

DOI: 10.1515/cpp-2016-0014

Sprawozdanie z XIX Konferencji SCHIZOFRENIA FORUM w Warszawie

A report from XIX Schizophrenia Forum Conference in Warsaw

Ewelina Dziwota¹ABDEF, Kamila Dziwota²BD, Marcin Olajossy¹BD

1. II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
2. Katolicki Uniwersytet Lubelski im. Jana Pawła II w Lublinie

Streszczenie

W dniach 10-11 marca w Warszawie, w Centrum Konferencyjnym Muranów, odbyła się Konferencja naukowa „Schizofrenia-Forum”, zorganizowana już po raz dziewiętnasty. W tej edycji szczególną uwagę poświęcono aspektom edukacyjnym, z racji tego, że wśród uczestników Konferencji znajdowała się duża liczba adeptów psychiatrii tudzież lekarzy w trakcie specjalizacji z psychiatrii. Formuła dwudniowej Konferencji oparta na debatach eksperckich w sposób szczególnie oddziaływała na uczestników, toteż Konferencja spotkała się z ogromnym zainteresowaniem, umożliwiła wymianę doświadczeń i refleksji dotyczących problematyki schizofrenii. W Konferencji wzięli udział wybitni naukowcy i klinicyści, jak m.in.: Marek Jarema, Janusz Rybakowski, Andrzej Czernikiewicz, Jerzy Samochowiec, Dominika Dudek i inni, dlatego też pozwoliła ona na wzbogacenie wiedzy dotyczącej diagnozowania i leczenia zaburzeń psychotycznych oraz na prezentację dojrzałego klinicznego myślenia. Organizatorem Konferencji była Fundacja III Kliniki Psychiatrii „Syntonia”, zaś gościem honorowym Peter Falkai – kierownik Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Uniwersytetu Ludwika Maksymiliana w Monachium. Wykład profesora Falkaia nosił tytuł *Schizophrenia treatment guidelines*, był wykładem plenarnym, prowadzonym w języku angielskim, tłumaczonym symultanicznie, był podzielony na części: charakterystyka schizofrenii, wytyczne farmakoterapii schizofrenii, farmakoterapia schizofrenii – stany ostre, farmakoterapia schizofrenii – leczenie długoterminowe, efekty uboczne długoterminowej farmakoterapii i konkluzje. Po dwudniowej Konferencji miały miejsce, cieszące się ogromnym zainteresowaniem, sesje warsztatowe, adresowane do lekarzy w trakcie specjalizacji. Konferencja stała się forum wymiany informacji, myśli i doświadczeń, nieraz intrygujących, inspirujących, nowatorskich ale nigdy nie obojętnych. Na koniec rozdane zostały certyfikaty oraz umożliwiono gościom zwiedzanie wystawy stałej „1000 lat historii Żydów polskich”, Polin, mieszczącej się przy Centrum Konferencyjnym Muranów. XIX Konferencja Schizofrenia Forum 2016 była ciekawym poznawczo wydarzeniem i utrzymała wysoki poziom naukowy i merytoryczny właściwy ważnym wydarzeniom w psychiatrii polskiej.

Słowa kluczowe: psychiatria, schizofrenia

Abstract

On 10-11th March in Warsaw, in the Conference Center Muranow, there was held a scientific conference "Schizophrenia-Forum", organized for the nineteenth time. In this edition, particular attention was paid to educational aspects, by virtue of the fact that among the participants of the Conference there was a large number of young physicians specializing in psychiatry.

The formula of the two-day Conference based on the experts' debates in a particular way affected the participants, so the conference was very interesting, it enabled the exchange of experiences and reflections on the problems of schizophrenia. The conference was attended by leading scientists and clinicians, for example: Marek Jarema, Janusz Rybakowski, Andrzej Czernikiewicz, Jerzy Samochowiec, Dominika Dudek and others, which is why it allowed to enrich the knowledge of the diagnosis and treatment of psychotic disorders and good presentation of mature clinical thinking. The organizer of the Conference was the Foundation III Department of Psychiatry, "Syntonia" and the guest of honor was Dr. Peter Falkai - Head of the Department of Psychiatry and Psychotherapy Ludwig Maximilian University in Munich. The lecture by Professor Falkai entitled *Schizophrenia treatment guidelines*, at a plenary lecture, was presented in English, translated simultaneously, and was divided into parts: the characteristics of schizophrenia, guidelines for pharmacotherapy of schizophrenia, pharmacotherapy of schizophrenia - states of acute pharmacotherapy of schizophrenia - long-term treatment, side effects of long-term pharmacotherapy and conclusions. After a two-day Conference the hugely popular workshop sessions took place. They were addressed to physicians during specialization. All workshop sessions were very popular, as well as the entire conference, which became a forum for the exchange of information, ideas and experiences, sometimes intriguing, inspiring and innovative but never blank. At the end of the Conference the certificates were distributed and there was the opportunity for guests - visiting the permanent exhibition "1000 years of history of Polish Jews," Polin, located at the Conference Centre Muranow. XIX Conference on Schizophrenia Forum 2016 was an interesting event cognitively and it maintained a high level of scientific and substantive jurisdiction important events in Polish psychiatry.

