała zawsze przygotowane i podane do stołu jedzenie, najlepsze warunki do nauki. Matka przygotowywała jej urodziny czy imieniny, kupowała prezenty dla koleżanek. Wystarczyło jej tylko wręczyć. Jedną rzecz rodzice jej utrudnili: skłonili do rezygnacji ze studiów, o których marzyła. Namówili na łatwiejszy kierunek, aby nie przeżywała zbyt trudnych (jak uważali) egzaminacyjnych stresów.

Gdy trzydziestokilkuletnia pacjentka pojawiła się po raz pierwszy u psychiatry, miała obniżony nastrój, niskie poczucie wartości, obniżoną sprawność w zakresie funkcji poznawczych, natrętne myśli depresyjne. Dokonywała poważnego bilansu całego życia, czego wyrazem były myśli samobójcze. Nie pasowały one do obiektywnej sytuacji życiowej, ale były sygnałem, że radości fizjologicznej w niej nie było.

Kronos pojawiał się w jej myślach i dawał do zrozumienia, że jej życie nie ma sensu, że w jej życiu już nic ważnego się nie wydarzy. Czuła się winna sytuacji, bo była kochaną córką. Rodzice byli w centrum jej życia. Kobieta nie miała swojego centrum. Nie miała świadomej relacji z archetypem Jaźni, który spinałby jej cykl życia w osobisty sens. Osiągnięcia nie miały dla niej znaczenia, bo nie miała porównań radości i smutku. Była wyręczana

i obsługiwana jak królowa, ale mieszkała w złotej klatce. W imię miłości jej prawo do stresu i porażek zostało ograniczone. Przygotowało podłoże pod jedną wielką życiową katastrofę. Nie zaryzykowała trudnych, być może uszczęśliwiających studiów.

INSTYNKT ŻYCIA I INSTYNKT ŚMIERCI

Kiedy życiem psychicznym rządzi nieświadomość, niepewność każdej chwili rozciąga się od bieguna miłości i pełnych możliwości (Eros) po bieguna nieszczęścia i śmierci (Tanatos). Eros i Tanatos to bogowie mitologii greckiej symbolizujący potencjał rozwoju i kres życia. Freud nadał tym bogom znaczenie psychologiczne i powiązał z życiem biologicznym, używając pojęcia „instynkt”. Opisał psychologiczne aspekty tych „sił”, poszukując – między innymi w snach – obrazów i symboli, które oznaczają dążenie do intensyfikacji i pomnażania życia (Eros, seksualność) i dążenie do śmierci (Tanatos, niszczenie, utrata sił życia). W symbolice freudowskiej lęk przed życiem i tłumienie zasady erosa dokonuje się automatycznie. Instynkt życia reprezentowany przez popęd seksualny, nieświadomie, może zmienić się w pragnienie śmierci lub życzenie jej innym. Instynkt śmierci manifestuje się w różnym natężeniu w depresji. Zaczyna się jako przedwczesna rezygnacja z rozwoju, szczęścia, działania, potem jest źródłem mechanizmów autodestrukcji, aż w końcu eskaluje do myśli o własnej śmierci i samobójstwie.

ROZSZERZONE SAMOBÓJSTWO

Matka w wieku 34 lat zamiast odprowadzić dzieci do szkoły i przedszkola, a potem pójść do pracy, zamyka się w domu i zabija ostrym narzędziem najpierw starsze 8-letnie dziecko, a potem młodsze, 4-letnie, które jeszcze spało. Finałem akcji jest próba zabicia samej siebie, utrata przytomności z powodu wykrwawienia. Gdy rodzina odkrywa po kilku godzinach, co się wydarzyło, wzywa pogotowie. Lekarze stwierdzają potrójną śmierć.

Opisany dramat jest typową historią samobójstwa rozszerzonego. Mówi on o banalności śmierci i o tym, jak łatwo jest zabić własne dziecko kuchennym nożem. Historia mówi też o wartości życia. Dzieci straciły życie wskutek patologicznego afektu rodzica. Matka – jak archaiczna matriarchalna królowa – wykonała rytuał śmierci. Wraz z potomstwem przeszła do sfery Tanatosa.

ZAKOPANI ŻYWCEM

W carskiej Rosji w okresie poprzedzającym rewolucję panowała „moda” na zbiorowe samobójstwa inspirowane często motywami religijnymi. Akty zbiorowego samobójstwa poprzez zakopanie

żywcem opisał Wasilij Rozanow w książce *Ciemne oblicze*⁴. Autor powołuje się w niej na psychiatrę, Iwana A. Sikorskiego, który badał powtarzające się przypadki samospaleń i innych samobójstw w Rosji w XVI i XVII wieku. Były one praktykowane przez radykalne sekty związane ze staroobrzędowcami.

Opisywani przez Rozanowa samobójcy byli opętani archetypem życia (wizją nieśmiertelności), na którą chcieli zasłużyć własną śmiercią, a także śmiercią bliskich i własnych dzieci. Świadome „ja” okazuje się bezradne wobec wizji atrakcyjnej nagrody, jaką jest psychiczne niebo, wieczne życie, wyzwolenie z upokorzeń życiowych. Wystarczy się „tylko” zabić. Złożyć ofiarę z ulotnych przyjemności. Nie można tej obserwacji generalizować na religijną wiarę w nieśmiertelność, która jest jednym ze sposobów doświadczania archetypu życia w każdej kulturze. Wiara ta może leczyć z lęku przed śmiercią i dawać ulgę w chorobie bądź cierpieniu. Psychotyczne nakładanie się śmierci na życie czyni bezradnym wobec obu biegunów, gdyż dopuszcza myśl, że (konkretne) zabicie siebie, daje nieśmiertelność, uniwersalne wyzwolenie.

ARCHAICZNY STAN UMYSŁU

Psychologię indywidualnego, zbiorowego, jak też rozszerzonego samobójstwa można określić jako archaiczny stan umysłu, który cechuje zmieszanie różnych porządków postrzegania i wartościowania (np. ciało-psyche, życie-śmierć, wolność-odpowiedzialność, konkretne-ogólne):

„Archaiczne myślenie, którego znamioną cechą jest tzw. identyfikacja projekcyjna, prowadzi do zlania się obrazu (archetypu) i materii (ciała), symbolu (dogmatu, wzorca) i konkretnego (działanie). Dlatego wizja śmierci, której koniecznym warunkiem jest złożenie ciała w grobie, ukonkretnia się w idei samobójstwa w jamie (powrót do łona matki). Akt woli ma tu zasadnicze znaczenie (...). Zwyczajne akty dobroci nie wystarczą, to ma być absolutne oddanie, bo śmierć nie jest relatywna”⁵.

PRZYSPIESZONA ŚMIERĆ

Podczas pisania artykułu pojawiło się kilka informacji o śmierci (prawdopodobnie samobójczej) w wyniku upadku z dużej wysokości w galerii handlowej. Na przykład jeden wypadek w dn. 2 listopada 2021 r. dotyczy 13-letniej dziewczyny. Tego samego dnia w warszawskich Złoty Tarasach zginęła 46-letnia kobieta, która spadła z wysokości czwartego piętra galerii na poziom ⁻¹⁶. Inna historia: 16-letnia dziewczyna rzuca się z wiaduktu na pędzącą dołem ciężarówkę i ginie. Dlaczego osoby młode chcą umrzeć? W ten sposób, paradoksalnie, chcą doświadczyć nieśmiertelności, archetypu życia. O sile tego oddziaływania świadczy fakt, że

tego typu czyny znajdują naśladowców (prawo serii). Siła działań samobójczych tkwi w tym, że umysł zrozpaczonego, nieszczęśliwego depresanta usiłuje wejść na boski poziom, wchodzi w rolę Kronosa i śmiertelnością kosą własnoręcznie kończy bieg swojego życia.

Przyspieszona śmierć jawi się jako droga do życia. I to jest uniwersalny motyw psychoz energetycznych: do życia idzie się przez śmierć. Nie jest to jednak akt wiary religijnej w nieśmiertelność, który wzmacnia energię życia, lecz bodziec, który instruuje, jak to życie definitywnie skończyć.

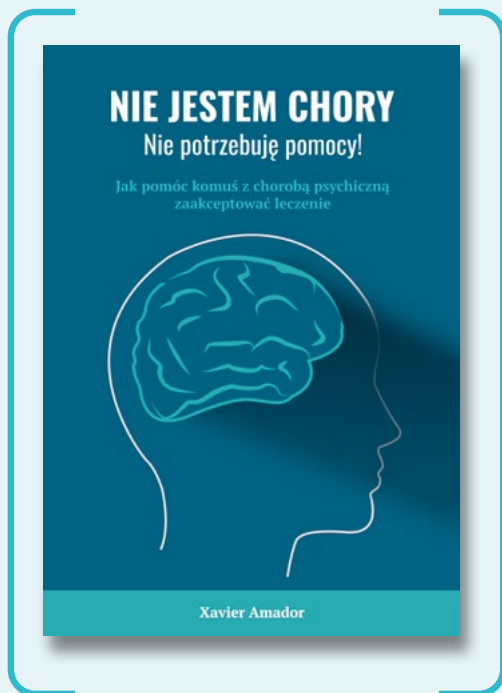
Depresja, autodestrukcja, samobójstwa i zbiorowe rytuały przyspieszonej śmierci motywowane archaicznym myśleniem, które intensyfikuje znaczenie życia poprzez identyfikację projekcyjną i zadawanie śmierci, może być zatrzymana, choć nie zawsze definitywnie i skutecznie, tylko tam, gdzie się realnie rozgrywa, czyli w psychicznym wnętrzu człowieka i realnych stosunkach międzyludzkich. Egzystencjalny punkt widzenia Antoniego Kępińskiego oraz jungowska interpretacja psychoz energetycznych (afektywnych) jako doświadczenia biegunów archetypu życia wskazuje wartość i znaczenie całego spektrum doświadczeń, w których i radość, i smutek są niezbędne, aby cykl życia biegł naprzód. Wartość najmniejszej porcji radości zmienia się, gdy jej lustrem jest smutek, a nie poprzednia porcja radości, tak jak wartość życia ukazuje się w pełni w obliczu śmierci. Samobójstwa rozszerzone, serie samobójstw, samobójstwa zbiorowe pokazują to najdobitniej. Leczenie depresji z zewnątrz (egzoterapia, egzofarmakologia) w warunkach dzisiejszej cywilizacji skupionej na zewnętrznych i sztucznych źródłach radości potrzebuje szerszego modelu. Modelu, który uwzględnia także indywidualne, wewnętrzne i naturalne możliwości przywracania potencjału radości fizjologicznej (endoterapia, endofarmakologia). Wewnętrzna serotonina, oksytocyna czy dopamina chyba lepiej „smakuje” niż najlepsza ich wersja podana w kroplówce, której dawkę nie jest łatwo adekwatnie dobrać do aktualnych, indywidualnych potrzeb. ■

4. Rozanow, W. (2006). *Ciemne oblicze. Metafizyka chrześcijaństwa*. Warszawa: ENETEIA.
5. Dudek, Z.W. (2006). Psychologiczna symbolika Wielkiej Matki i wizje apokaliptyczne. W: *ALBO albo (Apokalipsa Ziemi)*, Nr 2, s. 9-28.
6. <https://www.google.com/url?sa=t&rc=tj&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj-SkauZoan0AhXm-pYsKHxZLABMQFno-ECAMQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.rmfmfm%2Fmagazyn%2Fnews%2C43208%2Cko-lejna-smierc-w-galerii-handlowej-nie-zyje-13-latka.html&usg=AOvVaw2iaG7ojlbSv9kuV4FpEs7o>. Dostęp: 21.11.2021, g. 11.46.

CZYTANKI

LEPIEJ ZROZUMIEĆ

ALEKSANDRA KROPIELNICKA I KATARZYNA SZCZERBOWSKA



AUTOR: XAVIER AMADOR

PRZEKŁAD: JOANNA MATUSZEWSKA

WYDAWNICTWO: MY BOOK

ROK WYDANIA: 2020

LICZBA STRON: 265

WYDANIE: 1

Słuchaj, okazuj empatię, zgadzaj się, bądź partnerem

– radzi autor książki dla rodzin osób z diagnozą schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej. Namawia, by wyobrazić sobie, co czuje, widzi i myśli osoba w kryzysie.

Czy kiedyś miałeś wrażenie, że ktoś cię nie lubi? Byłeś pewien, że koleżanka z pracy krzywo na ciebie zerka i wydawało ci się, że słyszysz, jak cię obgaduje? Miałeś poczucie, że wszyscy w pokoju wydają się milknąć, kiedy wchodzisz, a jednak, gdy odważyłeś się zadawać pytania, każdy przekonywał cię, że się mylisz?

Jeśli kiedyś doświadczyłeś sytuacji, w której coś wiesz, a inni zdają się mieć klapki na oczach lub nawet celowo cię okłamywać, może będziesz potrafił wczuć się o ułamek lepiej w traumatyczne przeżycia osoby chorującej psychicznie. Ona wie, że ma rację. To inni ludzie są uparci i tego nie widzą.

Ból zęba jest oczywisty. Albo boli strasznie albo wcale i to pacjent wie o tym najlepiej. Osoba chorująca psychicznie wcale nie musi wiedzieć tego, że jest chora. **Nie jestem chory. Nie potrzebuję pomocy! Jak pomóc komuś z chorobą psychiczną zaakceptować leczenie** to poradnik przede wszystkim dla rodzin osób z diagnozą schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej. Porady w niej zawarte mogą wskazać drogę do tego, jak rozmawiać z kimś, kto uważa, że nie potrzebuje pomocy.

Napisał go Xavier Amador, słynny, amerykański psychoterapeuta, który oparł książkę o wiedzę specjalistów i własne doświadczenia. Jego starszy brat, Henry, który był dla niego w młodości bohaterem i wzorem do naśladowania, rozchorował się na schizofrenię, z czym cała rodzina zmagала się przez wiele lat. Na początku były to ciągłe kłótnie. Henry wyrzucał leki i przestawał je brać. Bliscy to odkrywali, bo znajdowali je w śmieciach lub po prostu znowu zaczynał się dziwnie zachowywać. Wtedy oddelegowywano Xaviera, zwłaszcza, gdy został rodzinnym specjalistą, do nakłaniania brata,

by wrócił do leczenia. Xavier tłumaczył mu: lekarz powiedział, że jesteś chory na schizofrenię i masz brać leki do końca życia! Henry odpowiadał, że miał je brać, dopóki nie poczuje się lepiej, a teraz czuje się lepiej. Wtedy brat triumfalnie wyciągał telefon: zadzwonimy do lekarza i sami się dowiemy. Do telefonu nie dochodziło. Henry odchodził wściekły do swojego pokoju.

