

Sprawozdanie

Report

© 2014 Instytut Psychiatrii i Neurologii. Wszelkie prawa zastrzeżone.

MARTA GAWŁOWSKA¹, BARBARA REMBERK²

Sprawozdanie z II Szkoły Neuropsychofarmakologii Dzieci i Młodzieży ECNP (Wenecja, Włochy, 6–11.04.2014)

The report from the ECNP School of Child and Adolescent Neuropsychopharmacology (Venice, Italy, 6–11.04.2014)

1. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowych
2. Instytut Psychiatrii i Neurologii

STRESZCZENIE

Uczestniczki II Szkoły Neuropsychofarmakologii Dzieci i Młodzieży European College of Psychopharmacology (ECNP), które odbyło się w dniach 6–11 kwietnia 2014 roku w Wenecji, przedstawiają podsumowanie prezentowanych tam wykładów. Szkolenie było prowadzone przez wybitnych specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Wystąpienia miały formę wykładów i warsztatów, a koncentrowały się na wykorzystaniu wyników najnowszych badań w praktyce klinicznej.

ABSTRACT

The participants in the Second ECNP School of Child and Adolescent Neuropsychopharmacology, which took place in Venice (6–11.04.2014), present a summary of the lectures given at the school. Some of the leading experts in the field of child and adolescent psychiatry gave lectures and held workshops with a focus on the application of the latest research results in clinical practice.

W dniach 6–11 kwietnia 2014 roku w Wenecji we Włoszech odbyła się druga edycja Szkoły Neuropsychofarmakologii Dzieci i Młodzieży prowadzona przez European College of Neuropsychopharmacology (ECNP). Po raz kolejny głównym gospodarzem tego interesującego spotkania był profesor Alessandro Zuddas – na co dzień kierownik Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu w Cagliari we Włoszech.

Szkolenie odbywało się na niewielkiej, urokliwej weneckiej wysepce – San Servolo – która była także miejscem zakwaterowania uczestników spotkania. Z San Servolo można było w ciągu kilku minut dopłynąć tramwajem wodnym do placu San Marco. Od znajdujących się w centrum Wenecji pokus, które mogłyby utrudnić uczestniczenie w wykładach, oddzielało nas

zatem *jedynie* i *aż* kilkaset metrów wody. Do poprowadzenia wykładów i warsztatów zaproszono wybitnych specjalistów w dziedzinie psychiatrii z: Włoch, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Holandii, Francji, Izraela, Danii, Niemiec i Stanów Zjednoczonych. W trakcie szkolenia odbywały się wykłady oraz warsztaty, w trakcie których przypadki przedstawione przez uczestników były omawiane z ekspertami w danej dziedzinie.

W szkoleniu wzięło udział 50 psychiatrów i psychiatrów dzieci i młodzieży, reprezentujących niemal wszystkie kraje Europy. Z Polski w szkoleniu uczestniczyli: dr n. med. Barbara Remberk – z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz dr n. med. Marta Gawłowska – z Kliniki Psychiatrii Wieków Rozwojowych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

NIEDZIELA 6.04.2014

Wykład otwierający, zatytułowany: *Bridging human and animal neuropsychopharmacological studies of attention deficit disorder* poprowadził profesor Trevor W. Robbins z Wielkiej Brytanii. Prezentujący najnowsze doniesienia z dziedziny neurobiologii i neuropsychologii wykład przybliżył uczestnikom m.in. metodologię badań na modelach zwierzęcych, oceniane eksperymentalnie mechanizmy biologiczne działania leków psychostymulujących, rodzaje testów stosowanych w badaniach fenotypu zaburzeń hiperkinetycznych z deficytem uwagi (ADHD) u ludzi.

Najważniejszy wniosek z powyższego wykładu był następujący: diagnoza ADHD nie jest jednorodna; rozpoznanie to prawdopodobnie obejmuje pacjentów z zaburzeniami w obrębie różnych szlaków neuroprzebiegu, a co za tym idzie – wykazujących zróżnicowaną reakcję na poszczególne grupy stosowanych leków.

PONIEDZIAŁEK 7.04.2014

Pierwszy dzień szkolenia poświęcony był zaburzeniom afektywnym oraz zaburzeniom psychicznym związanym z występowaniem chorób metabolicznych i związanych z chorobami somatycznymi.

