

PSYCHOTERAPIA 8-LETNIEGO CHŁOPCA Z CIĘŻKIMI NAWYKOWYMI ZAPARCAMI

PSYCHOTHERAPY OF AN 8-YEARS OLD BOY WITH SEVERE HABITUAL CONSTIPATIONS

Ośrodek Pomocy Dzieciom i Rodzinie w Rudzie Śląskiej
Kierownik: mgr Regina Krzysteczko

Autorka przedstawia proces współpracy zespołu specjalistów, zaangażowanych do zrealizowania pracy z systemem rodzinnym, w którym wystąpił problem zdrowotny, objawiający się nawykowymi przewlekłymi zaparciami u 8-letniego dziecka. Wieloaspektowość oddziaływania w zakresie pracy z systemem rodzinnym, uwzględnianie podejścia holistycznego i inne czynniki, brane pod uwagę w procesie psychoterapii, spowodowały korzystną zmianę.

child psychotherapy habitual constipations

Summary: In this article the author describes the process of psychotherapy of an 8-year-old boy with severe habitual constipations. The treatment consisted of working both with the boy and the parents. The author presents the mechanism of a vicious circle that used to function in the family, where fear and concentration on the symptom itself were causing even bigger stress connected with the subject, resulting in sustaining of the symptom, or even intensifying it. Significant in the process of understanding the symptom were issues of control and anger. Owing to the work with the system it was possible to make a change in the family, to cause the symptom to resign and to improve the emotional and social functioning of the child.

Wstęp

Celem tego artykułu jest opis przeprowadzonej psychoterapii chłopca z ciężkimi nawykowymi zaparciami. Nie była to jednak psychoterapia indywidualna dziecka, ale praca z systemem rodzinnym.

Opis przypadku *Zgłaszany problem*

We wrześniu 2006 r. do ośrodka zgłosili się państwo D.* w związku z problemami zdrowotnymi swojego 8-letniego syna Marka. Podali, że ich syn ma zdiagnozowane zaparcia nawykowe. Definicje zaparcia są różne, jednak panuje powszechna zgoda, że jeśli chory oddaje stolec rzadziej niż co 3 dni, to niewątpliwie mamy do czynienia z zaparciem [1], natomiast zaparcia nawykowe powstają na skutek powtarzanego, świadomego powstrzymywania się od oddawania stolca (defekacji). Jest to jeden z najczęstszych mechanizmów powstawania przewlekłych zaparć u dzieci.

Podczas zbierania informacji dotyczących chłopca okazało się, że miał on problemy z zaparciami od samego urodzenia. Jednak, jak twierdzili rodzice, były one w „granicach normy”, tzn., że po wypiciu np. herbatki dziecko się wypróżniało.

* dane pacjentów zostały zmienione

Kiedy Marek miał 4 lata, nastąpiło nasilenie zaparć — nie wypróżniał się nawet przez 14 dni. Rodzice zgłosili się do lekarza, do poradni gastrologicznej. Gdy chłopiec miał 6 lat, był pierwszy raz hospitalizowany.

Warto dodać, że zaparcia nie były jedynymi schorzeniami u dziecka — zdarzało mu się moczenie nocne (wtórne), brudzenie bielizny, miał astmę oskrzelową (leczony w poradni alergologicznej), koślawe pięty (leczony w poradni rehabilitacyjnej), wadę wzroku (leczony w poradni okulistycznej). Ponadto, podczas hospitalizacji (6. r.ż.) stwierdzono opóźnienie wieku kostnego na poziomie 3,5. r.ż. W związku z zaburzeniami wzrostu był leczony w poradni endokrynologicznej.

Podczas pobytu dziecka w szpitalu wykonano wiele badań. W badaniu radiologicznym stwierdzono wydłużenie esicy z obecnością dodatkowej pętli jelitowej. Manometryczne badanie odbytu pozwoliło z dużym prawdopodobieństwem na wykluczenie choroby Hirschsprunga. Wykluczono również zakażenie oraz wadę układu moczowego.

W leczeniu przewlekłych zaparć stosowano dietę, leki przeczyszczające oraz poprawiające perystaltykę przewodu pokarmowego. Mimo stosowanych metod, uzyskano jedynie ustąpienie problemu brudzenia bielizny, bez odzyskania prawidłowego odruchu defekacyjnego (chłopiec wymagał podawania wlewk doodbytniczych).