Wszyscy próbowali dowieść mu swojej racji. W pewnym momencie młody psychoterapeuta zrozumiał, że nikt jego starszego brata nawet już nie słucha. Postanowił go lepiej zrozumieć. Bardzo kochał brata i w przeciwieństwie do reszty członków rodziny w końcu pogrzebał w sercu starego Henry'ego i zrobił miejsce dla nowego. Odzyskali swoją relację, ponieważ nigdy nie przestali się kochać. Jego starszy brat był przystojny i dowcipny, co, gdy jego stan się pogarszał, zamieniało się w nonsensowną płataninę skojarzeń językowych, tak zwaną salate słowną i hebefreniczną postać schizofrenii, gdy chory cały czas sypie dziwnymi, powtarzającymi się, nużącymi dowcipami. Ludzie go jednak lubili, zwłaszcza, gdy czuł się dobrze.

Henry umarł przedwcześnie. Zginął pod kołami pociągu ratując dziecko, które bawiło się na torach. Rodzinę wtedy od dłuższego czasu trzymał na dystans. Bliskich zdziwiło, że na jego pogrzeb przyszło ponad sto osób. Okazało się, że Henry miał przyjaciół, a złudzenia dotyczące misji ratowania świata zamienił w dbanie o innych i realną pomoc. W rzeczywistości umarł tak, jak żył. Bardzo trudno byłoby mu odbudować swoje życie, gdyby nie zapanował nad chorobą, w czym mu pomogły leki. Jednak o ich braniu podjął decyzję sam. Nikt nie miał prawa go do tego zmusić i w najlepszym okresie jego życia nie było za jego plecami nikogo, kto mówiłby mu wciąż, że ma je zażywać do końca życia i tylko dzięki nim cokolwiek osiągnie.

Jego brat, Xavier Amator opracował, między innymi dzięki jego pomocy i mając w nim dowód skuteczności swoich pomysłów, metodę, którą nazwał LEAP. To angielski skrót, który można przetłumaczyć jako „słuchaj, okazuj empatię, zgadzaj się, bądź partnerem”. To podejście ma pomóc rodzinom, a także psychoterapeutom i innych pracownikom służby medycznej – pielęgniarkom, lekarzom, psychologom, szukającym lepszego porozumienia z pacjentem. Przekonanie chorego do tego, żeby brał leki, to zarazem sedno tego poradnika, jak i pretekst do wyjaśnienia, jak zagrzebać topór w tej wojnie, pełnej bólu, zakrzykiwania się i wzajemnego wypominania sobie całego wachla-

rza krzywd i jak na nowo sobie pokazać, że członków rodziny, w której pojawił się kryzys, łączy miłość.

Pamiętasz Batmana? Ten superbohater nie miał żadnych mocy. Używał tylko swojej inteligencji, batmobila i pasa z narzędziami. Jak do swojego pasa przyczepić narzędzia metody LEAP? Co Xavier Amador podpowiada bliskim osoby doświadczającej kryzysu?

SŁUCHAJ

Trudno jest słuchać kogoś, kto naszym zdaniem plecie kompletne bzdury. Wie o tym każdy, kto zasiadł z rodziną przy wigilijnym stole. Ostatnio nieporozumienia z mamą, tatą lub wujaszkiem dotyczą kwestii politycznych. A przecież, gdybyśmy lepiej się nawzajem posłuchali, doszlibyśmy do częściowego porozumienia. Nie dzieje się tak dlatego że posługujemy się zupełnie innymi językami: innych opcji, innych zbiorów wartości i priorytetów. Często, słuchając uważnie rozmówcy i zadając pytania, by się czegoś dowiedzieć, a nie by udowodnić swoją rację, odkrywamy, że zgadzamy się na wielu płaszczyznach.

Odlóż na odległą półkę przekonywanie osoby doświadczającej kryzysu, że jest chora. Słuchaj, mając na uwadze tylko jeden cel: zrozumieć punkt widzenia drugiej osoby i zwrotnie okazać jej swoje zrozumienie.

To trzeba przeciwwić, większość ludzi nie robi tego naturalnie. Gdy o coś pytasz, na przykład o to, jak ktoś się czuje, słuchaj, aż zrozumiesz. Nie dawaj rad, nie oceniaj, nie poprawiaj. Gdy wydaje ci się, że coś jest już dla ciebie jasne, powtórz to, co ci powiedziano i zapytaj, czy rzeczywiście dobrze rozumiałaś. Nie bój się powtarzania rzeczy, które wydają ci się objawem obłądki. Jeśli będziesz umiał okazać zrozumienie, osoba w kryzysie wreszcie poczuje się słuchana i zacznie chętniej rozmawiać.

Wyobraź sobie, że nagle wszyscy uznają cię za chorego i zamykają w szpitalu psychiatrycznym, sprzymierzają z psychiatrą przeciwko tobie, wypychają leki, które powodują, że tyjesz, nie możesz normalnie mówić, twój mózg zwalnia – a których nie potrzebujesz, bo nie jesteś chory. Cierpisz w samotności. Nikt cię nie słucha. Jeśli do tego dorzucisz halucynacje, to, że rząd cię śledzi, głosy mówią, że wszyscy cię nienawidzą, zaczynasz widzieć przerażającą rzeczywistość wielu osób doświadczających kryzysu psychicznego w tym tej, którą kochasz.

OKAZUJ EMPATIE

Jeśli chcesz, żeby ktoś na serio rozważył twój punkt widzenia, zrób wszystko, żeby poczuł, że ty sam na serio rozważyłeś jego punkt widzenia. Coś za coś. Pamiętaj, że empatia polega na wczuwaniu się w cudzą sytuację. Musisz wykazać empatię do wszystkich powodów, dla których twój bliski nie chce zaakceptować leczenia. W szczególny sposób musisz okazać empatię wobec uczuć związanych z urojeniami – lęków, gniewu, a nawet euforii i poczucia wyższości.

Wczucie się w to, jak konkretne urojenia wpływają na czyjeś samopoczucie, to nie to samo, co uznanie, że są prawdziwe. Jeśli zaczniesz traktować swojego krewnego na serio, zdziwisz się, gdy stopniowo stanie się otwarty na twoje obawy i opinie. Musisz jednak najpierw udowodnić, że go słuchasz i wczuć się w jego położenie. Gdy zaczniesz uważać na to, co mówi, pewnego dnia sam zapyta cię o zdanie.

ZGADZAJ SIĘ

Wśród wszystkich tych rzeczy, wobec których się nie zgadzacie, musisz znaleźć te kwestie, w jakich macie to samo zdanie. Ty chcesz, żeby bliski zaakceptował leczenie. Czego on chce? Na pewno nie wrócić do szpitala. I ty masz to samo zdanie. Skoro się zgadzacie, trzeba pomyśleć, co można zrobić, żeby bliski nie trafił już do szpitala. Czy wiesz, czego on pragnie? Powrotu do pracy, wyprowadzki od rodziców i usamodzielnienia się? Miłości? Teraz jego marzenia mogą się wydawać nierealne, ale przecież nie zawsze tak będzie. Pomyślcie wspólnie nad krokami pozwalającymi to osiągnąć. Możesz zachęcić go do brania leków „na próbę”, by sprawdził, czy pomoże mu to np. znaleźć pracę albo lepiej spać. Niektórzy zdobywają zatrudnienie i tracą je po pogorszeniu swojego stanu. Można zachęcić osobę z doświadczeniem kryzysu do notowania samopoczucia i zachowania innych osób wobec siebie, gdy bierze leki, i gdy ich nie bierze. Wtedy bliska osoba może dostrzec tę zależność, która tobie wydaje się oczywista. Nie wytykaj jej błędów, pamiętaj, że po pierwsze masz słuchać i wchodzić w jej sytuację, a nie być królem Salomonem albo traktować psychiatrę jak wyrocznię i sprzymierzać się z nim przeciwko ukochanej osobie. Słuchaj też o wadach brania leków. Niektóre mają skutki uboczne utrudniające normalne funkcjonowanie. Nie jest to wymysł chorego, a jego realność. Tycie, problemy z tarczycą, cukrzyca, nadciśnienie. Tuptanie w miej-

scu, nerwowe chodzenie, trzymanie rąk do przodu jak wampir Nosferatu, brak mimiki, powolność, pogorszenie pamięci i myślenia to tylko niektóre z bolesnych efektów brania leków. Warto znaleźć takiego psychiatrę, który sam potrafi słuchać i nie narzuca swojej wizji, pozwala korygować leki tak, by pacjent biorąc je mógł jak najlepiej funkcjonować. Nie ma sensu, by twój bliski cierpiał dla wygody reszty rodziny... bo teraz jest spokojniejszy, siedzi ciszej, właściwie, to jak nad tym pomyśleć, śpi cały czas i w ogóle się nie odzywa. Cierpienie zostaje zamiecione pod dywan dla świętego spokoju. I tylko mówi ci czasem bezbarwnym głosem, że ma pustkę w głowie. W czym to lepsze od psychozy? Niektórzy wolą szpital, bo przynajmniej mają tam innych ludzi, zdobywają przyjaciół.

Kiedy używasz narzędzia zgody, twoja rola ogranicza się najpierw do wskazania rzeczy, co do których się zgadzacie. Jeśli zostaniesz poproszony, możesz wskazać pozytywne i negatywne konsekwencje jakiejś decyzji. Oskarżanie w stylu „gdybyś brał leki, nie trafiłbyś do szpitala” możesz od razu wyrzucić do śmieci. Zadawaj pytania w stylu: „co dokładnie się stało, kiedy przestałeś brać leki?”, „czy głosy uspokoiły się po tym, jak przestałeś brać leki?”. Jeśli odpowiednio stosowałeś słuchanie zwrotne i okazywanie empatii, ukochana osoba wie, że jesteś raczej jej sojusznikiem, a nie wrogiem. Twoje sugestie nie powinny mieć nic wspólnego z twoją opinią, że bliski ma chorobę psychiczną.

BĄDŹ PARTNEREM

Najbardziej satysfakcjonujący jest moment, gdy już odkryjesz, jakie są wspólne płaszczyzny, co do których się zgadzacie. Tworzycie wtedy partnerstwo dla osiągnięcia wspólnych celów. Ze skłóconych frakcji znowu trafiacie do jednej drużyny. W głowie możecie nazywać te cele inaczej. Ty – wyzdrowieniem, twój bliski dostaniem pracy. Chodzi Wam jednak o to samo.

Poradnik „**Nie jestem chory**”, pomoże każdemu, kto nie tylko ma krewnego nieakceptującego tego, że cierpi na urojenia, ale w ogóle każdemu, kto ma kogoś ważnego dla siebie, z kim się nie zgadza. Coraz częściej zamykamy się na cudze opinie i zapominamy, że ukrywa się za nimi ktoś, kogo kochamy. Warto nauczyć się go słuchać. Możesz wtedy odkryć, że pragniecie tego samego, tylko inaczej to nazywacie. ■

ROZWAŻANIA PRZED ZAŚNIĘCIEM

ANTONI JAKUBCZYK

PIERŚ

Jak pisałem ostatnio, powoli regresuję się starczo, przybliżam się do oralnej fazy rozwoju, w związku z czym, w moich rozważaniach bardziej pojawia się taki dziwny obiekt jakim jest pierś.

Z punktu widzenia istoty niebędącej człowiekiem jest to skórny worek wypełniony tkanką tłuszczową i gruczołową, zakończony ciemniejszym pipkiem. Połowa populacji ludzkiej jest wyposażona w dwa takie obiekty. W ciągu życia ich kształt ulega zmianom. W miarę upływu lat przegrywają walkę z grawitacją. Właścicielki starają się temu przeciwdziałać za pomocą przemysłu bieliźniarskiego, a nawet chirurgii plastycznej.

Z punktu widzenia innej części populacji, pierś jest obiektem niezwykle nasilonego pożądania. Występuje silny popęd do podglądania (opisany już w Starym Testamencie, gdzie dwaj starcy (sędziowie) podglądali niejaką Zuzannę). Znowu ci sędziowie zwyrodnialcy, nie dość im, że kradną wiertarki... Miejsca, w których widzi się piersi obnażone cieszą się niezmiennym powodzeniem. Są osoby odczuwające popęd do ocierania się o piersi w tłoku, czasem nawet przymus ich dotykania. W obu tych sytuacjach chodzi chyba o symboliczne „zawładnięcie” piersią (przez dotyk lub wzrok). Dobrym czasem na ocieranie się o pierś jest taniec. Z piersiami związane jest kilka pojęć, np.: biust, dekolt, „cycki” i wreszcie pierś właściwa, głównie do karmienia, ale ma też kilka innych zastosowań – Wojciech Mann dawno temu na antenie Trójki stwierdził, że „gdyby miał piersi, to nie wychodziłby z domu, tylko się nimi bawił”.

Pierś obniżona wysyła sygnał „nie jestem już zdolna do karmienia”. Podobny sygnał wysyła pierś karmiąca – „jestem zajęta dla kogoś innego” (niemowlaka), w związku z czym nie budzi pożądania i może być publicznie odsłonięta. Pierś podniesiona jest elementem szeroko rozumianej urody. Utrata piersi po mastektomii jest ciężką traumą, bywa przeżywana jako utrata sedna kobiecości, atrakcyjności, zainteresowania partnera.

Poziom odsłonięcia piersi w różnych kulturach wygląda zupełnie inaczej – są miejsca gdzie piersi w ogóle nie są zakrywane, w innych muszą być w mniejszym lub większym stopniu, zwłaszcza sutki. Tancerki karnawałowe w Rio de Janeiro mogą mieć całkiem odkryte piersi, ale sutek musi być, choćby plasterkiem zaklejony. Spotkałem się co prawda z hasłem „uwolnić sutki”, ale chyba nie spotkało się to z większym poparciem. Sutek jest samym sednem zaspokojenia i przyjemności już od okresu noworodkowego. Jest bogato unerwiony, dostarczając doznań właścicielce (na filmie Rzym Felliniego pokazany

jest kobiecy orgazm sutkowy). Wydaje mi się, że poziom zakrycia/odkrycia piersi związany jest z restrykcjami w zakresie kobiecej seksualności w różnych kulturach – im więcej ograniczeń, tym więcej trzeba zasłonić.