Dr Carmen Moreno przedstawiła aktualny stan wiedzy na temat diagnostyki oraz strategii leczenia w chorobie dwubiegunowej (*bipolar disorder*, BD) u dzieci i młodzieży. Prowadząca podkreśliła, że diagnoza BD – w postaciach innych niż BD typu pierwszego, czyli z pełnoobjawowymi epizodami maniakałnymi – jest u dzieci wyjątkowo trudna i powinno się unikać jej stawiania. Równocześnie zwróciła uwagę na konieczność diagnozy różnicowej oraz uwzględniania diagnoz współistniejących przy wyborze strategii leczenia.

Doktor Moreno przedstawiła także najnowsze doniesienia na temat skuteczności stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji (aripiprazolu, ziprazidonu, risperidonu, kwetiapiny, olanzapiny) w leczeniu ostrej manii u adolescentów i dzieci. Przypomniała również, że neuroleptyki o korzystnym profilu działań niepożądanych stanowią także, obok litu i soli kwasu walproinowego, podstawową metodę leczenia podtrzymującego i profilaktyki nawrotów. Niestety, jak wynika z dostępnych badań, nadal brak wiarygodnych dowodów na skuteczność innych grup leków w tych stanach. Brakuje także rzetelnych badań dotyczących strategii leczenia zespołów depresyjnych (rzadko diagnozowanych) oraz leczenia

dzieci z grup ryzyka rozwoju BD. Podkreślono także znaczenie oddziaływań psychoedukacyjnych i terapeutycznych na każdym etapie leczenia.

Kolejny wykład, przedstawiony przez doktora Davida Coghilla z Wielkiej Brytanii, poświęcony był zastosowaniu leków przeciwdepresyjnych w leczeniu zaburzeń depresyjnych i lękowych dzieci. Podsumowując aktualne wytyczne, dr Coghill podkreślił, że farmakoterapia nie powinna stanowić leczenia pierwszego rzutu w wypadku epizodów o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu. Prowadzący zaznaczył, że nie ma wystarczających danych na skuteczność trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych u dzieci i młodzieży i nie powinny one stanowić leczenia z wyboru. Skuteczność inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) w tej grupie również jest ograniczona i zwiększa się wraz z wiekiem pacjentów. Ciekawych wniosków dostarczyły dwa zacytowane przez prowadzącego badania, porównujące skuteczność leczenia farmakologicznego z terapią kombinowaną: farmakoterapia + CBT (*cognitive behavioral therapy*) – TADS (*The Treatment for Adolescents with Depression Study*) i ADAPT (*Antidepressants and Psychotherapy Trial*). Na podstawie aktualnych badań doktor Coghill zaproponował również strategię postępowania w przypadkach lekoopornej depresji.

Część wykładu poświęcona zaburzeniom lękowym pozwoliła na sformułowanie najważniejszych wniosków obejmujących: (1) wskazanie metod niefarmakologicznych jako postępowania z wyboru w grupie dzieci i adolescentów, (2) wybór farmakoterapii w przypadkach, gdy oddziaływania psychologiczne są niedostępne lub okazały się nieskuteczne, (3) ważną rolę wsparcia psychologicznego – nawet gdy główną metodę leczenia stanowi farmakoterapia, (4) stosowanie SSRI jako leczenia I i II rzutu.

W naszym osobistym odczuciu jednym z najbardziej interesujących i mających wpływ na codzienną praktykę kliniczną wykładów była prezentacja profesora Paramala Santosha z Wielkiej Brytanii. Zaprezentował on najważniejsze informacje dotyczące psychopatologii w zaburzeniach metabolicznych i w zaburzeniach psychicznych o podłożu organicznym – koncentrując się przede wszystkim na ważnych zagadnieniach diagnostycznych.

W wykładzie podsumowano i usystematyzowano wiedzę dotyczącą najważniejszych zespołów metabolicznych (m.in. zaburzeń przemian homocysteiny, porfiryn, cyklu mocznikowego), w których przebiegu może dochodzić do manifestacji objawów psychopatologicznych – w tym bardzo często psychoz o nagłym początku.

Profesor Santosh zwrócił uwagę na najważniejsze czynniki predysponujące do wystąpienia objawów oraz precypitujące objawy zaburzeń – takie jak gorączka, podaż pokarmu określonego typu, zabieg operacyjny. Zwrócił także uwagę na szczególne cechy kliniczne zespołów uwarunkowanych przyczynami organicznymi, w tym: lekooporność na tradycyjnie stosowane środki farmakologiczne, multimodalność doznań omamowych czy współistniejące zaburzenia w obrębie innych narządów lub układów.