Keywords: psychiatry, schizophrenia

W dniach 10-11 marca w Warszawie, w Centrum Konferencyjnym Muranów, odbyła się Konferencja naukowa „Schizofrenia-Forum”, zorganizowana już po raz dziesiąty.

W tej edycji szczególną uwagę poświęcono aspektom edukacyjnym, z racji tego, że wśród uczestników Konferencji znajdowała się duża liczba adeptów psychiatrii tudzież lekarzy w trakcie specjalizacji z psychiatrii.

Formuła dwudniowej Konferencji oparta na debatach eksperckich w sposób szczególnie oddziaływała na uczestników, toteż Konferencja spotkała się z ogromnym zainteresowaniem, umożliwiła wymianę doświadczeń i refleksji dotyczących problematyki schizofrenii. W Konferencji wzięli udział wybitni naukowcy i klinicyści, dlatego też pozwoliła ona na wzbogacenie wiedzy dotyczącej diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych oraz na prezentację dojrzałego klinicznego myślenia.

Organizatorem Konferencji była Fundacja III Kliniki Psychiatrii „Syntonia”, zaś sponsorami wydarzenia firmy farmaceutyczne Janssen, Sandoz, Lilly, Valeant, Lundbeck, Apotex i Pro.med.pl. Program Konferencji był niezwykle rozbudowany, a wymiar edukacyjny całego wydarzenia podkreślił profesor Marek Jarema otwierając Konferencję.

W pierwszym wykładzie profesor Janusz Rybakowski prezentował nowe poglądy na patogenezę i leczenie objawów negatywnych schizofrenii. W swoim wykładzie przywołał Skalę objawów pozytywnych (SAPS) i Skalę objawów negatywnych (SANS). Skala SANS to 20 itemów oceniających 5 czynników w skali 0-5: spływanie/zblednięcie afektywne, alogia, awolacja/apatia, anhedonia/asocjalność, zaburzenia uwagi. Profesor Rybakowski przywołał neurorozwojowy model schizofrenii, wg Andreasen 1999. Objawy deficytowe wynikają z niedoczynności dopaminergicznej w korze przedczołowej, stąd działanie lecznicze środków o działaniu prodopaminergicznym (bezpośrednim lub pośrednim). Objawy deficytowe schizofrenii czyli objawy ubytkowe, negatywne tj. błądność afektywna, alogia, awolacja, apatia, anhedonia, zubożenie uwagi, zubożenie kontaktów społecznych mają związek z dysfunkcją płata czołowego – niedoczynność dopaminergiczna (D1) i nadczynność serotonergiczną (5HT2). Rolę odgrywa kora przedczołowa w schizofrenii – osłabienie mózgowego przepływu krwi w korze przedczołowej (hipofrontalność). Zaś aktywność kory przedczołowej zależy od układu dopaminergicznego (rec. D1). Zmniejszona aktywność kory przedczołowej oznacza obniżone stężenie N-acetyloasparaginy (NAA) i korelację z nasileniem objawów negatywnych. Profesor Rybakowski w swoim wystąpieniu odwoływał się także do hipotezy serotoninowej schizofrenii oraz prezentował ewolucję instrumentów oceny objawów negatywnych. Pierwsza generacja skal oceny objawów negatywnych to: BPRS, SANS, PANSS, SDS. Druga generacja: Rekomendacja

NIMH-MATRICES Consensus Statement on Negative Symptoms (2006). Wyróżnił skale kliniczne: BNSS i CAINS oraz skalę samooceny jak MAP-SR czy SNS. Przedstawiony został wpływ objawów negatywnych na wynik badań neuroobrazowych, a dokładnie na redukcję objętości kory przedczołowej widoczną w MRI a także na zaburzenia połączeń istoty białej w szlaku czołowo-skroniowo-potylicznym, widoczne w DTI. W dalszej części swojego wystąpienia profesor Rybakowski zaprezentował związki objawów negatywnych z badaniami genetycznymi, dwubiegunową koncepcję dopaminową i leczenie objawów negatywnych schizofrenii, działanie leków przeciwpsychotycznych na objawy negatywne schizofrenii oraz działanie leków przeciwdepresyjnych (add-on) na objawy negatywne schizofrenii. Okazuje się, że dodanie leku przeciwdepresyjnego do leku przeciwpsychotycznego jest skuteczniejsze w leczeniu objawów negatywnych niż sam lek przeciwpsychotyczny.