Pytanie, skąd to wszystko?

Otóż pierś jest pierwszym obiektem (na początku obiektem częściowym), który zapewnia zaspokojenie wszystkich potrzeb – sytości, bezpieczeństwa, błogości, ciepła (szczegółowo w psychoanalitycznych teoriach Melanie Klein). Te pierwsze doznania zostają w głębokiej podświadomości do końca życia. W skrócie: pierś może być dobra (obecna na żądanie, dostarczająca wszelkich potrzeb, łącznie z emocjonalnym, pozytywnym nastawieniem matki). Jednak Winnicott wymienia cały szereg powodów uczucia nienawiści matki do swojego dziecka. Pierś może być zła i prześladowcza (nieobecna, niedostarczająca dobrego pokarmu, z towarzyszącymi negatywnymi emocjami matki). Niezależnie od tego, jaka jest, to jesteśmy w tym momencie z nią zjednoczeni, nie ma granicy między „ja” a pierś. Philip Roth w swojej noweli „Pierś” pisze tak: „...powróciłem do najwcześniejszych godzin człowieczego istnienia, kiedy pierś jest mną, a ja jestem piersią, kiedy wszystko jest jednym, a jedno jest wszystkim, kiedy wklęsłość jest wypukłością, a wypukłość wklęsłością, do swojego pierwszego tysiąca godzin po wiekach nicości, do mojej Mezopotamii”.

Idąc dalej zacząłem zastanawiać się, jakie są implikacje posiadania piersi będących źródłem przyjemności. Skojarzył mi się Dekalog. Dlaczego nie ma w nim przykazania „nie pożądaj męża bliźniej swojej”? Zajrzawszy do Wikipedii ze zdumieniem wyczytałem, że przykazanie to brzmi: „nie pożądaj żony bliźniego swego, ani wołu, ani osła, ani ziemi”. Nieszczęsna żona stoi w jednym szeregu z wołem i osłem (w katechizmie współczesnym wół z osłem zostali wygumkowani). Przykazanie „nie cudzołóż”, ponieważ odmawia kobiecie prawa do własnego łoża. Podobne nastawienie widzimy w bajkach (a właśnie w nich zawarte są treści głębokiej podświadomości indywidualnej i zbiorowej) – dzielny rycerz (albo sprytny czeladnik, niejaki Dratewka) po pokonaniu smoka dostaje w nagrodę królową (czasem jeszcze pół królestwa). I nikt nie pyta królowy, czy ma ochotę wychodzić za mąż za czeladnika szewskiego. W wielu miejscach żonę można sobie kupić (za kilka wielbłądów, krów czy kóz) i też nikt nie pyta kobiety o zgodę. Kobiety bywają traktowane jak waluta. Handel ludźmi dotyczy głównie kobiet. Nawet w Polsce jeden zwyrodnialec udostępniał swoją córkę znajomym za butelkę wódki.

Możliwość dostarczenia zaspokojenia i przyjemności jest jedynie drobnym dodatkiem do **osoby**, która ma swoją psychikę, swój intelekt, potrzeby i ambicje, które wymagają szacunku i uznania.

Pierś jest tylko dodatkowym darem, który kobieta może przyjąć lub odrzucić, i nikomu nic do tego. ■

PZP – PRZEMYŚLENIA ZESTRESOWANEGO PSYCHIATRY

IRENEUSZ CEDEŃSKI

MOJA PIEŁĘGNIARKA

Opowiem w ten zimowy wieczór, jak to się dawniej zimową porą pracowało. I nie tylko zimową, choć zimową było najtrudniej.

W miasteczku, do którego dojeżdżałem raz w tygodniu do pracy w PZP, była w tejże PZP zatrudniona pielęgniarka. Mówiono do niej po imieniu, to znaczy „pani” i tu następowało jej imię, albo „pani Psychiczna”. Napisałem wielką literą, bo wyczuwało się to w głosie mówiących. Zresztą, jak poczytacie dalej, to sami zrozumiecie, czemu tę wielką literę postawiłem.

Miała ona etat w Poradni Leczenia Uzależnień. A za pracę w PZP tylko jakiś dodatek. Tę poradnię uzależnień zorganizowała sama, sama się wyszkoliła na terapeutkę; była za pan brat ze wszystkimi wielkimi i mniejszymi guru terapii uzależnień w naszym kraju, bo należała do nielicznego grona pionierów tej działalności. Opowiadała mi nieraz, co tam który z tych wielkich ma za uszami. Szczególnie denerwowała ją pewna gwiazda pierwszej jasności, pewna dama, która na każde zajęcia przychodziła w innej stylizacji, jak to się teraz mówi.

Moja pielęgniarka rządziła tą PZP. Przede mną dojeżdżała tam raz na dwa tygodnie pewna zacna starsza lekarka z jeszcze bardziej odległego miasta. Autobusem. Przyjmowała tłum pacjentów i późnym wieczorem wracała do domu tą samą trasą. Z opowieści mojej pielęgniarki wynikało, że pani doktor zaczęła mieć coraz większe problemy z pamięcią i koncentracją. Więc pielęgniarka kopiała ją dyskretnie w nogę, gdy wychwytywała jakąś pomyłkę i praca szła dalej. Bo siedzieli przy tym samym biurku. Lekarka pisała długopisem w historii choroby i dyktowała pielęgniarcie recepty. Z czasem ilość tych kopnięć w nogę stała się zbyt duża nawet dla kopiącej, więc pielęgniarka wybrała się do dyrekcji, by zameldować, że pora podziękować lekarce, która dawno już osiągnęła wiek emerytalny. Dyrektor zorganizował uroczystość, wręczył seniorce wielki bukiet kwiatów. Wyobrażacie sobie? Pielęgniarka przychodzi do dyrektora ZOZ, każe mu zakończyć

współpracę z lekarzem, kupić kwiaty i tak dalej. Dyrektor wypełnia wszystkie polecenia. Nie wyobrażacie sobie? Bo nie znacie jej. Było to naturalne, że miała posłuch. W tym, co robiła i mówiła była autentyczna, nie dbała o swoje, tylko o innych.

Po tej starszej doktor była w tej PZP pewna młoda lekarka, która wyjechała wkrótce do USA. Gdy ja się tam pojawiłem, usłyszałem, że miejsce to jest zajęte dla tej pani doktor, ale na tymczasem mogę być. Tego tymczasem zrobiło się parę ładnych lat...

Muszę Wam powiedzieć, że przyjmowanie we dwoje początkowo wydawało mi się strasznie krępujące. Jako młody, nieokrzesany adept byłem strasznie

złakniony jakichś wynurzeń, zwierzeń ze strony pacjentów. Praca wspólnie z pielęgniarką wydawała się uniemożliwiać bliższy kontakt z chorym. Ale nie ja ustalałem zasady. Zresztą, bez wsparcia nie poradziłbym sobie z trzydziestoma, nawet czterdziestoma osobami w parę godzin. To tam i wtedy nauczyłem się diagnozować choroby psychiczne „od pierwszego wejrzenia”. Ściśle mówiąc, po paru latach takiej pracy zauważyłem, że krótkie, niemal ukradkowe spojrzenie znad papierów na wchodzącą do pomieszczenia osobę dawało mi wstępną diagnozę, która

pozwalala na to, że wywiad szedł już we właściwym kierunku. Co ciekawe, chorzy rzadko krępowali się odsłaniać przed młodym lekarzem, który przyjmował „po cywilnemu”, bez fartucha, gdy w pobliżu była swojska pielęgniarka, też zresztą „po cywilnemu”, od której emanowało tyle empatii, że przelewała się do poczekalni przez szparę pod drzwiami.

Moja pielęgniarka udzielała mi „z marszu” nieomylnego wywiadu środowiskowego. Wiedziała, który pan pije i w jakim stylu, a który boi się swojej żony, choć mógłby mieć każdą kobietę, gdyby zechciał. Wiedziała jakimś sposobem, jak funkcjonuje niemal każdy przewlekły chory, czy jest odrzucany przez rodzinę, czy też nie. Gdy pewien nieleczący się pacjent ze schizofrenią przychodził do niej w porę i nie w porę, raczyła go uprzejmą rozmową, jak nie przymierzając Irena Dziedzic w „Tele-Echu.” Pacjenci z miasta, przynajmniej niektórzy, musieli się orientować, że ona zna ich od strony prywatnej, ale nigdy nie zauważyłem u nikogo z nich jakiegos zakłopotania. Bo była osobą bardzo dyskretną.

Ta moja pielęgniarka miała taki wielki dar, którego ja nie posiadam zupełnie. Myślę, że to wiąże się z kobiecością. Może to się teraz nazywa otwarty dialog, całkiem możliwe.

Potrafiła też dokonać nieomyślnej wstępnej oceny chorych. Gdy przyjeżdżałem do niej, to zanim wypilem herbatę i przełknąłem kanapkę, wiedziałem już, który z pacjentów w poczekalni ma się gorzej, co mu jest, co się u kogo wydarzyło i od kogo zaczniemy przyjmować, a kto będzie musiał poczekać.

Kiedy stawiałem pieczątkę na recepcie, zaczynała się sesja krótkiej intensywnej terapii wspierającej w wydaniu mojej pielęgniarki. Pytała jak dzieci, jak mama, jak tam kto. W swoim słodkim, ale kategorycznym stylu powtarzała moje zalecenia co do przyjmowania leków i terminu następnej wizyty. Gdy poziom pozytywnej energii u pacjenta był już taki, że rozmowa przeradzała się w swobodną pogawędkę jakby nigdy nic, moja pielęgniarka żegnała się z nim (ja zdążyłem uczynić to już znacznie wcześniej, więc nieśmiało, półgębkiem powtarzałem jeszcze raz.), odprowadzała do drzwi i zapraszała następną osobę. Wiedziała, kto potrzebuje porozmawiać z psychiatrą w cztery oczy i ulatniała się gdzieś dyskretnie na całkiem długo. Do tej pory nie wiem dokąd ona wychodziła, szczególnie zimą. Bo długo nie wracała, każąc mi w ten sposób po- być z osobą chorą i jej trudnym problemem, i poważnie się tym zająć.

Gdy pojechałem do Warszawy do Instytutu Psychiatrii i Neurologii na kurs przed specjalizacją, to bardzo mądry doktor od uzależnień poinformował słuchaczy, że Poradnia Uzależnień powinna być jak najdalej od PZP, broń Boże w tym samym lokalu, bo inaczej uzależnieni pacjenci wymuszają na personelu leki uzależniające itp. U mojej pani pielęgniarki nie było takich osób. Założyła w swoim mieście grupę Anonimowych Alkoholików i przez parę lat podtrzymywała słaby płomyk jej działalności, aż wreszcie dorobiła się grona trzeźwiejących wystarczająco licznych, żeby potrafili działać samodzielnie. Kiedyś jacyś radiowi dziennikarze zrobili reportaż z ich udziałem – coś o dwóch grupach AA, które się spotkały. Goście byli z Warszawy. Okazało się, że żaden z tych warszawiaków nie miał za sobą delirium, a podopieczni mojej pielęgniarki – wszyscy. Co było dla niej swoistym powodem do dumy, jeśli dobrze się rozumiemy.

Gdy ktoś w mieście lub okolicy oszalał, mówiąc eufemistycznym żargonem psychiatrycznym, wymagając natychmiastowej hospitalizacji, karetka z pasażerem zajeżdżała do PZP, która na co dzień była spokojną poradnią uzależnień, gdzie urzędowała sobie moja pielęgniarka jako terapeutka. Pani Psychiczna sprawdzała w kartotece jego dane, wpisywała co trzeba do skierowania i dawała lekarzowi do podpisania.

Były tam wtedy takie zimy, że trzeba było liczyć się z opadami śniegu od października do początku maja.

Nie piszę o jakiejś enklawie na Syberii, tylko o Polsce. Zimowe ogumienie i systemy antypoślizgowe w autach dopiero się zaczynały. Ja takich nowinek jeszcze nie miałem. Więc któreś śnieżycy raz czy dwa po prostu nie byłem w stanie dotrzeć do PZP. I nic się nie stało. Nawet bez konsultacji ze mną (ile można wisieć na przewodowym telefonie i blokować linię do szpitala?) moja pielęgniarka zwiększyła ostrożnie jednemu z chorych dawkowanie leku. (Ja bym inaczej nie postąpił, zresztą ona miała większe doświadczenie.) Pozostałym pacjentom wypisała kolejne recepty radząc, aby w razie wątpliwości zgłosili się już za tydzień. A tydzień później śnieg był już w miarę rozgarnięty, więc przyjechałem.

Ta moja pielęgniarka miała taki wielki dar, którego ja nie posiadam zupełnie. Myślę, że to wiąże się z kobiecością. Gdy jakaś kobieta miała problem z kimś ze swoich bliskich, po prostu szła do pani Psychicznej na pogawędkę, pogaduchę, zwierzenia. Siedziały tam i gadały w tej poradni odwykowo-psychicznej nieokreślonej ilości czasu, w bliżej nieokreślonej konwencji.

Może to się teraz nazywa otwarty dialog, całkiem możliwe. To stara formuła z czasów przedindustrialnych i przedkomercyjnych. Gdy ja wpadałem po paru dniach, najważniejsze rzeczy były już załatwione. Sojusz roboczy zawiązany, lęk rodziny zmniejszony, zaufanie do lekarza obecne. Pozostawało mi ustalić wstępne rozpoznanie i podjąć leczenie... Właśnie, na czym polegał ten wielki dar? Chyba na umiejętności towarzyszenia w niedoli. Choć to określenie brzmi niedobrze, może

po prostu na umiejętności towarzyszenia drugiej osobie; może jeszcze bardziej pierwotnie, na byciu blisko drugiej osoby bez, no wiecie, narzucania się. Bez mądrzenia się.