Ciekawostką kliniczną stanowił także opis doświadczeń profesora ze stosowaniem w grupie pacjentów z uszkodzeniami organicznymi OUN bardzo małych dawek neuroleptyków – z pozytywnym efektem klinicznym. Bardzo interesujący był także opis organizacji systemu opieki nad tą szczególną grupą pacjentów – obejmujący wieloetapową diagnozę i monitorowanie efektów leczenia za pośrednictwem Internetu.

Na zakończenie pierwszego dnia wykładów profesor Eric Taylor z Wielkiej Brytanii oraz profesor Pieter Hoekstra z Holandii przedstawili interesującą debatę na temat: *Czy leczenie farmakologiczne powinno stanowić ostateczność w terapii zaburzeń ze spektrum autyzmu i niepełnosprawności umysłowej?* Mimo silnych argumentów obu stron zgromadzonym w auli wykładowcom i słuchaczom nie udało się ustalić jednoznacznego stanowiska.

WTOREK 8.04.2014

Wykładem rozpoczynającym drugi dzień szkolenia była prezentacja Philippe'a Auby z Francji, poruszająca ważne zagadnienie stosowania środków psychofarmakologicznych w grupie dzieci i adolescentów. Prowadzący podsumował najważniejsze kwestie organizacyjne, etyczne i prawne, które muszą być brane pod uwagę w wieloetapowym procesie wprowadzania na rynek medyczny nowej substancji leczniczej – do zastosowania w tej szczególnej grupie pacjentów. Prezenter podkreślił ogólnoświatowy problem stosowania w grupie dzieci i adolescentów leków – bez potwierdzonych naukowo dowodów na ich bezpieczeństwo i skuteczność. Zwrócił także uwagę na kwestie odrębności tej populacji pod względem farmakokinetyki, reakcji na leczenie oraz trudnych do przewidzenia odległych następstw leczenia.

Kolejny wykład, zaprezentowany przez profesor Emily Simonoff z Wielkiej Brytanii, poświęcony był zastosowaniu interwencji farmakologicznych w terapii zaburzeń ze spektrum autyzmu. W prezentacji podkreślono rolę oddziaływań psychoedukacyjnych, treningu behawioralnego pacjentów, terapii poprzez

zabawę oraz treningu rodzicielskiego jako podstawowych strategii eliminowania niepożądanych zachowań pacjentów. Profesor Simonoff podkreśliła, że farmakoterapia powinna stanowić jedynie część integralnego, multidyscyplinarnego podejścia do leczenia i nie stanowi ona pierwszego rzutu w leczeniu żadnej z domen zaburzeń z tego spektrum. Zgodnie z jej doświadczeniem klinicznym i aktualnymi wytycznymi farmakoterapia powinna być zarezerwowana wyłącznie do leczenia tych problematycznych zachowań, które nie poddają się korekcji poprzez oddziaływania psychoterapeutyczne i modyfikacje środowiskowe. Brak danych na skuteczność farmakoterapii w zwalczaniu objawów osiowych autyzmu czy jej wpływu na rozwój umiejętności życiowych i nie jest ona zgodna z aktualnymi wytycznymi NICE (National Institute of Health and Care Excellence). Zwrócono również uwagę na kwestię dokładnej diagnozy różnicowej z uwzględnieniem bardzo częstej współchorobowości w tej grupie pacjentów, obejmującej diagnozy psychiatryczne i choroby somatyczne. Podkreślono znaczenie jasnego określania celów terapeutycznych, dostosowania metod terapeutycznych do planowanych celów i systematycznego monitorowania efektywności i bezpieczeństwa wprowadzanych strategii postępowania.

Kolejną część wtorkowego szkolenia stanowiło powtórzenie i usystematyzowanie wiedzy statystycznej, niezbędnej podczas analizy dostępnych danych z badań klinicznych. Doktor Andrea Cipriani z Wielkiej Brytanii w przystępny sposób wyjaśnił najważniejsze różnice pomiędzy dostępnymi rodzajami opracowań statystycznych (usystematyzowanymi pracami przeglądowymi, metaanalizami) oraz znaczenie właściwej interpretacji uzyskiwanych danych (m.in. ryzyka względnego i ilorazu szans). Obrazowo przedstawił również możliwości, jakie dają metaanalizy danych poszczególnych pacjentów (*individual patient data meta-analysis*) i coraz częściej stosowane – metaanalizy wielokrotnego leczenia (*multiple treatments meta-analysis*, MTM). Metoda ta pozwala na porównanie skuteczności wszystkich dostępnych metod leczenia danej jednostki oraz porównanie/stopniowanie ich wzajemnej skuteczności – nawet w sytuacji braku badań dokonujących bezpośredniego porównania dwóch wybranych metod.