Dalej miało miejsce wystąpienie gościa honorowego Konferencji, tradycyjnie osoby z zagranicy – profesora dr. Petera Falkaia – kierownika Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Uniwersytetu Ludwika Maksymiliana w Monachium. Profesor dr Peter Falkai jest uznanym autorytetem w zakresie psychiatrii, autorem licznych opracowań naukowych, światowej klasy ekspertem w dziedzinie psychiatrii biologicznej. Do jego licznych obowiązków naukowych doszło ostatnimi czasy kierowanie zespołem ds. opracowania biologicznych markerów schizofrenii, w którym to przedsięwzięciu biorą udział także liczni polscy psychiatry. Wykład profesora Falkaia nosił tytuł Schizophrenia treatment guidelines, był wykładem plenarnym, prowadzonym w języku angielskim, tłumaczonym symultanicznie, był podzielony na części: charakterystyka schizofrenii, wytyczne farmakoterapii schizofrenii, farmakoterapia schizofrenii – stany ostre, farmakoterapia schizofrenii – leczenie długoterminowe, efekty uboczne długoterminowej farmakoterapii i konkluzje. Na wstępie swojego wykładu profesor zaprezentował najważniejsze kliniczne i epidemiologiczne dane dotyczące schizofrenii, kładąc nacisk na prognozę, gdzie w ponad 50% przypadków jest ona zła, tylko 20% pacjentów ma stałą pracę i tylko 30% jest zdolna do utrzymania stałego związku. Dalej przedstawiona została ewolucja leków antypsychotycznych od lat 30. – ECT przez rezerpinę, chlorpromazynę, haloperidol, flufenazynę, tiorydazynę, loxapinę, perfenazynę, kłozapinę, zotepinę, amisulpryd, risperidon, olanzapinę, kwetiapinę, ziprazidon, aripiprazol. Zaprezentowano EUFEST – jako jedno z istotniejszych badań, które spowodowały zmianę w dotychczasowych rekomendacjach leków. Okazuje się, że różnice w efektywności leczenia są o wiele mniejsze niż różnice w tolerancji. Profesor Falkai podjął także zagadnienie lekooporności w schizofrenii, podając definicję treatment-resistant

schizofrenia. TRS może być zdefiniowana jako sytuacja, kiedy znacząca poprawa w obrębie psychopatologii nie może zostać osiągnięta pomimo leczenia dwoma różnymi lekami przeciwpsychotycznymi z dwóch różnych chemicznych klas w rekomendowanych dawkach przez okres leczenia od 2 do 8 tyg. na jeden lek. Profesor zaprezentował poglądy, zgodnie z którymi, u osób ze zdiagnozowaną lekooporną schizofrenią, w nawiązaniu do ostatniej definicji, kłozapina powinna być rozważana jako first-line treatment, należy przy tym monitorować jej stężenie we krwi; powinno ono wynosić 350 ng/ml. Dalej zostały przedstawione liczne diagramy i schematy obrazujące skuteczność długoterminowego leczenia: Oral vs. Depot. W końcowej części swojego wystąpienia profesor Falkai przedstawił skutki uboczne leczenia przeciwpsychotycznego w tym przyrost masy ciała, wobec którego proponuje on interwencje psychosocjalne, przejście na aripiprazol lub zyprazydon, dołączenie do leczenia metforminy lub leczenie topiramatem+olanzapina. Wydaje się, że wytyczne do diagnozowania i leczenia są użyteczne w orientowaniu się klinicystów w określonych warunkach. Niektóre przypadki wymagają jednak traktowania indywidualnego, niezależnego od tych wytycznych. Co więcej The WFSBP Schizophrenia Guidelines skupiają się na diagnozie i leczeniu farmakologicznym tej jednostki chorobowej. Ostre leczenie składa się z wyboru leku przeciwpsychotycznego o profilu najmniejszych działań ubocznych w danej sytuacji, najmniejsza lecznicza dawka, w określonym czasie (np. FE: 1 year; ME: 2-5 years). Leczenie długoterminowe składa się z leczenia lekiem przeciwpsychotycznym z jak najlepszym profilem działań ubocznych w danej sytuacji tak długo, jak to konieczne. Kontynuacja leczenia (preferowane leki typu depot) jest lepszym rozwiązaniem niż przerywane leczenie. Objawy uboczne długoterminowego leczenia powinny być zauważane, uwzględniane i leczone tak wcześnie, jak to możliwe: zespół metaboliczny, przyrost masy ciała, motoryczne działania uboczne, sedacja i dysfunkcje poznawcze. Opcje leczenia przyrostu masy ciała to: zmiana leku przeciwpsychotycznego, dodanie do terapii topiramatu lub metforminy, interwencje psychosocjalne. Wdrażanie w życie wytycznych jest użyteczne, w szczególności w diagnozowaniu i leczeniu tych pacjentów ze schizofrenią z niekorzystnymi wynikami leczenia.