Oczywiście, że idealizuję. W poczekalni czasem biegał szczur, który wychodził przez dziurę w podłodze przy ścianie. Kiedyś pewien pacjent, który leczył się z powodu uporczywego lęku, wstał i wśród pisków przerażonych obecnością niesympatycznego zwierzęcia pacjentów po prostu zdeptał drania. Mówiąc między nami, od tego dnia przestałem martwić się o tego pacjenta, właściwie to przestałem się nim przejmować.

Tej PZP dawno już nie ma. Nasz kraj nie jest już tak biedny. Nie tylko lekarze, ale i większość pacjentów żyje wygodnie. Ale coś zgubiliśmy po drodze...

Ja bym cały ten bałagan oddał w ręce jakiejś dobrej pielęgniarki. One nie mają wielkiego ego. Wybierają swój zawód by służyć ludziom, a nie gwiazdorzyć.

Widzą, kto najbardziej potrzebuje pomocy, a kto może trochę poczekać. ■

Ja bym cały ten bałagan oddał w ręce jakiejś dobrej pielęgniarki. One nie mają wielkiego ego. Wybierają swój zawód by służyć ludziom, a nie gwiazdorzyć.

PSYCHIATRA W OPERZE

KATARZYNA PROT-KLINGER

CZARNA OPERA

*I rzekłem: Nie będę go wspominał ani będę więcej mówił
imieniem jego; i była w sercu moim jako ogień gorący
i zawarty w kościach moich, i omdlałem – nie mogąc znoś.*

Księga Jeremiasza 20,9 „Wyznania” Jeremiasza: przypląty rozpacz
(tłumaczenie Jakuba Wujka)

Na otwarcie Metropolitan Opera, po 18 miesiącach zamknięcia z powodu pandemii, pokazano po raz pierwszy operę autorstwa czarnoskórego kompozytora, muzyka jazzowego, autora muzyki filmowej Terence Blancharda „Fire Shut Up in My Bones”. Podkreślanie, że zarówno kompozytor, jak Camille Brown odpowiadająca za choreografię spektaklu są pierwszymi czarnoskórymi artystami w tych rolach zaproszonymi do MET budzi moje ambiwalentne uczucia. W pierwszej chwili pomyślałam, że wielokrotne podkreślanie podczas rozmów „za kulisami”, które stanowią część projekcji oper w MET, koloru skóry artystów nie jest w porządku. Może być rozumiane jako nie wprost przekaz: „wystawiamy tę operę nie dlatego, że jest dobra, ale dlatego, że jesteś Czarny”. Kasi Lemmons, autorka libretta „Fire...” mówi „Nie budzę się codziennie, mówiąc, że jestem czarną kobietą, ponieważ to rozumie się samo przez się, ale budzę się każdego dnia czując się artystką”¹. Z drugiej strony dyrektor generalny Met, Peter Gelb nie ukrywa, że wybór wpisuje się w ruch „Black Lives Matter” i ma być odpowiedzią na rasistowską przemoc w USA, co uważam za gest ważny i potrzebny.

Opera powstała na podstawie wspomnień amerykańskiego dziennikarza i prezentera stacji „Black News Channel” Charlesa Blowa. Psychologicznie ujmując jest to historia konsekwencji, jakie niesie w wieku dorosłym nadużycie seksualne wydarzające się w dzieciństwie. Dla psychologów i psychiatrów ciekawe może być, jak dalece opowieść ta zawiera wszystkie aspekty traumy nadużycia seksualnego od źródeł po rezultaty. Mamy wprost opowiedzianą samotność Charlesa, naj-

młodszego chłopca z rodzeństwa, od początku kruchego i delikatnego – powtarzający się motyw arii „Byłem kiedyś chłopcem o szczególnym wdzięku”. Rozumiemy jego pragnienie, żeby ktoś się nim zainteresował, żeby dla kogoś być ważnym. No i zjawia się kuzyn – starszy, imponujący, a równocześnie jedyny, który chce mu poświęcić swój czas. Dochodzi do sytuacji, w której zostają przekroczone granice seksualne chłopca. Charles nie rozumie do

końca, co się wydarzyło, ale w swojej samotności nie znajduje żadnego „dobrego obiektu”, któremu mógłby powierzyć swoje cierpienie. Czuje się zły i zbrukany – „nosiłem wstyd w kaburze wokół pasa”. Próbuje różnych metod, żeby się uleczyć – religijnego oczyszczenia, zbliżenia z kobietą, przynależności do „twardzieli” uniwersyteckich, miłości. Gdy to wszystko zawodzi, podejmuje decyzję o zabiciu sprawcy. Libretto posługuje się współczesnymi koncepcjami psychologicznymi – ofiara zabijając sprawcę chce zabić nieakceptowaną część siebie.

W ostatniej chwili Charles zmienia swoją decyzję znajdując inne wyjście.

Postać Charlesa na różnych etapach życia została zobrażowana przez dwóch śpiewaków – 13-letniego Waltera Russella III jako Charlesa w wieku 7 lat i Willa Livermana jako dorosłego już Charlesa. Początkowo dorosły Charles bezskutecznie próbuje ostrzec chłopca. Na koniec to „mały Charles”, dziecko w dorosłym, ratuje dorosłego Charlesa przed popełnieniem zbrodni. Charles jest „podwojony”, z kolei trzy postacie kobiece – Przeznaczenie i Samotność Charlesa, a także jego pierwsza miłość – Greta, śpiewane są przez tę samą artystkę. W tej roli wspaniała Angel Blue. Matka Charlesa (w tej roli Latonia Moore) jest rozbudowaną psychologicznie postacią kobiecą – zależną od męża, ale też dzielnie umiejacą mu się przeciwstawić, żeby rozpocząć samodzielne życie. Fantastyczny chór kobiet, w którym bierze ona udział, pokazuje nie tylko indywidualny, ale i społeczny problem

1. Alexander, George. Why We Make Movies: Black Filmmakers Talk About the Magic of Cinema. Harlem Moon. 2003, p. 271

kobiet w biednych społecznościach poświęcających swoje życie dla rodziny, dla których sukces dzieci oznacza ich opuszczenie i samotność. Kompozytor opery, Blanchard łączy elementy jazzu, bluesa, nuty big bandu i gospel, które bliskie są także śpiewakom – Latonia Moore w wywiadzie mówi o tym, że zaczynała od jazzu.

Kamille Brown stworzyła w operze dwie dłuższe sekwencje taneczne. Pierwsza, to balet snu, w którym nastoletni Charles ma wizje uwodzicielskich mężczyzn krążących wokół łóżka, co wskazuje na jego wątpliwości dotyczące orientacji seksualnej. Druga, to scena przysięgi i rytuał przyjęcia do bractwa Kappa Alpha Psi w postaci step-dance. Autorzy opery odnoszą się do przemocy podczas rytuałów ślubowania, które sprowadziły na bractwo krytykę i procesy sądowe.

Tak więc, pomimo prostoty głównego wątku, przyglądając się bliżej widać komplikacje – Czarni są wypychani do biednych dzielnic, ale też bractwa mające bronić ich praw same stosują przemoc.

Matka Charlesa decydując się na godnościowy krok odejścia od męża wykonuje przejmującą arię „Leave it in the Road”:

„czasami musisz to po prostu zostawić
musisz zostawić to w spokoju
czasami musisz to wszystko zostawić za sobą, złóż swój
ciężar (...)
musisz użyć tego bólu, żeby cię wzmocnić (...)
musisz zostawić wszystko, czego nie
potrzebujesz
musisz go odłożyć i zostawić na drodze”

Mały Charles pyta ustami dorosłego:
„Co ze mną? Co jeżeli ja jestem tą rzeczą,
której już nie potrzebujesz?”.

Na końcu aria ta wraca w wykonaniu małego Charlesa jako propozycja dla dorosłego, uniknięcia odwetu. Dorosły Charles jest w stanie przyjąć godnościowy przekaz, bardzo niedoskonałej w opiece nad nim, matki.

Temat wykluczenia i rasizmu jest bardzo aktualny w psychiatrii. Vivian Pender – prezydentka APA podkreśla znaczenie nierówności społecznych jako ryzyka chorób psychicznych na pierwszym miejscu wymieniając rasizm². W psychiatrii interesuje nas przede wszystkim rasizm strukturalny – nierówne traktowanie Białych i Czarnych w ramach systemu zdrowia. Klinicyści przyznają, że ze względu na rasistowskie przekonanie o większej agresywności Czarnych szybciej są oni poddawani izolacji i unieruchomieniu w szpitalach³. Częściej otrzymują „cięższe” diagnozy i zostają uznani za chronicznie chorych, a system środowiskowy uznaje ich rodziny za bardziej „patologiczne”⁴.

Tym bardziej ze zdziwieniem przeczytałam artykuł mojego dawnego szefa i nauczyciela Andrzeja Axera „O wolności słowa w pracy i poza nią”⁵. Andrzej opisuje sytuację w pracy, która podobnie jak opera opisywana powyżej ma związek z ruchem „Black Lives Matter”.

Andrzej pokazywał mi na początku mojej pracy zawodowej związku pomiędzy sytuacją społeczną pacjenta, a chorobą. Jest to obszar po dzień dzisiejszy bardzo dla mnie ważny.

Pierwsza uwaga dotyczy języka. Być może przebywając już tyle lat za granicą nie zauważyłeś Andrzeju, że nie używa się już w Polsce słowa Murzyn ani „ludność murzyńska”. Dlaczego? Bo osoby czarnoskóre tego nie chcą. Ten argument powinien wystarczać⁶.

W artykule piszesz o swoich doświadczeniach z miejsca, w którym pracujesz: „Większość zebranych złożyła również pewnego rodzaju publiczną samokrytykę, mówiąc, że do tej pory nie dość aktywnie działali w obronie czarnoskórych obywateli naszego stanu. Na ich usprawiedliwienie należy powiedzieć, że byłoby to trudne, gdyż ludność murzyńska stanowi bardzo znikomą procent mieszkańców Oregonu.” Jak by brzmiało dla Ciebie zdanie; „Na usprawiedliwienie profesjonalistów niewystępujących w obronie praw osób ze schizofrenią należy powiedzieć, że ci stanowią jedynie 1% populacji” (o połowę mniej niż Czarnych w Oregonie)?

Kolejny problem, niełatwy do rozstrzygnięcia, to na ile odsłaniać swoje poglądy w pracy z pacjentami, co robić w wypadku przedstawiania przez pacjenta treści przez nas nie akceptowanych ze względów moralnych. Wydaje mi się, że nie da się tych problemów ominąć prostym zaleceniem, aby „wstrzegać się informowania pacjentów o prywatnych opiniach w sprawach światopoglądowych.” Wypowiadanie takich treści ma miejsce w gabinecie, ale też w grupie czy na oddziale, gdzie inni pacjenci mogą czuć się urażeni i zaatakowani „mową nienawiści”. Uważam też, że my mamy prawo

i nawet powinniśmy stawiać granice naszym pacjentom, a wypowiedzi rasistowskie są dla mnie osobiście raniące.

Myślę, że dla Ciebie, ale także dla Redakcji, powinien być ważny kontekst. Artykuł ukazuje się w Polsce w sytuacji nasilonego rasizmu, nienawiści wobec obcych, śmierci osób innej niż biała rasy na granicy. W czasie strajków robotniczych w 1980 roku prymas Wyszyński wygłosił kazanie o wartości pracy. Może w innych okolicznościach byłby to głos w dyskusji, niestety wtedy wpisywał się w politykę władzy. Twój głos Andrzeju wpisuje się w Polskę w retorykę „narodową”. Rozumiem, że nie taka była twoja intencja, ale czasami brakuje nam wrażliwości na kontekst społeczny i dlatego warsztaty z ukrytego rasizmu są ważne⁷. ■

**Vivian Pender
– prezydentka
APA podkreśla
znaczenie
nierówności
społecznych jako
ryzyka chorób
psychicznych na
pierwszym miejscu
wymieniając
rasizm².**

2. Vivian B. Pender, Addressing Social Determinants of Mental Health, Psychiatric News, <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2021.7.42>
3. Michael Mensah, Lucy Ogbu-Nwobodo, Ruth S. Shim, Racism and Mental Health Equity: History Repeating Itself, Psychiatric Services, <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.202000755>
4. Melvin Sabshin, Herman Diesenhaus, Raymond Wilkerson, Dimensions of Institutional Racism in Psychiatry, The American Journal of Psychiatry, <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.127.6.787>
5. <https://www.psychiatraonline.pl/kwartalnik/?p=2372>
6. Jeżeli nie jest wystarczający proponuję: http://www.afrykanistyka.uw.edu.pl/pliki/files/PDF/mechanizmy%20dyskryminacji_Ohia.pdf, <https://www.youtube.com/watch?v=Oc0kxlqUtY>
7. O skomplikowanej transgeneracyjnej relacji między Białymi i Czarnymi pisałam w tekście „Duchy przodków”, <https://www.psychiatraonline.pl/kwartalnik/?p=2135>

PŁYTY, KTÓRE WARTO ZNAĆ

MIREK SUKIENNIK

Niedawno duże grupy narodowców spacerujące 11 listopada po ulicach Warszawy uświadomiły mi, że nie omawiałem jeszcze żadnej płyty z naszego podwórka. Aby nie narazić się na zarzut o brak patriotyzmu (niech każdy go rozumie tak, jak chce...) postanowiłem to naprawić. Patriotyzm lokalny też się obudził – mijając muzeum Gombrowicza niedaleko moich stron rodzinnych przypomniałem sobie idealnie pasujący do mojego stosunku do twórczości większości naszych artystów sceny muzycznej dylemat ucznia Gałkiewicza „Jak zachwyca, kiedy nie zachwyca” (Ferdydurke/Gombrowicz). Ale jak trzeba to trzeba, jak już muszę, to wybór jest oczywisty...

„A niechaj narodowie wždy postronni znają, iż Polacy nie gęsi, iż swój język mają” – Mikołaj Rej.