Marek został wypisany ze szpitala, jednak po 2 miesiącach znów tam wrócił. Podejrzewając zaburzenia unerwienia jelita grubego, podjęto decyzję o wykonaniu rektoskopii z pobraniem głębokiego wycinka błony śluzowej. Ze względu na zbyt powierzchownie pobrany wycinek nie udało się dokonać oceny unerwienia. Po konsultacji chirurgicznej oraz wobec braku poprawy po stosowanym dotychczas leczeniu, chłopca zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego, który wykonano w marcu 2005 r. W trakcie zabiegu stwierdzono znacznie wydłużoną esicę i zstępicę. Ściana jelita była pogrubiała, atoniczna. Uwolniono esicę i zstępicę do wysokości zagięcia śledzionowego. Następnie dokonując cięcia nad spojeniem łonowym, otwarto jamę otrzewnej, wyłoniono uprzednio przygotowane do resekcji jelito i zespolono je 2-warstwowo.

Miesiąc po zabiegu objawy powróciły. Chłopiec, po 3 miesiącach, ponownie został skierowany do szpitala. Zaczęto podejrzewać dysplazję neuronalną. W związku z ww. podejrzeniem oraz brakiem możliwości diagnostycznych przekazano dziecko do innej kliniki, gdzie wykluczono jelitową dysplazję neuronalną. Diagnoza brzmiała: zaparcia nawykowe o ciężkim przebiegu. Zdecydowano o utrzymaniu leczenia farmakologicznego przez kolejne 2 miesiące i po tym okresie podjęto decyzję o usunięciu jelita grubego z pozostawieniem krótkiego odcinka w okolicy jelita cienkiego. Jednym z zaleceń były wlewki doodbytnicze regularnie co 5 dni, jako sposób na wypróżnianie się dziecka.

Państwo D. nie zdecydowali się na poddanie syna operacji. Po roku od postawienia powyższej diagnozy zgłosili się na konsultację psychologiczną. Zostali skierowani przez pediatrę.

Z wywiadu z rodzicami wynikało, że Marek był dzieckiem bardzo ostrożnym i lękowym. Bał się podejmować jakiejkolwiek czynności, które mogłyby doprowadzić do uszkodzenia ciała. Nie jeździł na rowerze, na sankach. Gdy miał 4 lata spadł z roweru i od tego momentu nie chciał na nim jeździć. Nie pozwalał nikomu dotknąć swojego brzucha ani myć rodzicom swego ciała. Podczas zbierania danych dotyczących rodziny uzyskałam

informacje o jej strukturze: ojciec Jacek (lat 31), matka Marianna (lat 30), starsza córka Aleksandra (lat 9), syn Marek (lat 8), młodsza córka Roksana (7 miesięcy).

Diagnoza psychologiczna i podjęte interwencje terapeutyczne

Zarówno z obserwacji, jak i zastosowanych metod diagnostycznych („Drzewo”, „Rysunek Rodziny”, Test Stosunków Rodzinnych, Test Barwnych Piramid) wynikało, że Marek jest dzieckiem introwertycznym, o wysokim poziomie lęku, bardzo spokojnym, małymównym, ze sztywnymi granicami, po wielu traumach, szczególnie dotyczących sfery somatycznej. Metody projekcyjne wskazywały, że pomiędzy 2. a 4. rokiem życia nastąpiło jakieś traumatyczne przeżycie. Chłopiec zahamowany, tłumiący emocje, pełen niepokoju, przeciążony, miał podwyższony wskaźnik Selga (informacja z Testu Barwnych Piramid) [2] sugerujący zachowania agresywne (agresja kierowana zarówno na siebie, jak i na otoczenie). Rodzice podali, że chłopiec potrafi złościć się na nich. Dzieje się tak w sytuacji, kiedy nie spełniają jego żądań. Wtedy zaczyna przeraźliwie piszczeć. Rezygnuje z takiego zachowania, gdy rodzice przestają na niego zwracać uwagę. Z wywiadu z rodzicami wynikało, że w rodzinie ojca jest dziecko, które ma objawy podobne do objawów Marka, jednak reakcja rodziny jest diametralnie różna. Jak twierdzi pan Jacek „nikt się tym nie przejmuje i nie jest to dla nich problem”. To stwierdzenie wydawało się bardzo istotne w rozumieniu problemu rodziny. Być może zbyt duża koncentracja na objawie jeszcze bardziej go wzmacniała.