Ostatni wykład tego dnia, poświęcony suicydologii w grupie adolescentów, przedstawił charyzmatyczny profesor Gil Zalsman z Izraela. Profesor przypomniał najważniejsze dane na temat rozpowszechnienia tego zjawiska – i podkreślił, że samobójstwo stanowi jedną z głównych przyczyn śmierci w grupie adolescentów. Dużo uwagi poświęcił wynikom badań (także wła-

snych) dotyczących czynników ryzyka biologicznego i środowiskowego, czynników wyzwalających i znaków ostrzegawczych, na jakie powinien zwrócić uwagę klinicysta. Bardzo cenne były wskazówki profesora dotyczące strategii postępowania w przypadku pacjentów z grup ryzyka lub po podjętych działaniach samobójczych. Profesor Zalsman przedstawił złożony program postępowania w trakcie hospitalizacji oraz opieki ambulatoryjnej, jaki stosuje we własnej praktyce. Część z zaprezentowanych rozwiązań może stanowić inspirację dla rozwoju systemu opieki nad tą grupą pacjentów w Polsce. Po raz kolejny podkreślono znaczenie psychoterapii oraz oddziaływań środowiskowych jako ważnych elementów terapii zaburzeń depresyjnych w grupie adolescentów. Przytoczono także niezwykle interesujące wyniki badań nad skutecznością nowych metod terapii „interwencyjnej” (ketamina) oraz naukowo potwierdzone dane dotyczące skuteczności oddziaływań psychoterapeutycznych.

Po przedpołudniu pełnym naukowych „wrażeń” resztę dnia spędziliśmy, zwiedzając Wenecję w przeznaczonym do tego czasie wolnym.

ŚRODA 9.04.2014

Dzień rozpoczął się od wykładu profesora Celso Arango dotyczącego farmakologii klinicznej leków przeciwpsychotycznych. Przedstawiane przez profesora podstawowe informacje dotyczące wyboru, farmakokinetyki i zasad stosowania leków przeciwpsychotycznych są często prezentowane w Polsce na kursach specjalizacyjnych. Profesor zwrócił uwagę na niepokojącą tendencję do coraz częstszego stosowania neuroleptyków w grupie pacjentów dziecięcych i młodzieżowych. Profesor Arango przypomniał również najczęstsze zagrożenia związane z powikłaniami leczenia, w tym: otyłość i zespół metaboliczny. Podkreślił, że w związku z tymi zagrożeniami olanzapina nie powinna być stosowana jako lek pierwszego rzutu u młodzieży. Wydaje się, że powyższa zasada nie zawsze jest stosowana w Polsce w praktyce klinicznej.

Następnie profesor Pieter Hoekstra omówił w swoim wykładzie zastosowanie neuroleptyków w terapii zaburzeń niepsychotycznych. Na podstawie aktualnych badań potwierdzono skuteczność risperidonu w leczeniu i zapobieganiu nawrotom destrukcyjnych zaburzeń zachowania, a także w wypadku trudnych zachowań w zaburzeniach ze spektrum autyzmu. W tej drugiej grupie zaburzeń skuteczny wydaje się także aripiprazol.

Omawiając bezpieczeństwo terapii, profesor zwrócił uwagę na szereg metabolicznych i endokrynolo-

gicznych (hiperprolaktynemia) działań niepożądanych leków. Jak pokazują badania, zagrożenie przyrostem masy ciała wiąże się ze stosowaniem wszystkich neuroleptyków – także aripiprazolu, zazwyczaj uważanego za najbezpieczniejszy w tym zakresie. W kwestiach monitorowania terapii profesor zaproponował następujący schemat badań: pomiar masy ciała, ciśnienia krwi, glukozy i ocena lipidogramu przed włączeniem leku, po 6 i 12 tygodniach, a następnie co rok. Ponadto przed zastosowaniem leczenia zaleca się zebrać wywiad dotyczący ogólnego stanu zdrowia, a także przed i w trakcie leczenia omówić zagadnienia związane ze zdrowym stylem życia.