Te słowa ojca polskiej literatury mają w sobie chęć pokazania, że Polacy są narodem, który potrafi tworzyć dobrą kulturę w swoim języku, podkreślając niezależność i autonomię. W muzyce mamy wielkie osiągnięcia kompozytorów klasycznych, muzyki filmowej, jazzu, metalu, natomiast w muzyce pop i rockowej nie za bardzo mamy czym się pochwalić. Szanse na karierę międzynarodową mieli m.in. Violetta Villas, Czesław Niemen czy Edyta Górniak, ale z różnych powodów nie były to spełnione nadzieje. Tylko Barbara Trzetrzelewska, znana jako Basia, odniosła spory sukces na rynku amerykańskim i światowym w latach 80. wykonując mieszankę popu, jazzu i soul. Początkowo jako wokalistka zespołu Matt Bianco, a następnie solo. Pierwsza samodzielna płyta „Time And Tide” odniosła duży sukces w USA, druga „London, Warsaw, New York” również była bardzo popularna, a albumy Basi sprzedawały się łącznie w kilkumilionowym nakładzie. Karierę rozpoczynała w początkach lat 70. w zespole Alibabki, a potem przez dwa lata występowała jako wokalistka początkującego zespołu popowo-rockowego – bohatera dzisiejszej opowieści – Perfect.

Zespół Perfect został założony w końcu 1977 roku przez byłych muzyków zespołu Breakout – Wojciecha Morawskiego i Zdzisława Zawadzkiego, którzy zaprosili do współpracy dwie byłe wokalistki grupy Alibabki – Basię Trzetrzelewską i Ewę Konarzewską. Początkowo grali w warszawskich lokalach rozrywkowych wykonując głównie covery hitów światowych i polskich, a także wspomagając innych wykonawców. Latem 1978 roku do zespołu dołączył gitarzysta Zbigniew Hołdys, a w końcu

tego samego roku klawiszowiec Paweł Tabaka. Koniec tego roku i początek 1979 zespół spędził w USA, występując w klubach polonijnych. Po powrocie zza Wielkiej Wody powoli zyskujący pozycję lidera Hołdys (był autorem większości nowego materiału zespołu) zaproponował bardziej rockowy kierunek rozwoju, co spowodowało odejście Basi, Ewy, Tabaki i Morawskiego. W 1980 roku skład zespołu uzupełnili Ryszard Sygitywicz i Piotr Szkudelski, a także wokalista Grzegorz Markowski. Cały rok 1980 to przygotowywanie nowego materiału i swiste „docieranie” się muzyków, co zaowocowało po kilku miesiącach koncertem sylwestrowym w klubie Stodoła w Warszawie. To było to, na co spragnieni wolności i zachodniego, rockowego brzmienia fani czekali – profesjonalni muzycy, świetny wokalista i ciekawe, mądre, aktualne i odpowiadające młodemu pokoleniu teksty. Zespół w 1981 roku nagrał pierwszą płytę z charakterystyczną białą okładką i logo autorstwa Lutczyzna. Zawiera dziewięć utworów, z których aż siedem było singlowymi przebojami! Ogromny sukces płyty, świetne koncerty – pojawiła się nowa gwiazda polskiej sceny rockowej. Był to głos pokolenia tamtych lat, zrywu Solidarności i tęsknoty za wolnością. Koncerty stały się manifestacjami niezależności, a podpisywanie płyt w sklepie Combo na warszawskiej Ochocie zablokowało pół dzielnicy – przyszło kilka tysięcy osób, a zdobyć autografy idoli. Rockowy styl życia i jawne manifestowanie antykomunistycznych poglądów przez członków zespołu szybko spowodowało zainteresowanie SB. Rozpoczęła się akcja szykanowania, śledzenia i inwigilacji członków, znajomych i współpracowników grupy. Presji na rodziny i otoczenie nie wytrzymali Sygitywicz i Szkudelski zastąpieni przez Andrzeja Urnaga i Nowickiego. W tym składzie nagrano drugi album – „Unu” (ten skrót był wtedy w Polsce wszechobecny – tak zaczynały się numery rejestracyjne pojazdów wojskowych w stanie wojennym). Co najmniej tak samo dobry jak pierwszy – 10 utworów, z czego 8 singli – w tym hit i hymn lat 80 „Autobiografia”. Po zawieszeniu stanu wojennego i wznowieniu koncertów władza ze zdenerwowaniem dostrzegła, że ponownie stały się one manifestacjami opozycji. Koncertowo zespół wypadał świetnie. Markowski był prawdziwym charyzmatycznym frontmanem, który doskonale nawiązywał kontakt z publicznością. Wszyscy śpiewali hity, zmieniając część słów (Chcemy bić ZOMO, Nie bój się tego Jaruzelskiego) – sam mając kilkanaście lat uczestniczyłem w takim koncercie w hali Radoskóru w Radomiu, po którym milicjanci i ZOMO-wcy z pałkami ganiaли wychodzących widzów po całym mieście. Zespół,



aby zarobić, grał tych koncertów bardzo dużo – mimo że płyty sprzedawały się w milionowym nakładzie każda, ówczesne umowy nie przewidywały przełożenia tego na pieniądze dla artystów, a ponieważ niewielkie stawki koncertowe były ustalane odgórnie, trzeba to było rekompensować ilością. Taki tryb życia i pracy oraz dalsze działania operacyjne SB doprowadziły do pojawienia się nieporozumień i tarć wewnątrz grupy, co doprowadziło do zawieszenia działalności w 1983 roku. Dalsze losy zespołu, który działał z przerwami i zmianami składu do 2021 roku były bardzo burzliwe i dość ciekawe muzycznie, ale do sukcesu pierwszych płyt nigdy nie udało się choćby zbliżyć.

W czasie pracy w branży muzycznej i fonograficznej miałem szczęście spotkać się z kilkoma artystami tego zespołu i okazali się oni wybitnymi profesjonalistami i muzykami. Nie mam wątpliwości, że w tym wypadku zaprzestanie wspólnej działalności wydawniczej i koncertowej okazało się dla wszystkich wielką stratą...

Dwie pierwsze płyty – obie doskonałe...

Piosenki niby proste i oczywiste. Klasyczne, rockowe brzmienia gitar, perkusja i wokół, to wszystko już było, ale na pewno nie było kopiowaniem innych grup z Zachodu, co było wadą wielu polskich zespołów wczesnych lat 80. Pomimo upływu lat utwory nadal brzmią świeżo i na pewno obudzą wspomnienia u starszych i ciekawość u młodszych – zespół wypracował swoje unikalne brzmienie niedające się łatwo zaszufladkować. Od rockowych, szybkich gitarowych riffów po piękne kołyszące ballady. Teksty prawie wszystkich wczesnych przebojów Perfectu są autorstwa Bogdana Olewicz. One same zasługiwały na najwyższe laury – proste, chwytliwe, ale też mądre i pobudzające do myślenia oraz innego spojrzenia na otaczającą rzeczywistość. Wielkie hymny pokolenia – „Chcemy być sobą”, „Autobiografia”, „Nie płacz Ewka”, „Niewiele ci mogę dać” to utwory ponadczasowe i po prostu bardzo dobre – warsztatowo i wykonawczo w niczym nie ustępują światowym hitom. To nie tylko wyraz buntu wobec komuny. Piosenki Perfectu to raczej bunt młodego pokolenia wobec zastanej rzeczywistości, nie tylko politycznej, ale też środowiskowej, rodzinnej i społecznej. To będzie zawsze aktualne i dlatego nie traci na aktualności i świeżości. Albumy to mieszanka rocka i ballad, i właśnie w wolniejszych nagraniach najlepiej brzmi gitara Hołdysa i wokół Markowskiego. Ja bardzo lubię niedocenione perełki z tych płyt – fajnie kołyszą-

ce „Wyspa, drzewo zamek” i „Obracam w palcach złoty pieniądz”, nieco przypominające wczesne The Police. Przy obecnych cenach paliw aktualna stała się pulsująca rockowym rytmem „Lokomotywa z ogłoszenia”. Perfect idealnie wypełnił lukę na naszym muzycznym i młodzieżowym rynku tworząc zespół rockowego, inteligentnego buntu pokolenia – bez awangardy punka, alternatywy, która dla większości była zbyt ekstrawagancka. Czy Perfect, gdyby istniał w innym kraju i innym czasie, mógłby zrobić karierę międzynarodową? Ja uważam, że tak – osobowość i talent muzyczny Hołdysa (co udowodnił też potem w swoich innych projektach muzycznych) to ewenement na naszym rynku. Ale sukces był też owocem tego, że pierwsze składy Perfectu były świetnie zgrane muzycznie. Otrząskani w lokalach, klubach i na dancin-gach, które wtedy były podstawą utrzymania muzyków, ponieważ profesjonalny rynek fonograficzny w czasach komuny po prostu nie istniał. Znany i ceniony w środowisku Hołdys zapraszał do wspólnego grania tylko najlepszych. Był apodyktyczny i dużo wymagał od innych i od siebie. Podobno miesiącami po kilka godzin dziennie

ćwiczyli poszczególne utwory dopieszczając każdy szczegół, aby brzmieć tak, jak nazwa zespołu. Czyli tak jak w życiu – talent, ciężka praca, ale też łut szczęścia i sprzyjające okoliczności. Ale spotkanie w życiu zawodowym wybitnych jednostek, które motywują postęp i podnoszenie umiejętności pamięta się latami – gra Zbigniewa Hołdysa w studio i uzyskiwane przez niego brzmienia, a także lekkość i wirtuozeria późniejszego gitarzysty Perfectu (znanego z Brekoutu i Testu) Dariusza Kozakiewicza pokazuje, że i u nas są jednostki wybitne. Nawiązując, jak na początku tego tekstu, do klasyków literatury i u nas są setki „Janków Muzykantów” (mam nadzieję, że wybitny gitarzysta Janek Borysewicz nie weźmie tego do siebie...). Dalej jednak czekamy na kogoś, kto przebijie szklany sufit i da nam prawdziwe, światowe hity...

Historia powoli zatacza koło. W Stodole nadal są koncerty coraz ciekawszych młodych polskich wykonawców. Reaktywowała się też w tym klubie, kultowa kiedyś, giełda płytowa, gdzie znowu królują winyle. Ma po latach przerwy wznowić działalność sklep płytowy Combo na Ochocie, gdzie kiedyś dostałem autografy muzyków Perfectu...

Co do Perfectu – zespół oficjalnie niedawno zakończył działalność, ale na pewno kilkanaście jego przebojów zostanie z nami na zawsze. ■



HISTORIA PSYCHIATRII KRAKOWSKIEJ od Kuchni

JACEK BOMBA

Kugiel Józefa Krzysztofa Gierowskiego

Powiedzmy jasno, że nie jest pewne, czy Krzysztof Gierowski wypiekał kugiel. Jest raczej pewne, że w swoim bogatym życiu zawodowym, a i osobistym, musiał się z nim zetknąć. Zwłaszcza ze względu na jagiellońską proveniencję rodzinną i edukacyjną. Krzysztof używał drugiego imienia, aby nie mylić go z ojcem Józefem Gierowskim, rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego. Stryj zaś, Stefan, to sławny malarz abstrakcjonista.

Krzysztof jest z wykształcenia prawnikiem i psychologiem. W Katedrze Psychiatrii kierowanej przez Adama Szymusika został członkiem zespołu, który zajmował się psychiatrią sądową. Blisko współpracował z Romanem Leśniakiem, Zdzisławem Janem Rynem, Januszem Heitzmanem, Krzysztofem Rutkowskim. Nie może więc dziwić, że podobnie jak oni (z wyjątkiem Romana Leśniaka, który nie zdążył być) został w końcu profesorem nauk medycznych. Jako jedyny w Polsce (a może i na świecie) psycholog i jedyny prawnik, nie będąc lekarzem został kierownikiem uniwersyteckiej katedry psychiatrii. Kierował nią dzielnie i efektywnie przez całe pięć lat (2011-2016).

Jego mentorką w psychologii klinicznej była profesor Maria Susułowska.

Nie przejął jednak jej upodobania dla kulinariów. Można natomiast prześledzić zbieżność w upodobaniach konsumpcyjnych z jego nauczycielem psychiatrii sądowej i sztuki orzekania – Adamem Szymusikiem. W orzecznictwie i opiniowaniu sądowo-psychologicznym dokonał chyba najwięcej. Miał bez wątpienia udział w emancypacji opiniodawczej psychologów. Kontynuował dociekania Karola Spetta nad teoretycznymi podstawami orzekania o znacznym ograniczeniu poczytalności sprawców. Prowadził je wspólnie z innymi badaczami europejskimi i to przed przystąpieniem Rzeczypospolitej do Unii Europejskiej!

Trzeba także pamiętać o wkładzie profesora Gierowskiego w nauczanie studentów medycyny psychologii lekarskiej. Zajął się tym po ustąpieniu z kierowania Zakładem Psychiatrii Społecznej, który prowadził podczas misji dyplomatycznej profesora Ryna w Chile i Boliwii.

Nie wiem, czemu takie bogate (i wydawałoby się nadmiernie zróżnicowane) życie kojarzy mi się z kuglem. Może dlatego, że potrawa wymaga wysiłku? A może dlatego, że może być bardzo odmienna dzięki dodatkom?

KUGIEL

- 1 kg ● ziemniaków
- 2 ● jajka
- 2 szt. ● cebule
- 2 płaskie łyżki ● mąki pszennej
- 3 łyżki ● tłuszczu
- Okolo ½ szklanki ● mleka
- Do smaku ● sól i pieprz



- Ziemniaki, najlepiej stare, obrać i utrzeć na drobnej tarce, odcedzić na sicie.
- Do masy ziemniaczanej dodać tyle mleka, ile odcedziło się soku, jajka i uduszoną na tłuszczu cebulę. Posolić, popieprzyć i dokładnie wymieszać.
- Wybór tłuszczu zależy od upodobań i przekonań religijnych oraz higienicznych. Może to być olej dla wegetarian i zwolenników tłuszczów nienasyconych. Może to być stopiona słonina ze skwarkami, albo wytopiony boczek, albo gęsi smalec, też ze skwarkami, albo bez.
- Formę na babkę (ale niekoniecznie, może to być płaska forma o głębokości 10 cm) wysmarować tłuszczem szczodrze, wlać masę ziemniaczaną i piec w temperaturze 170° C przez pół godziny.
- Jeść na ciepło z kwaśną śmietaną, albo grzybami w śmietanie, albo duszoną wieprzowiną (żeberka!), albo duszoną wołowiną. A w ogóle z czym kto lubi. Wersję wegetariańską można nawet z bitą śmietaną, ale bez wanilii, a lekko osłodzoną i popieprzoną.