Z analizy metod projekcyjnych wynikało, że chłopiec mógł się czuć mało akceptowany w rodzinie. W stosunku do rodziców wykazywał bardzo małe zaangażowanie emocjonalne, do swojej starszej siostry kierował głównie emocje negatywne (być może częściowo przeniesione z rodziców?), tylko najmłodszą siostrę traktował w sposób szczególnie, obdarzał ciepłymi, pozytywnymi uczuciami.

Na pierwszym spotkaniu, które trwało ok. godziny, chłopiec odezwał się 4 razy — były to pojedyncze wyrazy. Porozumiewał się niewerbalnie, kiwając głową. Na pytanie, czy wie, dlaczego przyszedł do psychologa, pokiwał głową, że tak. Wtedy też pojawiło się zawstydzenie i łzy w oczach. Po pierwszym spotkaniu najistotniejsze wydawało się nawiązanie kontaktu z dzieckiem. Po 5 spotkaniach chłopiec wyraźnie się oswoił — coraz więcej mówił, uśmiechał się, podejmował decyzje w co się chce bawić, a w co nie (był w stanie odmówić psychologowi). Czasem można było też dostrzec „drugą stronę Marka” — aktywną, odważną i pełną energii. Na ostatnim spotkaniu diagnostycznym pozwolił sobie na zabawę autami. Najpierw samochody jeździły bardzo spokojnie, potem coraz szybciej, w efekcie zaczęły się zderzać, powodować stłuczki i wypadki. Podczas tej zabawy widoczna była duża zmiana w zachowaniu chłopca w porównaniu z pierwszym spotkaniem. Zarówno dzięki tej zabawie, jak i innym, proponowanym na kolejnych sesjach, dziecko miało możliwość na wyrażenie swoich emocji.

Hipotezy

Powszechnie wiadomo, że związane z lękiem skoncentrowanie się na objawie może w znacznym stopniu pogorszyć jego subiektywne odczuwanie, powodując nasilenie się niepokoju i jeszcze większe skupienie się na objawie. Jeżeli taki lęk i objawy są udziałem

dziecka, to mogą również u rodziców powodować uczucie bezradności i przerażenia. Dziecko, widząc, jak rodzice to przeżywają, samo jeszcze bardziej się niepokoi. Pojawia się mechanizm błędnego koła. Niestety, czasem sami lekarze dają się wciągnąć w ten mechanizm, zlecając kolejne, coraz bardziej skomplikowane, specjalistyczne konsultacje i badania, co upewnia rodzinę, że dziecku rzeczywiście dolega coś poważnego [3].

W tym momencie warto również sięgnąć do teorii psychoanalitycznych, a w szczególności do opisów fazy analnej. Dziecko między pierwszym a drugim rokiem życia osiąga zdolność kontrolowania zwieraczy. Jego uwaga zaczyna koncentrować się na tej sferze. Jednocześnie towarzyszy temu zmiana w postawie rodziców, którzy stawiają dziecku pierwsze wymagania. Czynności związane z wydalaniem, a jednocześnie z możliwością powstrzymywania się od tego, zaczynają być dla dziecka ekscytujące. Uczy się ono kontroli, nabiera poczucia własnej mocy. W tym okresie zarówno złość, jak i przyjemność dziecka wyrażają się w procesie defekacji lub powstrzymywania się od niej. Pojawiają się zarówno pierwsze oznaki oporu przeciw dyscyplinie rodziców, jak i posłuszeństwa w obawie przed ich niezadowoleniem. Tendencje agresywne znajdują swoje ujście w niszczeniu, czyli defekacji, i — na nieco późniejszym etapie rozwoju — w kontroli, czyli powstrzymywaniu się [4].

W rodzinie Marka bardzo widoczne było związane z lękiem skoncentrowanie na objawie, które zarówno u chłopca, jak i u jego rodziców nasilało niepokój, a przez to jeszcze bardziej wzmacniało objaw. Ponadto rodzice, chcąc pomóc synowi, przejęli pełną kontrolę nad jego funkcjonowaniem, a przede wszystkim wypróżnianiem się. To mogło powodować u dziecka złość i potęgowało zaparcia. Po wstępnej diagnozie wyznaczono cele psychoterapii. Praca z dzieckiem koncentrowała się na:

- zwiększaniu poczucia bezpieczeństwa i zaufania, co w efekcie miałyby zaowocować większą otwartością chłopca,
- obniżaniu poziomu lęku,
- odreagowaniu nagromadzonych, tłumionych uczuć,
- dostrzeganiu sygnałów płynących z ciała i reagowaniu na nie,
- przejęciu przez dziecko kontroli — oczywiście nie tylko kontroli nad wydalaniem, ale i większej kontroli nad decyzjami i zachowaniami.