Kolejnym prelegentem pierwszego dnia Konferencji był profesor Andrzej Czernikiewicz. W swoim wystąpieniu przedstawił, co oznacza pacjent dobrze leczony. Zaprezentował definicję zdrowienia oraz remisji – jest to stan, w którym pacjent doświadcza poprawy w zakresie kluczowych objawów choroby w takim stopniu, iż objawy te nie wpływają w sposób istotny na jego zachowanie i są poniżej poziomu koniecznego dla wstępnej diagnozy. W swoim wystąpieniu uwzględnił zoperacjonalizowane

kryteria wyzdrowienia w schizofrenii i poruszył trudny i jakże powszechny problem braku współpracy. Profesor Czernikiewicz wyjaśnia i pokazuje różnice pomiędzy zaburzeniem (ang. impairment), dysfunkcją (ang. dysfunction), niepełnosprawnością (ang. disability) oraz ujemną stroną (ang. disadvantage), rozumianą w tym kontekście jako niezdolność lub upośledzoną zdolność do aktywności typowych dla osób zdrowych, stosownie do ich wieku, płci, zasobów kulturowych czy społecznych.

Następnie wykladał profesor Jerzy Samochowiec, który podsumował skuteczność i tolerancję LAI w praktyce psychiatrycznej. Profesor zwrócił uwagę na problem preferencji leczenia lekiem o przedłużonym działaniu, która, jak się okazuje, zależy od doświadczenia pacjenta z preparatem. Im większe doświadczenie z lekiem w iniekcjach, tym większa akceptacja tej formy terapii. Zaprezentowana została po krótku historia algorytmów LAI. 1998 r. (Kane, Consensus Conference Siena) – „u każdego pacjenta ze schizofrenią, u którego jest wskazane długoterminowe leczenie”. 2004 (American Psychiatric Association) – w przypadku braku współpracy. 2007 (Texas Medication Algorithm) – LAI po każdym zaostrzeniu schizofrenii. 2009 (Nice) – u pacjentów, którzy preferują terapię. 2012 (Kim, Emsley) – po pierwszym epizodzie schizofrenii. 2013 (Kim) – utrzymanie kompetencji społeczno-zawodowych pacjentów. Przytoczono podstawowe warunki, które muszą być spełnione przy wyborze leczenia LAI (za Jarema i wsp. 2015): konieczność stosowania leczenia przeciwpsychotycznego, przewidywany długi okres leczenia, konieczność poprawy współpracy chorego w leczeniu. Leki przeciwpsychotyczne o przedłużonym działaniu LAI – Long Acting Injections – zapewniają w miarę stabilny poziom, lepszą współpracę i tolerancję, aspekty subiektywne: wygoda, uwolnienie od reżimu codziennego przyjmowania leków, zmniejszenie stygmatyzacji, koszty. Nie ma potrzeby, aby ponad 65% receptorów D2 było zajętych na skutek leczenia. Zajęcie receptorów D2 przez leki klasyczne utrzymuje się przez wiele miesięcy, prawdopodobnie możliwe jest wydłużenie okresu między iniekcjami. Dalej zaprezentowane zostały liczne leki przeciwpsychotyczne występujące w postaci depot z zaakcentowaniem korzyści wynikających z ich stosowania. Prezentacja profesora Samochowca nasuwa następujące wnioski o LAI: są one cenną alternatywą terapeutyczną, wskazania do ich stosowania zdecydowanie wykraczają poza grupę chorych niewspółpracujących w leczeniu, a ponadto właściwie opracowany plan terapeutyczny powinien zawierać alternatywę w postaci stosowania LAI.