NIEZNOŚNA LEKKOŚĆ POWROTU DO NORMALNOŚCI

Kliknąć czy nie kliknąć? Oto jest pytanie! Nie wiedziałam właściwie, w jaki sposób znalazłam się w tej patowej sytuacji. Wszystko zaczęło się niewinnie, od wspomnień na temat starych, dobrych, przed-COVIDowych czasów w znajomym gronie. Od słowa do gestu jakoś dałam się ponieść nieoczekiwanej fantazji.

Oskar Wilde mówił, że zawsze należy przebaczać swoim wrogom, bo nic ich tak nie zdenerwuje. Przebaczyłam więc swoim nędnym żądom i podszeptom moich przyjaciół, które ostatecznie doprowadziły mnie do tej dramatycznej sytuacji. W gruncie rzeczy wiedziałam, że nie mogę się wycofać, zbyt wiele osób mnie obserwowało. Czułam, jak spociły mi się ręce – wystarczy jeden nieostrożny ruch i palec wskazujący podejmie za mnie decyzję sam, klikając. Ale czy na pewno dobrze wszystko zaznaczyłam? Przezorny zawsze ubezpieczony, może mimo wszystko odświeżę stronę raz jeszcze i przejdę całą procedurę od nowa, w końcu nie byłam skupiona tak zupełnie na 100% przez cały czas.

W oczekiwaniu na techniczne niedogodności, które ciągle – jak na złość! – się nie pojawiały, cała zdrętwiałam. Uświadomiłam sobie, że nie odkaziłam myszki po ostatnich zajęciach ze studentami. Niby nie musiałam, nikt ode mnie tego nie wymagał, ruszałam się co najwyżej wokół katedry na sali wykładowej, a i studenci zachowywali rozsądny dystans śpiąc w ostatnich rzędach lub przeglądając Tindera. Trudno się jednak pozbyć przyzwyczajęń, które jeszcze kilka miesięcy temu powodowały, że po dobie na dyżurze wracałam ze skórą rąk jakbym cierpiała na jej atopowe zapalenie. Od marca 2020 r. w bagażniku auta wożę spakowaną walizkę – tak na wszelki wypadek, gdybym musiała zostać w pracy na dłużej z powodu nowego ogniska zakażenia i braku personelu. Tymczasem od jakiegoś czasu środki do dezynfekcji, gdziekolwiek bym nie wchodziła, stoją smutno zakurzone w kącie i nikt już nie zwraca na nie większej uwagi. Klamki nadal dotykane są z odrobiną niedowierzania, ale coraz więcej jest wśród nas tych odważnych. W kinie co prawda zapytano mnie o to, czy byłam szczepiona, ale odpowiedzi udzielać nie musiałam, a w ciemnej zatłoczonej sali wszyscy zachowywali się tak, jakbyśmy się cofnęli w czasie o jakieś 4 lata zdejmując maseczki na początku seansu i delectując się dramatycznie drogim popcornem. Na siłowni o odkazi-

zaniu czegokolwiek też już żaden użytkownik nie pamięta, a w kolejce do kasy na dworcach wróciliśmy do naszego ulubionego sposobu spędzania czasu, czyli chuchania sobie w karki i czytania zza ramienia pisanych przez naszych sąsiadów wiadomości.

Nie każdy jednak czuje się tak komfortowo w tych zupełnie nowych, nieco niejasnych warunkach „półochronnych”. Wiadomości w mediach skupiają się na negatywach, donosząc o wzroście nowych zakażeń związanych z kolejnymi wariantami COVID-19, raportowanej

odporności na działanie szczepionki czy narastających ograniczeniach związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia, a jednocześnie nie informują, co jest bezpieczne, a co nie. Jak należy mówić o powrocie do normalności, kiedy nie jesteśmy pewni co jest tą normalnością i co może nam ją zapewnić? W jaki sposób zrównoważyć konieczną nadal ostrożność ze wspomnieniami życia, podczas którego kupienie biletu na koncert nie kojarzyło się z koniecznością zorganizowania dodatkowej polisy ubezpieczeniowej na życie.

Większość moich znajomych nadal wykonuje pracę w sposób zdalny, część z nich wcale nie śpieszy się do swoich biur w ogromnych otwartych przestrzeniach zagranicznych korporacji. Rozumiem ich doskonale. Odkąd znów mogłam wyjść do restauracji w pełni legalnie, zaczęłam się regularnie spotykać z przyjaciółmi towarzysko (a nie przekazując maseczki z filtrem i dowożąc jedzenie pod próg biedakom w izolacji), podróżować po kraju, świętować urodziny, rocznice i wesela, czuje się dziwnie. Zdarza mi się zrobić krok w tył, gdy z kimś rozmawiam. Zdarza mi się podskoczyć, gdy słyszę niedaleko mnie sympatyczny kaszelek. Zdarza mi się zastanawiać, czy nie lepiej było jednak zostać w domu zamiast widzieć się z bliskimi, a potem martwić się pół nocy, czy przypadkiem nie byłam dla nich zagrożeniem. Ciężko jest zapomnieć trudne obrazy pustych ulic i kolejek karetek pod szpitalem. Z rozmyślań wyrwał mnie radosny szczebiot koleżanki – opisywała wszystkim ze szczegółami plany na nasz wspólny wypad do słonecznej Italii. Sesja wygasła, napięcie opadło, będę musiała zarezerwować bilet lotniczy raz jeszcze. Jednak nie kliknęłam. Na szczęście zbliża się kolejna fala i pewnie znów założymy maseczki w przestrzeni publicznej. Wracamy do normalności. ■

Jak należy mówić o powrocie do normalności, kiedy nie jesteśmy pewni co jest tą normalnością i co może nam ją zapewnić?

DOŚWIADCZENIE

JADWIGA MYRTILUK

BEZPIECZEŃSTWO

Bezpieczeństwo, a właściwie jego brak, to zagadnienie, które od kilku dni zaprząta mój umysł. Ma to związek z bieżącymi wydarzeniami, ale także z przeżyciami, które budują mój codzienny świat. Nie chcę przedstawiać mojej osobistej opinii na temat miejsca i praw kobiet w Polsce, gdyż moje zdanie często pokrywa się z wypowiedziami innych, zdecydowanie bardziej znaczących osób. Natomiast perspektywa, z której patrzę na rzeczywistość jest nie tylko perspektywą kobiety, ale także kobiety chorującej na schizofrenię. Wydaje mi się, że to stwarza drugie dno dla wielu rozgrywających się obecnie sytuacji i mojej wobec nich postawy.

Trudno wyobrazić sobie niebezpieczeństwo własnego umysłu, dopóki się go nie doświadczy. Oczywiście, można przeczytać wiele historii, diagnoz, często szokujących faktów i na tej podstawie budować sobie obraz zaburzonego umysłu i chorób psychicznych w ogóle. Nie wiem do końca, jak to się ma do rzeczywistości. Uważam jednak, że choroba psychiczna burzy najszerzej pojmowane poczucie bezpieczeństwa. W sytuacji, gdy na zewnątrz, czyli w naszym otoczeniu, dzieje się coś, co nas niepokoi, przeraża, wzbudza lęk, możemy spróbować się "uwe wnętrznicić" – zadbać o swoją psychikę. A co, jeśli ona także nie jest bezpiecznym miejscem? Co zrobić, gdy zawodzi nas świat, bo przestajemy postrzegać go tak, jak do tej pory i nie mamy schronienia wewnątrz, bo tam trwa jeszcze większa burza? Jak zachować się czy w ogóle żyć w momencie, gdy nie możemy liczyć na swój umysł? Gdy znane miejsca, osoby, zapachy, a nawet upływ czasu stają się zdeformowane lub kompletnie obce, a mózg nie po-

zwala tego zmienić czy poprawnie interpretować? Gdzie się "schować"? Jak sobie poradzić w chwili ogromnego zwątpienia we wszystkie płaszczyzny życia?

Poczucie bezpieczeństwa w moim przypadku uregulowały leki, ale także hospitalizacja. Nie chcę w tym miejscu opowiadać o niej samej, ale o zamknięciu i wyciszeniu, które były oznaką ratunku. Wcześniej nie wyobrażałam sobie siebie w szpitalu, było to poza moimi możliwościami. Już kilka dni pobytu dało mi jednak poczucie, że to był krok, bez którego już nigdy nie odzyskałabym poczucia sprawczości, kontroli i właśnie bezpieczeństwa. Sama świadomość tego, że jestem leczona, że znajduję się w miejscu, które do tego służy, mimo trudno-

ści w adaptacji przyniosła mi wiele korzyści i jak sądzę, przyspieszyła leczenie i powrót do domu. Wspomniana przez

mnie sprawczość jest wysoko

przeze mnie cenioną warto-

ścią, czasem niezbędną

w moim życiu. W schi-

zofrenii to choroba

ją przejmuję. W mo-

jej historii jest kilka

znaczących punktów.

Moment, w którym

mogłam stwierdzić, że

zaakceptowałam swoją

przypadłość przybliżył

mnie do osiągnięcia

stanu bezpieczeństwa.

Dziś moja perspektywa ewoluuje. Częściej niż kiedyś zastanawiam się nad tym, jak sobie poradzę w przyszłości, w momentach granicznych (czytaj narodziny dziecka). Stawia mnie to w sytuacji, gdy przestaję być jedyną istotą, o którą mogę w pełni zadbać i na którą mam wpływ. To bardzo interesujące przeżycie, które każe mi szukać bezpieczeństwa na nowo. Myślę, że to się nigdy nie skończy i że nie ma w tym nic złego. Otrzymuję szansę na stworzenie dobrego miejsca dla kogoś jeszcze. ■

OD
ŚRODKA

AUTOBUSOWE SUPER-WIZJE

ŁUKASZ ŚWIĘCICKI

O ŚWIĘTYCH
PATRONACH MOICH
WNUKÓWCZYLI WNUCZYLIADY
CZĘŚĆ TRZECIA

[Uwaga redakcyjna – to niestety nie jest budująca opowieść, raczej nie czytajcie tego dzieciom. Właściwie osoby bardziej wrażliwe też chyba powinny poprzestać na przeczytaniu pierwszej części, albo tylko tytułu...]

Pomysł był, jak to często u nas bywa, autorstwa mojej kochanej Żony. I całe to zdanie należy odczytać na poważnie, bez jakiegokolwiek ironii. Żonę moją kocham i pisałem już o tym, jasne więc, że nie o tę część zdania chodzi. Ale również Jej pomysły uważam zasadniczo za wspaniałe!

Dziwić może to, że Ona sama nie bardzo lubi własne pomysły. To znaczy, chyba ich nie lubi w moim wykonaniu...

Do rzeczy. Ponieważ mieliśmy się spotkać całą rodziną, jak zwykle z okazji Wszystkich Świętych, a wspólna wyprawa na Powązki miała się skończyć u nas w domu, powstał problem pod tytułem „A kto się zajmie chłopcami?”. Chodzi o pięciu moich najstarszych wnuków, bo oczywiście wiadomo, że Dziulem zajmie się babunia... A chłopcami ja.

Tylko, zastrzega Anita, ma nie być tak jak ostatnio, czyli:

- a) bez gadania głupot,
- b) bez podejrzanego jakości quizów (chłopcy nie powinni jednak tyle mówić po spotkaniach ze mną, ale nie uczyć ich tego, bo to nieładnie uczyć „zatajania”),
- c) nie wolno oglądać sportu w telewizji (jasne... obejrzymy sobie program publicystyczny). Czyli co ma ostatecznie być?? „Możesz na przykład opowiedzieć im o ich świętych patronach”.

No tak, ja też za dużo gadam, ostatnio przyznałem się, że w dzieciństwie około pięciu razy przeczytałem całą „Złotą legendę” Jakuba de Voragine. Nie czytałem jednak tego dzieła powodowany świątobliwością, a jedynie dlatego, że to była najgrubsza książka, jaką miałem, a ja pasjami przepadam za grubymi książkami. Żeby mi na dłużej starczyło. Ale sam jestem sobie winien – Żona uznała, że święci to mój konik.

Oczywiście, że się zgodziłem. To trudne wyzwanie, a takie lubię najbardziej. Weźcie sobie pięciu rozbrykanych chłopaków i gadajcie im o świętych... Wesołego Alleluja, czyli wszystkiego najlepszego. Mam nadzieję, że to czujecie.

Umiem zebrać ich w jednym pokoju. Nawet dokładnie w jednym punkcie. Leżących jeden na drugim. Oni się potrafią tak kłębić przez jakiś czas. Teraz trzeba dość mocno zacząć.

– Opowiem wam o waszych patronach, zaczynając od Tytusa. Tytus z Krety... Nie Henrysiu, nie Tytus kretyn... nie Tytus, Henry nie powiedział, że jesteś kretyn... Tak, Leon ma rację, na Krecie mieszkają Kreteńczyki... nie Henry, kretyni nie mają jakiegoś stałego miejsca zamieszkania, to znaczy wcale tak nie jest, żeby mieszkali tam gdzie Tytus... nie Tytus, Henio nie mówił, że jesteś kretynem...

No tak. Mogłem pominąć Kretę. Nie jest najważniejsza.

– Ten święty Tytus, był być może pierwszym chrześcijaninem, który nie był obrzezany... No tak. Teraz to już się zrobiło cicho. Z jednej strony to dobrze. No, ale ryzyko jest...

– Dziadku, co to jest „obrzezany”?

No właśnie...

– To taka tradycyjna procedura...

– ???? Dziadku!!!

– No to ogólnie ma związek z siusiakiem... To znaczy, że chodzi o kawałek skóry na siusiaku. No dobrze, po prostu trzeba go obciąć.

– Nie Henry, nie powiedziałem, że Tytus jest kretynem i ma obciętego siusiaka, bo w ogóle święty Tytus



był Kretonem..., tak, Leon masz rację, kreton to materiał, a Tytus był krety... to znaczy był Kreteńczykiem. I, nie, nie miał obciętego siusiaka, bo właśnie święty Paweł... Tak Leon, wiem, że żaden z was nie ma na imię Paweł, i nie Heniu – Tytus nie był z materiału. Materiał to kreton. Proszę cię, nie zaczynaj z tymi kretynami.

- No więc święty Paweł powiedział, żeby Tytusowi nie obcinać. Ale to nie znaczy wcale Heniu, że wszyscy inni mieli obcięte, bo też nie mieli nic obcięte, tylko kawałek skórki. Tak Leon, wiem, że to bez sensu mówić – nic, tylko kawałek. Tak, albo nic, albo kawałek. Ale to był taki kawałek, że tyle co nic.