Dążąc do osiągnięcia powyższych celów stosowano takie metody, jak: bajki terapeutyczne, zabawy terapeutyczne, rozmowę kierowaną oraz kalendarzyk wypróżnień prowadzony przez dziecko.

Praca z rodzicami polegała na przepracowaniu tematu kontroli, a w efekcie oddaniu większej kontroli dziecku oraz nienadawaniu tak wielkiego znaczenia, jak dotychczas, objawowi.

Opis procesu psychoterapeutycznego

Z Markiem odbyło się 21 sesji terapeutycznych, a z rodzicami 8. Spotkania były raz w tygodniu, w okresie od września 2006 r. do lipca 2007 r.

Pierwszym tematem, który poruszyliśmy z rodzicami, była kwestia mniejszej koncentracji na objawach występujących u syna. Oczywiście nie można było dopuścić, żeby dziecko odczuwało w ogóle mniej zainteresowania ze strony swoich bliskich, bo to jedy-

nie nasiliłoby objawy. Dlatego też rodzice, szczególnie ojciec, z którym chłopiec spędzał znacznie mniej czasu niż z matką, zadeklarował, że postara się jak najczęściej spędzać z synem czas — grać z nim w piłkę. Chłopiec bardzo lubił tę formę aktywności, ale ograniczał ją tylko do zabaw w domu. Na boisku szkolnym bał się podejść do rówieśników i zagrać w drużynie.

Praca z dzieckiem rozpoczęła się od wątków związanych z bezpieczeństwem. Chłopcu trudno było rozmawiać wprost, natomiast bardzo dobrze radził sobie, gdy użyczał głosu misiowi pacynce. Sam wprowadził temat swojego przyjaciela Jacka (bezpieczna relacja). Relację z nim odtwarzał poprzez wymyślanie historyjek o misiach. W pracy z Markiem ważne było podążanie za nim, dlatego też terapeuta do historyjek, które zapoczątkował chłopiec, zaczął wprowadzać wątki związane z rozpoznawaniem sygnałów płynących z ciała oraz modelowaniem zachowań, które miały na celu przejęcie przez misia kontroli nad swoim ciałem, a w efekcie poradzenie sobie z problemem. Niezbędne w tej pracy były wzmocnienia pozytywne dawane dziecku. Dzięki nim chłopiec stawał się bardziej otwarty i odważny.

Do tej pory w pracy z dzieckiem nie pojawił się wprost temat zaparc. Terapeuta miał trudne zadanie, bo z jednej strony ważne wydawało się nazwanie problemu, z drugiej natomiast nie można było doprowadzić do zbyt dużej koncentracji na nim i powielić zachowań, które przez kilka lat występowały w rodzinie. Otworzenie tematu było istotne, gdyż w ten sposób terapeuta mógł się dowiedzieć, jak rodzina obecnie reaguje na zgłaszany problem. W tej kwestii pomogły misie-pacynki; przeszliśmy od historyjek do rzeczywistości. Udało się wprowadzić temat zaparc i jednocześnie nie nadać mu wyjątkowego znaczenia. Na tym spotkaniu pojawiły się inne, bardzo znaczące tematy, a mianowicie chłopiec stwierdził, że w ostatnim czasie tata się zmienił, tzn. nie mówi już tyle co kiedyś na temat wypróżniania się. Ponadto dziecko pozwoliło sobie na wyrażenie uczuć, które w nim były w związku z zachowaniami ojca. Gdy Marek zaczął mówić o zmianie, zapytałam go, czy jest coś jeszcze, co chciałby zmienić w swojej rodzinie. Stwierdził, że chciałby, „żeby jego siostra (starsza) robiła mniej” (jak się okazało po chwili — żeby rzadziej się wypróżniała). W tym momencie stało się jasne, jak rodzeństwo rywalizuje ze sobą, a także, jak znacząca jest pozycja urodzeń. Marek, jako średnie dziecko w rodzinie, ciągle walczył o swoją pozycję, o uwagę. Na tej sesji można było zaobserwować większą spontaniczność i otwartość podczas zabawy.