Następnym punktem programu Konferencji była debata, mająca wielce pouczający i na wskroś edukacyjny charakter, w której udział wzięli profesor Marek Jarema – jako moderator, profesor Dominika Dudek i były mini-

ster zdrowia - Marek Balicki oraz dr n. med. Tomasz Szafrński. Członkowie tej de facto drugiej sesji podczas tego dnia Konferencji omawiali wspólnie zagadnienie kompleksowości leczenia schizofrenii, próbując odpowiedzieć na pytania: czy jest lek na całe zło i po co zajmować się kosztami leczenia oraz wskazującą niedocenione, praktyczne aspekty leczenia. Autorzy debaty odwoływali się niejednokrotnie do sytuacji psychiatrii w Polsce, NPOZP i znaczenia psychiatrii środowiskowej. Konkluzja niniejszej debaty przemawiała do świadomości każdego z uczestników Konferencji – ważny jest wysiłek każdego z nas, aby umacniać pozycję polskiej psychiatrii i zapewnić pacjentowi psychiatrycznemu w pełni profesjonalną i kompleksową terapię.

Na zakończenie pierwszego dnia Konferencji miała miejsce druga debata, pod tytułem „Perspektywa pacjenta, rodziny i terapeuty w leczeniu schizofrenii”, w której uczestniczyli profesor Janusz Heitzman, profesor Bogdan de Barbaro oraz profesor Jacek Wciórka –wieloletni prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Profesor Heitzman podkreślił niedocenianą rolę opiekunów w kreowaniu współpracy z pacjentem psychotycznym. Na 1 pacjenta ze zdiagnozowaną schizofrenią przypada około 10 osób z jego najbliższego otoczenia. Przedstawił dość szczegółowo kim jest opiekun. Rolę głównego opiekuna w większości przypadków sprawują kobiety (78%), średnio w wieku 51 lat. Opiekunem najczęściej jest rodzic (46%), a także partner/partnerka (26%). W większości opiekunowie mieszkają razem z chorym (81%). Większość to osoby pracujące zawodowo (68%). 52% opiekuje się chorym średnio 9 lat, około 34 godziny w tygodniu (85% etatu). Profesor Heitzman zwrócił też uwagę uczestników Konferencji na ciekawe pojęcie presenteeismu – wśród opiekunów obserwuje się wysoki odsetek przypadków nieefektywnej obecności w pracy 30% vs 17,5% w stosunku do osób, które nie opiekują się chorym oraz na problem diagnozy „tzw. zespołu uwikłanego opiekuna schizofrenii”, bowiem opiekun często staje się cichym pacjentem, niemal co 4-ty opiekun wymaga pomocy specjalisty.

Następnym prelegentem był profesor Bogdan de Barbaro, który zwrócił uwagę na fakt, że warunkiem dobrej rozmowy jest optymalna różnica między rozmówcami. Wstępnie mamy trzy perspektywy – pacjenta, rodziny i terapeuty – które są od siebie skrajnie różne. Istotą dobrej terapii jest zmniejszenie owych różnic, dlatego tak ważne jest przejście od chaosu do trialogu: rodzina, pacjent, terapeuta. Zdaniem profesora de Barbaro mamy trzy perspektywy: doświadczenie osobiste pacjenta, doświadczenie relacyjne rodziny i doświadczenie zawodowe terapeuty. Oczami pacjenta odnajdujemy niekiedy chaos, zagrożenie, zamknięcie na innych, oddalenie, co wynika z doświadczenia osobistego, jak również poczucie odrzucenia, warunkowane przez doświadczenie społeczne.

Perspektywa rodziny przesiąknięta jest z kolei bezradnością, krytycyzmem, nadmiernym uwikłaniem, poczuciem winy, odcięciem – co wynika z doświadczenia relacyjnego, zaś wstyd i odrzucenie warunkuje doświadczenie społeczne. Z kolei perspektywa terapeuty zależy od modelu terapeutycznego, od stopnia ortodoksji oraz od instytucji, w której pracuje terapeuta. W relacjach pacjent – rodzina panuje niekiedy klimat walki, rodzina odrzuca, krytykuje, czuje się winna bądź też przejmując nadmierną opiekę, pacjent zaś zdaje się być zależnym a jednocześnie często buntuje się. Okazuje się, że to język tworzy rzeczywistość ale wiedza psychiatry prowadzi niekiedy do poczucia posiadania pewnej władzy, przemoc językowa (psychiatria „klasyczna”) a uzgadnianie języka („postpsychiatria” – podejście oparte na otwartym dialogu). Konieczne jest zatem budowanie trójpzymierza, konsultacji rodzinnych, uwrażliwienie na język rodziny, psychoedukacja, edukacja i interwencje systemowe. Trzy perspektywy: pacjenta, rodziny i terapeuty bardzo różnią się od siebie, co niekiedy prowadzi do walki językowej i w ślad za nią idącego pyrrusowego zwycięstwa, niekiedy zaś konsekwencją różnicy staje się trialog oraz poszukiwanie języka najbardziej użytecznego.