Czyli Tytusa mamy za sobą.

- W sprawie Henryka to zastanawiałem się, który święty Henryk jest twoim patronem?

Pytasz, kogo masz do wyboru?

- Cesarza Henryka II, syna Henryka Kłótnika. Nie Tytus, nie powiedziałem, że Henryk jest kłótnikiem, tylko, że ojcem Henryka był kłótnik... Nie, nie mówiłem o Przemku. Tak, wiem, że ojciec Henia ma na imię Przemek, ale chodziło mi o Henryka Świętego. Tylko mam z nim taki problem, że nie wiem, czemu on właściwie był święty. Chyba dlatego, że zapłacił za budowę kilku sporych katedr. Tak Heniu, wiem, że twój tata też płacił za budowę, ale z tego powodu nie zostaje się jeszcze świętym. Tak, być może Tytus ma rację, może to dlatego, że wytrzymał z tym kłótnikiem. Znaczący ten Henryk z tamtym Henrykiem Kłótnikiem. Tak, definitywnie, mógł z tego powodu zostać świętym...

- Czy jest ktoś inny do wyboru? No tak, jest Henryk z Uppsali. Co z nim było? Był biskupem. Szedł po zamrażniętym jeziorze i jeden gość go zabił. Czym? Chy-

ba jakimś bojowym toporem. Nie Heniu, nie możesz być tym facetem z toporem, tylko tym drugim, co został zabity...

- Nie, nie wiem, czy się bronił i nie wiem, jaką miał broń. Pewnie się nie bronił, bo był święty. Ale ten, który go zabił obciął mu palec, żeby zdjąć z tego

palca pierścień. Tak Leon, rozumiem, że po odcięciu palca pierścień był dalej na tym palcu. Tak, ten facet też to pewnie rozumiał. Po prostu zabrał palec ze sobą. Tak, przypuszczam, że w kieszeni, raczej nie nosił na widoku. Tak, sądzę, że poplamił sobie spodnie. Nie, nie sądzę, żeby to był jego największy problem. Nie Leon, nie wiem, jakie są potrzebne narzędzia do zdejmowania pierścienia z palca truupa!

Wchodzi Babcia. - Może jednak włączcie telewizor, co?

- Nie babeczko! Dziadunio tak nam fajnie opowiada o świętych!!

- Tak? - Żona uśmiecha się trochę niepewnie w moim kierunku – a co wam mówi?

Już wiecie...

- O SIUSIAKACH!!

Pozostałych świętych zostawiliśmy na następne spotkanie. Co najmniej Antoniego, Leona i Bronisława. O ile dziewczyny nie dołączają...

A tacy katecheci tak mają dzień w dzień! I pewnie nawet nie mogą na zakończenie włączyć telewizora i obejrzeć sobie mecz.

Święci ludzie... ■

ANNA NETREBKO I RESZTA ŚWIATA

SNOBISTYCZNO-PRETENSJONALNY FELIETON GRAFOMAŃSKO-PLOTKARSKI

BOGUSŁAW HABRAT

Noooo! To się nam Anna Netrebko znów wydała za mąż! Gratulujemy! Tym bardziej, że potwierdziła przysłowie, że miłość jest ślepa.

Miało być o Arvo Pärtcie, więc będzie. Jeszcze nie dosłuchaliśmy dobrze płyt wydanych z okazji ćwierćstulecia Pärta, a tu już sypnęło płytami z okazji 85-lecia. Oby tak dalej! Pärt jest najbardziej popularnym klasykiem współczesnym, co wyraża się największą liczbą sprzedawanych płyt.

Aż dziw bierze, że wyprzedził minimalistów, szczególnie Philipa Glassa, Steve'a Reicha i Michaela Nymana. Tym bardziej, że Glass wydaje bardzo dużo muzyki filmowej, podobnie jak Nyman, i często w promocjach. Tymczasem płyty Pärta rzadko się przecenia, dobre wykonania nie schodzą poniżej 60 PLN. Dobre, to znaczy wydawane przez wytwórnię ECM Records. Jest ona częścią Deutsche Grammophon, która z kolei... ECM ma jednak dużą samodzielność, której efektem jest staranność muzycznego i technicznego przygotowania płyt. Warto obejrzeć dvd/BD: „Sound and Silence. Travel with Manfred Eichler” o pracy w ECM. Jest duży fragment o pracy z AP. Jak już jesteśmy przy nośnikach ponaddźwiękowych, to warto przypomnieć parę dvd/BD, które warto mieć. O składance: „24 Preludes for a Fugue” + „St John's Passion” już pisałem, starawe, ale na BD – odnowione. Wyszły też: „Adam's Passion” widowisko baletowe do muzyki Mistrza i „The Lost Paradise”, ale tylko na dvd, więc czekam – może będzie na BD.

Na 85-lecie ECM wydał składankę (2CD): „Musica Selecta”. To klasyka. Kto zamierza budować płytotekę, a ściubi grosza, powinien zacząć od 3-płytowego „Sound of ArvoPärt” (Erato). A kto jeszcze nie zakosztował Mistrza, powinien zacząć od ogólnie dostępnej składanki: „Serenity”. Wciągające! Niezależnie od muzyki, pociągający jest tytuł. Otóż słowo „serenity” jest trudno przekładalne na język polski. O jego znaczeniu przepięknie pisał Jarosław Iwaszkiewicz. Ale kto dziś go jeszcze czyta? Warta polecenie jest płyta: „Tintinabuli” (Gimell). Choćby po to, żeby zapamiętać, że to nazwa kierunku muzycznego, którego Mistrz jest jedynym przedstawicielem.

Zbieranie utworów i wykonania Pärta sprawia dużą frajdę także dlatego, że większość utworów to nie są wielkie formy (tylko 4 symfonie), a i te większe składają się z części, które często funkcjonują samodzielnie. Stąd mnóstwo składanek, w tym wiele z muzyką chó-

ralną. Poza tym utwory Pärta często są częścią składanek, których wspólnym mianownikiem jest duchowość. No i co wybitniejsi wykonawcy muzyki współczesnej w zapisach swoich recitali „muszą” uwzględnić Pärta (Dubeau, Grimaud, Hope, Kremer). No i mnóstwo nagrań pochodzi z małych wytwórni, albo z nieco większych, tyle, że w skali Estonii. Dla zupełnych fanatyków polecane jest zbieranie starych winyli z wytwórni „Melodia”, jako że Estonia była częścią imperium. Jest to o tyle interesujące, że Pärt nagrywano często na składankach z utworami innych awangardowych muzyków ZSRR. Zazwyczaj trzeszczy to niemiłosiernie, ale bywa zaskakujące zarówno jeśli idzie o samą muzykę, jak i fakt tolerowania takich „formalizmów” i „spirytualizmów”. To zresztą interesujące, że np. w Polsce Ryszard Wagner miał chyba zapis cenzury („bo go Hitler lubił”), w ogóle nie było nagrań, na salach koncertowych grywany był rzadko. Tymczasem w latach 70. i 80. ja na potęgę wymieniałem z przyjacielem ze Swierdłowska (hi, Andriej!) nasze płyty ossjanopodobne na przepiękne winyle Melodii z operami Wagnera. Zresztą do dziś nie słyszałem lepszych wykonania uwertur i interludii niż te pod Ewgienijem Mrawińskim.

Na Pärta jeździło się m.in. do Lublina na festiwal „Kody”. Była tam wykonywana polska prapremiera IV Symfonii. Nie wszyscy wiedzą, że ma ona swoją nazwę własną: „Chodorkowski”. Trochę mnie to ruszyło, bo zazwyczaj jestem przeciwnikiem mieszania muzyki z polityką.

Drugi raz ruszyły mnie inne okoliczności związane z muzyką Pärta. Wychodząc wzruszony (pozytywnie) z Filharmonii Warszawskiej, zagadnąłem mgr. I. trochę głupawo: „Ależ Pärt przytłoczył dziś wszystko...” (jak jestem wzruszony muzycznie, to czasami nie wykorzystuję lewej półkuli i plotę takie tam...). Mgr I. popatrzył na mnie pobłażliwie i protekcjonalnie nazwał to „taką to muzyczką filmową”. Tym razem wzruszenie zmieniło bieguny i przez parę lat miałem zamiar nie odpowiadać mgr. I. na ukłony. Tyle, że jakoś nie było okazji dla tego typu ostentacji...

Na dodatek okazało się, że mgr I. miał trochę racji (i jakby nie przesadzał z pobłażliwością, to byłbym w stanie uchylać runda kapelusza, którego nie mam). Otóż: muzykę Arvo Pärta wykorzystano w prawie 80 filmach fabularnych i dokumentalnych. Czyż to nie wspaniałe zacząć kolekcję dvd z takimi filmami?

Na transmisjach z Met zauważono panią dr T. Dlaczego tak późno, Pani Doktor? ■

AGOMELATYNA EGIS (agomelatyna) 25 mg, tabletki powlekane. **Skład jakościowy i ilościowy:** Każda tabletki powlekana zawiera 25 mg agomelatyny. Substancja pomocnicza o znanym działaniu: każda tabletki zawiera 61,8 mg laktozy jednowodnej. Pełny wykaz substancji pomocniczych: patrz punkt 6.1. **Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL). Postać farmaceutyczna:** Tabletki powlekane (tabletki). Pomarańczowozłota, podłużna tabletki powlekana, o długości 9,5 mm i szerokości 5,1 mm, z niebieskim nadrukiem logo firmy – po jednej stronie. **Wskazania do stosowania:** Agomelatyna Egis jest wskazana w leczeniu dużych epizodów depresyjnych u dorosłych. **Dawkowanie i sposób podawania:** **Dawkowanie** Zalecana dawka to 25 mg raz na dobę, zżywana doustnie wieczorem przed snem. Po dwóch tygodniach leczenia, jeżeli nie ma poprawy, dawka może być zwiększona do 50 mg raz na dobę, tj. do dwóch tabletek po 25 mg przyjmowanych przed snem. Decydując o zwiększeniu dawki należy wziąć pod uwagę wyższe ryzyko zwiększenia aktywności aminotransferaz. W każdym przypadku zwiększenie dawki do 50 mg powinno być oparte na ocenie korzyści i ryzyka u konkretnego pacjenta oraz na ścisłym przestrzeganiu monitorowania wyników testów czynnościowych wątroby. U wszystkich pacjentów należy przeprowadzić badania czynności wątroby przed rozpoczęciem leczenia. Nie należy rozpoczynać terapii, jeśli aktywność aminotransferaz w surowicy 3-krotnie przekracza górny zakres normy (patrz punkty 4.3 i 4.4 ChPL). Podczas leczenia należy okresowo monitorować aktywność aminotransferaz: po około trzech tygodniach, po sześciu tygodniach (koniec ostrej fazy), po dwunastu tygodniach i po dwudziestu czterech tygodniach leczenia (koniec fazy podtrzymującej) oraz później, kiedy jest to klinicznie wskazane (patrz także punkt 4.4 ChPL). Terapię należy przerwać, jeśli aktywność aminotransferaz w surowicy 3-krotnie przekracza górny zakres normy (patrz punkty 4.3 i 4.4 ChPL). Zwiększając dawkowanie, należy znowu przeprowadzić badania czynności wątroby z tą samą częstotnością, jak podczas rozpoczęcia leczenia. **Czas trwania leczenia** Aby zapewnić ustąpienie objawów, pacjenci z depresją powinni być leczeni wystarczająco długo, przynajmniej 6 miesięcy. **Zmiana leczenia z leku przeciwdepresyjnego z grupy SSRI/SNRI na leczenie agomelatyną** Po przerwaniu stosowania leku przeciwdepresyjnego z grupy SSRI (ang. *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* – Selektywne Inhibitory Wychwytu Zwrotnego Serotoniny) lub SNRI (ang. *Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors* – Inhibitory Wychwytu Zwrotnego Serotoniny i Noradrenaliny) u pacjentów mogą wystąpić objawy odstawienia. Aby ich uniknąć, należy sprawdzić w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualnie stosowanego produktu leczniczego z grupy SSRI/SNRI, jak należy go odstawiać. Podawanie agomelatyny można rozpocząć od razu w trakcie zmniejszania dawkowania leku z grupy SSRI/SNRI (patrz punkt 5.1 ChPL). **Przerwanie leczenia** Nie jest wymagane stopniowe zmniejszanie dawki podczas przerywania leczenia. **Szczególne grupy pacjentów** **Pacjenci w podeszłym wieku** Ustalono skuteczność i bezpieczeństwo stosowania agomelatyny (25 do 50 mg/dobę) u pacjentów w podeszłym wieku (<75 lat) z depresją. Działanie leku nie jest udokumentowane u pacjentów ≥75 lat. Z tego względu agomelatynę nie należy stosować u pacjentów z tej grupy wiekowej (patrz punkty 4.4 i 5.1 ChPL). Nie wymaga się dostosowania dawki w zależności od wieku (patrz punkt 5.2 ChPL). **Zaburzenie czynności nerek** U pacjentów z ciężkim zaburzeniem czynności nerek nie obserwowano istotnej zmiany parametrów farmakokinetycznych agomelatyny. Jednak dostępne są tylko ograniczone dane kliniczne dotyczące stosowania agomelatyny u chorych na depresję pacjentów z ciężkim lub umiarkowanym zaburzeniem czynności nerek i z dużymi epizodami depresyjnymi. Z tego względu należy zachować ostrożność przepisując agomelatynę tym pacjentom. **Zaburzenie czynności wątroby** Agomelatyna jest przeciwwskazana u pacjentów z zaburzeniem czynności wątroby (patrz punkty 4.3, 4.4 i 5.2 ChPL). **Dzieci i młodzież** Nie określono dotychczas bezpieczeństwa stosowania ani skuteczności agomelatyny dzieci powyżej 2 lat w leczeniu dużych epizodów depresyjnych. Brak dostępnych danych (patrz punkt 4.4 ChPL). Agomelatyna nie ma zastosowania w leczeniu dużych epizodów depresyjnych u dzieci do 2 roku życia. **Sposób podawania** Podanie doustne. Tabletki powlekane mogą być przyjmowane z pokarmem lub bez pokarmu. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w punkcie 6.1 ChPL. Zaburzenia czynności wątroby (tj. marskość lub czynna choroba wątroby) lub aktywność aminotransferaz w surowicy 3-krotnie przekraczająca górny zakres normy (patrz punkty 4.2 i 4.4 ChPL). Jednoczesne stosowanie z silnymi inhibitorami CYP1A2 (np. fluoksamina, cyprofloksacyna) (patrz punkt 4.5 ChPL). **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** **Monitorowanie czynności wątroby** U pacjentów leczonych agomelatyną, po wprowadzeniu leku do obrotu zgłaszano przypadki uszkodzenia wątroby, w tym niewydolność wątroby (wyjątkowo zgłoszono kilka przypadków zakończonych zgonem lub wymagających przeszczepienia wątroby u pacjentów z czynnikami ryzyka uszkodzenia wątroby), zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych powyżej 10-krotnej wartości górnej granicy prawidłowego zakresu, zapalenie wątroby i żółtaczkę (patrz punkt 4.8 ChPL). Większość tych przypadków wystąpiła w pierwszych miesiącach leczenia. Uszkodzenie wątroby następuje głównie na poziomie hepatocytów, przy czym aktywność aminotransferaz w surowicy zwykle powracała do poziomów prawidłowych po przerwaniu stosowania agomelatyny. **Przed rozpoczęciem leczenia należy zachować ostrożność, a przez cały okres terapii uważnie monitorować wszystkich pacjentów, zwłaszcza tych z czynnikami ryzyka uszkodzenia wątroby lub jednocześnie stosujących produkty lecznicze związane z ryzykiem uszkodzenia wątroby.** **Przed rozpoczęciem leczenia** U pacjentów z czynnikami ryzyka uszkodzenia wątroby, np.: - z tyflosją, nadwąga, niealkoholową chorobą stłuszczeniową wątroby, cukrzycą, - z zaburzeniami spowodowanym spożywaniem alkoholu i (lub) spożywających znaczne ilości alkoholu oraz jednocześnie leczonych produktami leczniczymi, których stosowanie niesie ryzyko uszkodzenia wątroby, leczenie agomelatyną można zalecać tylko po uważnym rozważeniu korzyści i ryzyka. U wszystkich pacjentów należy przeprowadzić badania czynności wątroby, a leczenia nie należy rozpoczynać u pacjentów z wartościami AIAT i (lub) AspAT >3-krotnej wartości górnej granicy prawidłowego zakresu (patrz punkt 4.3 ChPL). Należy zachować ostrożność, podając agomelatynę pacjentom, u których przed leczeniem aktywność aminotransferaz była zwiększona (>wartości górnej granicy prawidłowego zakresu i ≤3-krotnej wartości górnej granicy prawidłowego zakresu).