Po tak istotnym spotkaniu z chłopcem wskazany był kontakt z jego rodzicami i porozmawianie nt. obecnej sytuacji rodziny. Rodzice zauważyli zmianę. Twierdzili, że syn stał się bardziej odważny i np. chętnie zjeżdża na sankach z górki, co kiedyś było dla niego nie do przyjęcia. Zaczyna też bez żadnego sprzeciwu przyjmować syropy, choć wcześniej rodzice nie byli w stanie bez „podstępów” mu ich podać. Wg rodziców sugestia psychologa o nienadawaniu takiego znaczenia zaparciom, niezwracaniu uwagi, zupełnie się nie sprawdza. Z ich informacji wynikało, że gdyby nie zwracali uwagi na syna, w ogóle nie chodzilby do ubikacji. Jednocześnie twierdzili, że chłopiec częściej chodzi do ubikacji sam, ale to ich nie satysfakcjonuje. Ponadto nasiliło się moczenie się nocne.

Rodzina zaczęła dokonywać zmian, ale każda zmiana, choć bardzo pożądana, wiąże się z pewnym napięciem, niepokojem, a nawet lękiem. Została naruszona równowaga systemu rodzinnego. W związku z tym mogły pojawić się dwie możliwe reakcje: albo sys-

tem się zmieni, albo powróci do poprzedniego stanu [5]. Widoczne były pierwsze zmiany u dziecka, natomiast rodzice na zmianę nie byli jeszcze gotowi. W związku z powyższym zaproponowano zwiększenie liczby spotkań z rodzicami.

Państwo D. w ramach oddawania kontroli mieli zaproponować Markowi samodzielne prowadzenie kalendarzyka wypróżnień. Z informacji od chłopca wynikało, że rodzice powiedzieli mu o tym, a on chętnie przyjął tę propozycję. Powiedział też terapeutę, że przyniesie kalendarzyk na kolejną sesję. Okazało się, że oddanie przez rodziców kontroli jest dla nich bardzo trudne i, pomimo że Marek bardzo zaangażował się, nie potrafią zrezygnować ze swojego zaangażowania. Ojciec sam notował w telefonie komórkowym, kiedy były wypróżnienia. Z pewnością zmianą, bardzo istotną dla Marka, było nieporuszenie przez rodziców tematu oddawania stolca tak często, jak kiedyś. Chłopiec powiedział terapeutę, że czasem, „jak rodzice przypominają mu, to wtedy nie robi”. Sesje z Markiem nadal koncentrowały się na pracy nad przejściem kontroli dotyczącej różnych aspektów jego życia.

Na kolejnym spotkaniu z państwem D. okazało się, że nastąpiła bardzo duża pozytywna zmiana. Marek wypróżnia się co 2–4 dni, nie chce rozmawiać na ten temat, sam prowadzi swój kalendarzyk i sam wpisuje tacie do komórki dni, kiedy się wypróżnił, mniej się moczy. Na tej sesji nie rozmawialiśmy tylko o Marku, ale o całej rodzinie — o treningu czystości u dzieci, o reakcjach rodziców na dzieci. Państwo D. doszli do wniosku, że choroby w ich rodzinie mają bardzo duże znaczenie i ten, kto jest chory, zyskuje dużo uwagi ze strony pozostałych członków rodziny.

Na sesjach — zarówno z chłopcem, jak i z rodzicami — pojawił się temat złości. W tym czasie nasiliły się zaparcia. Złość związana jest z kontrolą. Chłopiec złościł się na rodziców, że zbyt go kontrolują (w kwestii wypróżniania), rodzice złościłi się na syna, ponieważ to on rządzi nimi — ma władzę. Konieczne wydawało się wsparcie diady rodzicielskiej i omówienie kwestii wychowawczych oraz roli, jaką ma do odegrania podsystem rodziców.

Od tego czasu nastąpiła poprawa. Wypróżnianie unormowało się (co 2–3 dni, choć czasem są zastoje, ale rodzice nie robią z tego problemu — z obserwacji wiedzą, że nastąpi poprawa), moczenie nocne znacznie się zmniejszyło, rodzice pracują nad konsekwencją, wyznaczaniem jasnych granic, nie nadają takiego jak kiedyś znaczenia wypróżnieniom. Na koniec dodają, że Marek z lęklivego, zamkniętego w sobie chłopca stał się osobą odważną. Wystąpił przed całą szkołą, zajął II miejsce w konkursie „Miniplayback show”. Gra w piłkę nożną na boisku i sprawia mu to przyjemność, nie piszczy już, stał się bardziej samodzielny.