Następnie profesor Wciórka omówił odsłony „poważnego” kryzysu psychicznego, na który składają się perspektywa podmiotowa czyli doświadczenie, perspektywa osobowa – cierpienie, perspektywa społeczna – piętno oraz perspektywa medyczna – choroba.

Ta wspaniała, budująca, wywołująca wiele głębokich refleksji u uczestników Konferencji debata pod hasłem „Przychodzi pacjent do doktora...” okazała się dobrym zwieńczeniem pierwszego dnia Schizofrenia Forum.

W drugi dzień Konferencji podjęte zostały tematy takie jak: różne wymiary w schizofrenii, integracja przez poprawę i aktywizację, lęk w schizofrenii oraz miały miejsce sesje warsztatowe dedykowane wszystkim przybyłym lekarzom rezydentom.

Pierwszym prelegentem tego dnia był dr n. med. Tomasz Szafrński – redaktor naczelny czasopisma „Psychiatra”. W swoim wykładzie pt. „Leki na całe życie? Ramy czasowe a farmakoterapia schizofrenii” zaproponował jak możemy pomagać w zdrowieniu, interwencje oparte na dowodach – optymalne efekty daje połączenie farmakoterapii i interwencji psychospołecznych: radzenie sobie z chorobą (w tym umiejętności, zapobieganie nawrotom, funkcje poznawcze), chronione zatrudnienie (szybkość, stałość, konkretne dostosowane do potrzeb i preferencji), zespoły leczenia środowiskowego (ACT), oddziaływania dla rodzin oraz dla osób z podwójną diagnozą (motywowanie, komunikacja, wsparcie). Szafrński postawił pytanie jak długo powinno trwać leczenie pacjenta po pierwszym epizodzie schizofrenii a następnie przytoczył odpowiedź – 1 rok wg WFSBP Schizophrenia Guidelines acute

treatment „best side-effect profile in a given situation, at the lowest necessary dose”, co najmniej 1-2 lata (Polskie Standardy leczenia farmakologicznego Jarema 2015). Co więcej zostały bardzo przejrzysto zobrazowane poszukiwania psychofizjologicznych i biochemicznych markerów nawrotu: nawrót w modelu podatności i stresu: stres, aktywacja osi HPA, aktywacja układu współczulnego (monitorowanie zmian rezystancji skóry, aktywności elektrodermalnej EDA jako predyktor nawrotu – 2 tygodnie), zwiększenie uwalniania dopaminy, nawrót objawów psychotycznych (poziom cytokin IL-1b, IL-6, TGF). Koszty nawrotu obejmują osobiste koszty pacjenta (np. próby samobójcze, utrata pracy), brzemie rodziny i otoczenia, koszty opieki społecznej (renty, zasiłki, zwolnienia), koszty leczenia (koszty leczenia u chorych z nawrotem są 2-5 razy większe niż u chorych bez nawrotu, koszty nawrotu to nie tylko koszty hospitalizacji, wyższe są koszty leczenia ambulatoryjnego, oddziałów dziennych, opieki środowiskowej, psychoterapii i leków.

Dalej miało miejsce wystąpienie dr. hab. n. med. Michała Lwa-Starowicza, które poświęcone było różnym przejawom aktywności w okresie poprawy u pacjentów ze schizofrenią. Aktywność może być różnorodnie pojmowana jako zawodowa/szkolna, intelektualna, fizyczna, społeczna, seksualna, czas czuwania vs sen. Wszystkie one wpływają na wizerunek, samozadowolenie pacjenta, jego relacje, sytuację społeczno-ekonomiczną i zdrowie. Po zachorowaniu aktywność jest ograniczona przez wiele czynników takich jak: zmęczenie, brak energii, utrata zainteresowań i motywacji, izolacja, lęk, poczucie pustki i osamotnienia, depresja popsychotyczna, nawracające objawy psychotyczne, zmiana rytmu dobowego, utrata pewności siebie, objawy metaboliczne oraz frustracja przy próbach powrotu do „normalnego” życia. Wydaje się, że w leczeniu pacjentów z doświadczeniem psychozy kluczowym zadaniem terapii jest kontrolowanie objawów, umacnianie zdrowienia, prewencja niepełnosprawności. Ważny dla dalszego funkcjonowania pacjenta jest okres: 2-5 lat od pierwszego epizodu psychozy. Następnie Lew-Starowicz zaprezentował program terapeutyczny w swoim oddziale f9 mającym celu wspomaganie aktywności pacjenta. Program ten obejmuje: psychoedukację dla pacjentów, psychoedukację dla ich rodzin, treningi umiejętności społecznych, psychoterapię grupową, ruchowe wzorce rozwojowe, tańce w kręgu (Dance Movement Therapy), grupy spotkaniowe, psychorysunek, zajęcia sportowe i wycieczkę.