• **Jak często badać czynność wątroby**

- przed rozpoczęciem leczenia, następnie:
- po około 3 tygodniach,
- po około 6 tygodniach (koniec ostrej fazy),
- po około 12 i 24 tygodniach (koniec fazy podtrzymującej)
- oraz później, kiedy jest to klinicznie wskazane.

Zwiększając dawkę należy ponownie przeprowadzić badania czynności wątroby z tą samą częstotnością, jak podczas rozpoczęcia leczenia.

U każdego pacjenta, u którego wystąpi zwiększenie aktywności aminotransferaz w surowicy, należy w ciągu 48 godzin powtórzyć badania czynności wątroby.

W trakcie leczenia Leczenie agomelatyną należy natychmiast przerwać, jeśli:

- u pacjenta wystąpią objawy przedmiotowe lub podmiotowe uszkodzenia wątroby (takie jak ciemno zabarwiony mocz, jasny kał, zażółcenie skóry lub oczu, ból w prawej górnej części brzucha, utrzymujące się i niewyjaśnione zmęczenie),
- aktywność aminotransferaz w surowicy 3-krotnie przekracza górny zakres normy.

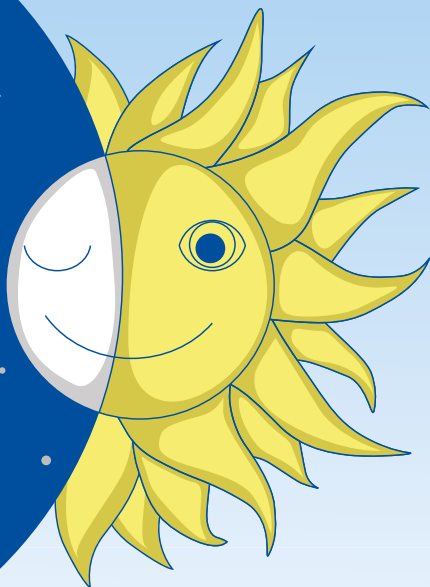
Po przerwaniu leczenia agomelatyną należy powtarzać badania czynności wątroby, dopóki aktywność aminotransferaz w surowicy nie powróci do normy. **Stosowanie u dzieci i młodzieży** Nie zaleca się agomelatyny w leczeniu depresji u pacjentów w wieku poniżej 18 lat, ponieważ nie ustalono bezpieczeństwa ani skuteczności agomelatyny w tej grupie wiekowej. W badaniach klinicznych dzieci i młodzieży leczonych innymi lekami przeciwdepresyjnymi częściej obserwowano zachowania związane z samobójstwem (próby samobójcze i myśli samobójcze) oraz wrogość (głównie agresja, sprzeciw i gniew) niż u pacjentów otrzymujących placebo (patrz punkt 4.2 ChPL). **Pacjenci w podeszłym wieku** Nie udokumentowano działania u pacjentów ≥75 lat, z tego względu agomelatyna nie powinna być stosowana przez pacjentów z tej grupy wiekowej (patrz także punkty 4.2 i 5.1 ChPL). **Stosowanie u pacjentów w podeszłym wieku z opanowaniem** Agomelatyna nie powinna być stosowana w leczeniu dużych epizodów depresyjnych u pacjentów w podeszłym wieku z opanowaniem, ponieważ nie ustalono u nich bezpieczeństwa i skuteczności agomelatyny. **Choroba afektywna dwubiegunowa/mania/hipomania** Agomelatyna powinna być stosowana z ostrożnością u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową, manią lub hipomanią w wywiadzie, a leczenie należy przerwać, jeżeli u pacjenta wystąpią objawy manii (patrz punkt 4.8 ChPL). **Samobójstwo/myśli samobójcze** Depresja jest związana ze zwiększonym ryzykiem myśli samobójczych, samookaleceń i samobójstwa (zdarzenia związane z samobójstwem). Ryzyko utrzymuje się do czasu uzyskania znaczącej remisji. Poprawa może nie wystąpić w ciągu pierwszych tygodni leczenia a nawet dłużej, dlatego pacjentów należy ściśle obserwować, aż do uzyskania znaczącej poprawy. Z doświadczeń klinicznych wynika, że ryzyko samobójstwa może zwiększyć się we wczesnych etapach powrotu do zdrowia. Pacjenci z zachowaniami samobójczymi w wywiadzie lub przejawiający przed rozpoczęciem leczenia znacznego stopnia skłonności samobójcze, należą do grupy zwiększonego ryzyka wystąpienia myśli samobójczych lub prób samobójczych i powinni być uważnie obserwowani podczas leczenia. Metaanaliza kontrolowanych placebo badań klinicznych, dotyczących leków przeciwdepresyjnych stosowanych u dorosłych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi wykazała u pacjentów w wieku poniżej 25 lat zwiększone (w porównaniu z placebo) ryzyko zachowań samobójczych. W trakcie leczenia, zwłaszcza na początku terapii i po zmianach dawki, należy ściśle obserwować pacjentów, szczególnie z grupy wysokiego ryzyka. Pacjentów (oraz ich opiekunów) należy powiadomić o konieczności obserwowania jakiegokolwiek klinicznego pogorszenia stanu, zachowań lub myśli samobójczych i niezwłocznie zgłosić zmiany w zachowaniu oraz natychmiastowego zwrócenia się o poradę lekarską, jeśli te objawy wystąpią. **Jednoczesne leczenie inhibitorami CYP1A2** (patrz punkty 4.3 i 4.5 ChPL). Należy zachować ostrożność, stosując agomelatynę z umiarkowanymi inhibitorami CYP1A2 (np. propranololem, enoksacyną), ponieważ może to powodować zwiększoną ekspozycję na agomelatynę. **Nietolerancja laktozy** Tabletki powlekane zawierają laktozę. Pacjenci z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, brakiem laktozy lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy nie powinni stosować tego produktu leczniczego. **Zawartość sodu** Agomelatyna Egis zawiera mniej niż 1 mmol sodu (23 mg) w tabletkę, co oznacza, że jest w zasadzie „wolny od sodu”. **Działania niepożądane:** **Podsumowanie profilu bezpieczeństwa** Działania niepożądane zazwyczaj były łagodne lub umiarkowane i występowały w pierwszych dwóch tygodniach leczenia. Najczęstszymi działaniami niepożądanymi były: ból głowy, nudności i zawroty głowy. Zazwyczaj były to przemijające działania niepożądane i na ogół nie prowadziły do przerwania leczenia. **Tabulacyjny zestawienie działań niepożądanych** W poniższej tabeli przedstawiono działania niepożądane obserwowane podczas badań klinicznych kontrolowanych placebo oraz kontrolowanych substancją czynną. Działania niepożądane wymieniono poniżej zgodnie z następującą konwencją: bardzo częste (≥1/10); częste (≥1/100 do <1/10); niezbyt częste (≥1/1 000 do <1/100); rzadkie (≥1/10 000 do <1/1 000); bardzo rzadkie (<1/10 000), częstość nieznana (nie może być oceniona na podstawie dostępnych danych). Częstości występowania nie były korygowane względem placebo.

Klasyfikacja układów i narządów	Częstość występowania	Objawy
Zaburzenia psychiczne	Często	Lęk, nietypowe sny*
	Niezbyt często	Myśli lub zachowania samobójcze (patrz punkt 4.4), pobudzenie oraz powiązane objawy* (takie jak drażliwość i niepokój), agresja*, koszmary senne*, mania/hipomania*
	Rzadko	Objawy te mogą być także spowodowane przez chorobę podstawową (patrz punkt 4.4) Stan splątania* Omamy*
Zaburzenia układu nerwowego	Bardzo często	Ból głowy
	Często	Zawroty głowy, senność, bezsenność
	Niezbyt często	Migrena, parestezie, zespół niespokojnych nóg*
Zaburzenia oka	Rzadko	Akatzja*
	Niezbyt często	Niewyraźne widzenie
Zaburzenia ucha i błędnika	Niezbyt często	Szumy uszne*
Zaburzenia żołądka i jelit	Często	Nudności, biegunka, zaparcie, ból brzucha, wymioty*
Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych	Często	Zwiększone wartości AIAT i (lub) AspAT [w badaniach klinicznych wartości >3-krotnej wartości górnej granicy prawidłowego zakresu dla AIAT i (lub) AspAT stwierdzono u 1,2% pacjentów stosujących agomelatynę w dawce 25 mg na dobę oraz u 2,6% pacjentów stosujących dawkę 50 mg na dobę wobec 0,5% po placebo].
	Niezbyt często	Zwiększona aktywność gamma-glutamylotransferazy* (GGT) (>3-krotnej wartości górnej granicy prawidłowego zakresu)
	Rzadko	Zapalenie wątroby, zwiększona aktywność fosfatazy zasadowej* (>3-krotnej wartości górnej granicy prawidłowego zakresu), niewydolność wątroby* (†1), żółtaczka*
Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej	Niezbyt często	Wzmoczone pocenie, egzema, świąd*, pokrzywka*
	Rzadko	Wysypka rumieniowata, obrzęk twarzy i obrzęk naczyńioruchowy*
Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej	Często	Ból pleców
	Niezbyt często	Bóle mięśni
Zaburzenia nerek i dróg moczowych	Rzadko	Zatrzymanie moczu*
Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania	Często	Zmęczenie
	Często	Zwiększenie masy ciała*
Badania diagnostyczne	Często	Zmniejszenie masy ciała**
	Niezbyt często	

* Częstość działań niepożądanych określona w badaniach klinicznych na podstawie spontanicznych raportów.

(†) Wyjątkowo zgłoszono kilka przypadków zakończonych zgonem lub wymagających przeszczepienia wątroby dotyczących pacjentów z czynnikami ryzyka uszkodzenia wątroby.

Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem krajowego systemu zgłaszania - Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, WYROBÓW MEDYCZNYCH I Produktów Biobójczych, al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel. (22) 49 21 301, faks (22) 49 21 309, strona internetowa: <https://smz.ezdrowie.gov.pl>, lub do podmiotu odpowiedzialnego. **Podmiot odpowiedzialny posiadający pozwolenie na dopuszczenie do obrotu:** Egis Pharmaceuticals PLC, Keresztúrt út 30-38, 1106 Budapest, Węgry. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu** 25001, wydane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, WYROBÓW MEDYCZNYCH I Produktów Biobójczych. **Kategoria dostępności:** Produkt leczniczy wydawany na receptę. **Cena urzędowa detaliczna:** 61,80 zł. **Wysokość dopłaty dla pacjenta:** 18,72 zł. Sporządzono 2020-06-28 na podstawie Charakterystyki Produktu Leczniczego zatwierdzonej 2021-03-31, z którą należy się zapoznać przed zastosowaniem leku. Dodatkowych informacji o leku udziela: Egis Polska Sp. z o.o., ul. Komitetu Obrony Robotników 45d, 02-146 Warszawa, tel. 48 22 4179200, fax. 48 22 4179242, www.egis.pl [ostatnia aktualizacja: 11.2021].



AGOMELATYNA EGIS

Uśmiech w słońcu i przez sen,
by po nocy nastał dzień

AGOMELATYNA EGIS 25 mg



=

VALDOXAN 25 mg



- ☒ oryginalny lek generyczny
- ☒ wysoka skuteczność w leczeniu depresji i współistniejących zaburzeń snu
- ☒ wysoka skuteczność w leczeniu depresji i współistniejącej anhedonii
- ☒ pozytywny wpływ na funkcje seksualne
- ☒ wysokie bezpieczeństwo u pacjentów kardiologicznych
- ☒ brak efektu uzależnienia w trakcie terapii
- ☒ brak zespołu odstawienia po zakończeniu leczenia
- ☒ brak wpływu na izoenzymy CYP450
- ☒ raz na dobę, wieczorem przed snem