Wnioski

Podsumowując przedstawiony powyżej opis procesu psychoterapii warto podkreślić znaczenie systemowego rozumienia rodziny i takie też patrzanie na objaw u dziecka. Leczenie samego objawu, bez wpływu na kontekst rodzinny, może okazać się długotrwałym, traumatycznym i mało skutecznym przeżyciem dla całej rodziny.

Równie istotną kwestią jest fakt, żeby, lecząc, mieć podejście holistyczne i pracować interdyscyplinarnie. Przyczyny zaparc są różnorakie, dlatego też pacjenta z zaparciami powinien prowadzić zespół specjalistów złożony co najmniej z pediatry, pielęgniarce, dietetyka

i psychologa. Podstawowym zagadnieniem jest ustalenie zależności między czynnikami fizycznymi, psychologicznymi i dietetycznymi, które doprowadziły do powstania zaparcia. Aby dobrze i skutecznie pomagać osobom cierpiącym, niezbędna jest współpraca tych wszystkich specjalistów oraz umiejętność korzystania z wiedzy z różnych dziedzin.

Piśmiennictwo

1. Waluga M. Zaparcia – problem istotny czy banalny? www.unipharm.pl
2. Kwiatkowska G. Test Barwnych Piramid M. Pfister, R. Heiss, K.W. Schaie. Prezentacja narzędzia. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 1994.
3. Goodman R, Scott S. Psychiatria dzieci i młodzieży. W: Rabe-Jabłońska J, red. Wrocław: Wyd. Medyczne Urban&Partner; 2000.
4. Leźnicka-Łoś A. Nauczyć się kochać. Terapia psychoanalityczna w teorii i praktyce. Warszawa: Jacek Santorski& CO; 2002.
5. de Barbaro B, red. Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.

Adres: Ośrodek Pomocy Dzieciom i Rodzinie
ul. Bujoczka 12, 41-700 Ruda Śląska
tel. 032 2436161, 032 2484677
e-mail: danuta.sitek@gmail.com

PSYCHIATRIA POLSKA

ROK 2008 LIPIEC–SIERPIEŃ XLII NR 4

SPIS TREŚCI

Rozwój koncepcji schizofrenii i narzędzi do jej diagnozy

Dorota Frydeckai wsp.

Kwestionariusz wglądu w schizofrenię – „Moje myśli i odczucia”

Andrzej Kokoszka i wsp.

Krótką skalą poczucia wpływu na przebieg choroby – wersja dla schizofrenii

Andrzej Kokoszka i wsp.

Potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi – definicje, przegląd badań

Ewelina Dobrzyńska i wsp.

**CANSAS – Krótka Ocena Potrzeb Camberwell oraz inne narzędzia
oceny potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi**

Ewelina Dobrzyńska i wsp.

Koncepcja siebie chorych na schizofrenię – przegląd badań

Maria Chuchra

**Zmiany osobowości u chorych na schizofrenię paranoidalną
w percepcji pacjentów i ich rodziców**

Maria Chuchra

**Współpraca w leczeniu schizofrenii – wyniki projektu ADHES
(pogłębiona analiza)**

Małgorzata Chądryńska i wsp.

**Efektywność leczenia na psychiatrycznym oddziale dziennym, w porównaniu
z oddziałem stacjonarnym, na podstawie analizy objawów psychopatologicznych,
subiektywnej oceny jakości życia oraz częstości rehospitalizacji po zakończeniu leczenia**

Tomasz Adamowski i wsp.

**Asocjacja między polimorfizmem genu hydroksylazy tyrozyny
a występowaniem schizofrenii w populacji Polski centralnej**

Renata Jacewicz i wsp.

**Ocena stanu psychicznego pacjentek w trakcie jednoczesnego stosowania leków
psychotropowych, w tym leków przeciwpsychotycznych, oraz bromokryptyny**

Zbigniew Barszcz i wsp.

**Choroba – obrona – manipulacja: trudności opiniowania
sądowo-psychiatrycznego**

Janusz Heitzman i wsp.