Kolejnym prelegentem był dr hab. n. med. Adam Wichniak, który omówił szczegółowo biologiczne oddziaływania w schizofrenii obejmujące aktywność fizyczną oraz nieinwazyjną neuromodulację tDCS/tACS. Co do aktywności fizycznej – sprzyja ona poprawie stanu psychicznego, zwłaszcza redukcji objawów negatywnych

a także zaburzeń poznawczych. Zaleca się 30 minut umiarkowanej aktywności fizycznej przez większość dni w tygodniu (co najmniej 5x/tydzień). Każdy pacjent powinien odbyć co najmniej dwie 30 minutowe sesje umiarkowanego wysiłku tygodniowo. Trening fizyczny w schizofrenii powinien być treningiem grupowym, tj. sprzyjającym interakcjom społecznym. Następnie zostały zaprezentowane metody leczenia poprzez wpływ na czynność bioelektryczną, jako że mózg jest organem elektrochemicznym wśród nich: elektrowstrząsy, przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (rTMS) i przezczaszkowa stymulacja prądem stałym i zmiennym (tDCS/tACS) stosowane w schizofrenii. DCS jest nieinwazyjną, bezbolesną techniką stymulacji, neuromodulacji mózgu, wykonywaną z użyciem prądu stałego (tDCS) lub zmiennego (tACS) o niskim natężeniu do 2 mA. Wyróżnia się dwa rodzaje stymulacji, gdzie anodowa zwiększa, a katodowa zmniejsza pobudliwość tkanki nerwowej. Metoda jest tania, nieinwazyjna, bezbolesna i bezpieczna, łatwa w wykonaniu, dostępne są przenośne aparaty, mająca mało działań niepożądanych jak np. miejscowe podrażnienie skóry. Innym zastosowaniem tDCS/tACS jest rehabilitacja po udarze mózgu, zespoły bólowe, depresja, zaburzenia poznawcze oraz padaczka.

Następna sesja, zatytułowana „Integracja poprzez poprawę i aktywizację” należała do ministra Balickiego, który zobrazował punkt widzenia lekarza-menedżera polityka, uwzględniając zagadnienie kosztów opieki psychiatrycznej i kapitału, prezentując wiele udogodnień czy rozwiązań: profilowane lub referencyjne świadczenia – ośrodki specjalistyczne (ponadlokalne), zmiana funkcji i roli dużych szpitali psychiatrycznych: rola lokalnego CZP, opieka stacjonarna dla sąsiednich CZP (bez oddziału), ponadlokalny ośrodek specjalistyczny, ośrodek psychiatrii sądowej, zwiększenie roli lekarzy rodzinnych (POZ). W swoim wystąpieniu minister odniósł się do przykładu budżetów regionalnych w Niemczech, przykładu Itzehoe, do włoskiej reformy psychiatrii na przykładzie miasta Triest. Budżet regionalny sprzyja deinstytucjonalizacji opieki. Ułatwia on kompleksowość i koordynację usług. Zdaniem Balickiego zmiany powinny być ewolucyjne, uwzględniające regionalne i lokalne zróżnicowanie. Być może należy poprzedzić je pilotażem?

Dalej miała miejsce debata poprowadzona przez prezenterkę TVP – Iwonę Schymallę, pod hasłem „Powrót do życia po psychozie”, w której udział wzięli minister Balicki i przedstawiciele grupy wsparcia osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego TROP. Do dyskusji włączyli się także liczni lekarze – specjaliści psychiatry, dzieląc się na forum swoimi doświadczeniami i efektami wieloletniej praktyki.