Kolejny wykład dotyczył interwencji farmakologicznych w zaburzeniu obsesyjno-kompulsywnym. Zagadnienie to przedstawił profesor Per Hove Tomsen z Danii. W leczeniu zaburzeń z tego kręgu zalecane są leki z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i terapia behawioralno-poznawcza. Najnowsze badania sugerują, że terapia behawioralno-poznawcza może być bardziej skuteczna niż farmakoterapia, najbardziej efektywne zaś wydają się oddziaływania skojarzone. Przy dobrej reakcji na leczenie profesor zalecał powolną (w ciągu 3–6 miesięcy) redukcję dawki po roku utrzymywania się stabilnej poprawy. Przy braku zadowalającej reakcji na leki z grupy SSRI sugerował zastosowanie klomipraminy lub augmentację leczenia poprzez dołączenie risperidonu (0,5–2 mg) albo aripiprazolu (1–20 mg).

CZWARTEK 10.04.2014

Kolejne dwa wykłady: profesora Alessandra Zuddasa i profesora Erica Taylora były poświęcone zagadnieniu zaburzeń hiperkinetycznych z deficytem uwagi – ADHD. Profesor Zuddas omówił zmiany wprowadzone w klasyfikacji DSM-5, które umożliwiają bardziej precyzyjną diagnozę ADHD u pacjentów nastoletnich i dorosłych. Zaburzenie to obecnie jest klasyfikowane jako jedno z zaburzeń neurorozwojowych, nie zaś – jak poprzednio – wspólnie z zaburzeniami zachowania. Profesor Zuddas starał się przybliżyć uczestnikom mechanizmy neuronalne działania leków za pomocą pięknych, kolorowych slajdów – przy czym, choć podane w tak przystępnej formie, nadal wymagały dużego skupienia. Skuteczność farmakoterapii w ADHD jest potwierdzona wieloma badaniami. Z kolei spośród szeregu tradycyjnie zalecanych interwencji nefarmakologicznych (dieta, kwasy tłuszczowe, neurofeedback itp.) dla żadnej z nich nie potwierdzono skuteczności wobec osio-



Uczestnicy II Szkoły Neuropsychofarmakologii Dzieci i Młodzieży ECNP w Wenecji

wych objawów ADHD. Nie wyklucza to jednak ich korzystnego działania na problemy współistniejące i styl rodzicielstwa.

Profesor Eric Taylor mówił o praktycznych aspektach leczenia ADHD. Krótko zostało omówione różnicowanie tych zaburzeń. W diagnozie różnicowej należy uwzględnić: po pierwsze – innego typu problemy behawioralne, takie jak bezsenność, zaburzenia opozycyjne czy napady złości; po drugie – inne zaburzenia związane z nadaktywnością (stereotypie, zespół Tourette'a, pobudzenie, katatonie czy mania); po trzecie – inne przyczyny zaburzeń uwagi, takie jak niepełnosprawność intelektualna albo specyficzne trudności szkolne; po czwarte wreszcie – inne zaburzenia z cechami odhamowania, w tym: zaburzenia więzi, zespół czołowy czy cechy autystyczne. W podobny sposób zostały omówione zasady leczenia i miejsce farmakoterapii, która – jak podkreślono – jest tylko jedną z możliwych form oddziaływania. Lekami zarejestrowanym na świecie są metylfenidat, deksamfetamina, atomoksetyna, lisdeksamfetamina i guanfacyna. Spośród leków niezarejestrowanych, lecz o skuteczności potwierdzonej w badaniach, wymienia się imipraminę, klonidynę, bupropion, mieszane sole amfetaminy oraz kilka preparatów, których toksyczność ogranicza ich stosowanie w praktyce klinicznej. Natomiast brakuje jednoznacznych dowodów na skuteczność stosowanych w leczeniu tego zaburzenia moklobemidu, wenlafaksyny i risperidonu. Krótko podsumowano kluczowe zalecenia National Institute of Health and Care Excellence (NICE) dotyczące ADHD: zaburzenie to powinno być diagnozowane i leczone; potrzeba ośrodków obejmujących opieką dorosłych z ADHD;

w przypadku ADHD u dzieci postępowaniem z wyboru zazwyczaj jest trening umiejętności rodzicielskich; przy nasilonych objawach od razu można włączyć leki; lekiem pierwszego rzutu zazwyczaj jest metylfenidat; nauczyciele powinni korzystać z behawioralnych metod ułatwiających dziecku funkcjonowanie w szkole.