Kolejna i jakże ciekawa sesja dotyczyła problemu leku w schizofrenii, który szczegółowo omówili

dr n. med. Wiesław Cudała oraz mgr Kaja Romanowicz. Szacuje się, że 1/3 chorych na schizofrenię cierpi z powodu współwystępujących specyficznych zaburzeń lękowych. Systematyczne badania wskazują na 60% rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w ciągu życia w tej populacji pacjentów. Najczęściej występują fobia społeczna, zaburzenia lękowe uogólnione oraz zaburzenie paniczne, najrzadziej obserwuje się współwystępowanie fobii specyficznych oraz agorafobii. Połowa chorych ze schizofrenią ze współwystępującym zaburzeniem lękowym nie raportuje samodzielnie jego objawów. Objawy lęku mogą być trudne do rozpoznania w schizofrenii, ponieważ objawy pozytywne je maskują, sztywność emocjonalna utrudnia rozpoznanie lęku, zaburzona jest komunikacja z pacjentem, zaś akatyzya może imitować objawy lękowe. Nieliczne badania wskazują na skuteczność wybranych leków przeciwpsychotycznych w leczeniu zaburzeń lękowych w schizofrenii. Są to: aripiprazol (fobia społeczna), risperidon (fobia społeczna), kwetiapina (zaburzenie lękowe z napadami paniki, zaburzenie lękowe uogólnione), olanzapina (zaburzenie lękowe uogólnione), trifluoperazyna – redukcja objawów lękowych. Możliwe jest zastosowanie terapii skojarzonej z dotychczasowym leczeniem przeciwpsychotycznym z użyciem leków stosowanych w terapii zaburzeń lękowych: pregabalina, imipramina, SSRI. Reasumując systematyczne badania wskazują na 60% rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w ciągu życia w populacji pacjentów ze schizofrenią. Najczęściej występują fobia społeczna, zaburzenia lękowe uogólnione, zaburzenie paniczne. Postępowanie wówczas polega na zmianie leczenia neuroleptycznego, dołączeniu benzodiazepin (przez możliwie krótki okres) lub leku przeciwdepresyjnego oraz psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT), psychoedukacja a także zastosowanie pregabaliny celem potencjalizacji działania anksjolitycznego. Badania wskazują, że pregabalina dodana do leczenia przeciwpsychotycznego u chorych na schizofrenię zmniejszała objawy lęku w skali Hamiltona, dochodziło do poprawy objawów pozytywnych i negatywnych PANSS, poprawy objawów depresyjnych w skali Calgary, pozwalała ona też na odstawienie BDZ i zmniejszenie dawki leków przeciwpsychotycznych.

Na zakończenie ostatniej sesji Konferencji Kaja Romanowicz omówiła psychozę jako czynnik stresowy i przedstawiła możliwości jak sobie radzić: prewencja stresu – z poradnika dla pacjenta, techniki radzenia sobie chroniące przed dekompensacją psychotyczną (aktywne zachowanie, poznawcze radzenie sobie, unikanie), rozwiązywanie problemów 7 kroków, strategię radzenia sobie z halucynacjami (technika stopowania, techniki dystrykcji, zagłuszanie głosów muzyką, audiobookiem, techniki koncentracji/wsluchiwanie się w głosy), pracy z urojeniami.

Po Konferencji miały miejsce trzy (jedna do wyboru) sesje warsztatowe, adresowane do lekarzy w trakcie specjalizacji: warsztat A – diagnoza i terapia niepłodności a zdrowie psychiczne i seksualne. Perspektywa ginekologa położnika oraz psychiatry seksuologa; warsztat B – terapia elektrowstrząsowa – wszystko co lekarz praktyk wiedzieć powinien; warsztat C – egzamin z psychiatrii – czego nie znajdziesz w podręczniku. Wszystkie sesje warsztatowe cieszyły się ogromnym zainteresowaniem, podobnie jak cała Konferencja, która stała się forum wymiany informacji, myśli i doświadczeń, nieraz intrygujących, inspirujących, nowatorskich ale nigdy nie obojętnych. Na koniec drugiego dnia Konferencji rozdane zostały certyfikaty z podpisem Kierownika Naukowego Konferencji – profesora Marka Jaremy i umożliwiono wszystkim gościom zwiedzanie wystawy stałej „1000 lat historii Żydów polskich”, Polin, mieszczącej się przy Centrum Konferencyjnym Muranów.

Omówiona XIX Konferencja Schizofrenia Forum 2016 była ciekawym poznawczo wydarzeniem i utrzymała wysoki poziom naukowy i merytoryczny właściwy ważnym wydarzeniom w psychiatrii polskiej.

Conflict of interest

The authors have declared no conflict of interest.

Correspondence address

Ewelina Dziwota
II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej UM Lublin
Ul. Głuska 1
20-439 Lublin
Email: dziwota.e@gmail.com

Otrzymano: 21.03.2016

Zrecenzowano: 30.05.2016

Otrzymano po poprawie: 02.06.2016

Ponownie zrecenzowano: 06.06.2016

Przyjęto do druku: 10.06.2016