Po południu profesor Tobias Banaschewski z Niemiec omówił zaburzenia regulacji emocji. Profesor podkreślił, że zaburzenia regulacji emocji mogą występować u pacjentów, u których na plan pierwszy wysuwa się inna diagnoza – na przykład impulsywność i łatwość wpadania w złość są wspólnym obszarem problemowym dla ADHD i zaburzeń zachowania. Poszukiwano również związku pomiędzy nasilonymi zaburzeniami emocji z towarzyszącą nadruchliwością i łatwością rozpraszania się a epizodami maniakalnymi wieku dziecięcego. Pierwotna hipoteza, że poważne zaburzenia regulacji nastroju (*severe mood dysregulation*, SMD) są w swojej istocie podtypem choroby afektywnej dwubiegunowej, jak dotąd nie znalazła potwierdzenia w badaniach podłużnych i rodzinnych.

PIĄTEK 11.04.2014

Ostatni dzień rozpoczął się wykładem doktora Petera Karolyiego, który przedstawił zasady European Union Pediatric Regulation dotyczące rozwoju i rejestracji leków dla populacji pediatrycznej. Większość leków w tej grupie wiekowej jest stosowana poza rejestracją ze względu na brak odpowiednich badań. Podstawowym celem wprowadzenia tej zasady praw-

nej jest zaindukowanie wysokiej jakości badań dotyczących wprowadzenia leków w populacji dziecięcej bez opóźnienia procesu rejestracyjnego dotyczącego dorosłych. Regulacje dotyczą nie tylko nowo wprowadzanych preparatów. Producenci leków już dostępnych na rynku również – z pewnymi wyjątkami – są zobowiązani przedstawić European Medical Agency (EMA) plan badań w populacji dziecięcej.

Następnie Profesor Gabrielle Masi omówił problematykę leczenia zespołu Tourette'a. Zwrócił uwagę na współchorobowość, która jest częstym problemem w tym zespole. Współistniejące zaburzenia to często ADHD, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia nastroju i różnego typu trudności poznawcze. Profesor przypomniał także, że jednym z czynników przyczynowych wystąpienia zespołu Tourette'a mogą być czynniki autoimmunologiczne – zespół Tourette'a może być jedną z form *pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infection* (PANDAS). Omawiając leczenie, profesor zwrócił uwagę, że w większości przypadków łagodnych tików psychoedukacja i postawa wyczekująca są wystarczającą metodą postępowania. Kolejną możliwością są interwencje behawioralne i dopiero kolejnym krokiem może być decyzja o włączeniu farmakoterapii. Warto pamiętać, że leki przynoszą poprawę objawową, brakuje jednak dowodów na to, że farmakoterapia wpływa na częstość remisji i ogólny przebieg choroby. Mimo braku formalnej rejestracji za leki pierwszego rzutu uważa się risperi-

don, aripiprazol, pimozyd i ewentualnie haloperidol. Jako leki drugiego rzutu profesor wymienił preparaty noradrenergiczne, takie jak klonidyna, guanfacyna czy też atomoksetyna, oraz kolejne leki przeciwpsychotyczne, takie jak zisprason i olanzapina. Leki trzeciego rzutu to benzamidy, flufenazyne czy metoklopramid i wreszcie w przypadkach opornych na leczenie – w szczególnych sytuacjach można rozważyć zastosowanie takich preparatów, jak tetrabenazyne, topiramid lub nalokson.

W ostatnim wykładzie Profesor Dave Coghill omówił zasady przygotowania dobrej prezentacji, motywując uczestników do dalszego dzielenia się uzyskaną wiedzą.

PODSUMOWANIE

Celem spotkania w Wenecji było nie tylko przekazanie wiedzy, lecz także budowanie kontaktów pomiędzy młodymi naukowcami i praktykami z całej Europy. Cel ten organizacja ECNP realizuje między innymi poprzez organizację corocznych szkół psychofarmakologii i warsztatów dla młodych naukowców. Ponadto na utrzymujących bardzo wysoki poziom naukowy kongresach ECNP młodzi naukowcy (poniżej 40. roku życia) prezentujący postery są zwolnieni z opłaty konferencyjnej.

Informacje na temat działania organizacji ECNP dostępne są na stronie www.ecnp.eu.

Autor do korespondencji:

Marta Gawłowska

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego
ul. Marszałkowska 24, 00-576 Warszawa, Poland
