Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii 2017, 33 (3–4), 251–261
© 2017 Institute of Psychiatry and Neurology. All rights reserved.
DOI: http://dx.medra.org/10.17393/fpn.2017.12.005

Report of the 5th ECNP School of Child and Adolescent Neuropsychopharmacology (Venice, Italy, 2–7 April 2017)

Sprawozdanie z V Szkoły Neuropsychofarmakologii Dzieci i Młodzieży ECNP (Wenecja, Włochy, 2–7 kwietnia 2017)

Anna Zielińska[1], Piotr Niwiński[2]

Received 5.12.2017
Accepted 15.12.2017

AFFILIATIONS / AFILIACJE

1 Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM, Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny, Warszawa
2 Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

KEYWORDS
- ECNP School of Child and Adolescent Neuropsychopharmacology

SŁOWA KLUCZOWE
- Szkoła Neuropsychofarmaklogii Dzieci i Młodzieży ECNP

CORRESPONDENCE ADDRESS / ADRES DO KORESPONDENCJI
Anna Zielińska
Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM
Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny
ul. Żwirki i Wigury 63a, 02-091 Warszawa, Poland
email: ania.b.zielinska@gmail.com

ABSTRACT

The aim of the publication is to present the topics covered during the ECNP School of Children and Adolescent Neuropsychopharmacology which took place in Venice (2–7 April 2017). International experts provided high-level and up-to-date training in child and adolescent neuropsychopharmacology.

STRESZCZENIE

Celem publikacji jest przedstawienie zagadnień poruszanych podczas Szkoły Neuropsychofarmakologii Dzieci i Młodzieży, organizowanej przez ECNP w Wenecji w dniach 2–7.04.2017 roku. Wybitni profesorowie przedstawili aktualną wiedzą na temat neuropsychofarmakologii u dzieci i młodzieży.

The European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) provides a wide range of workshops for young psychiatrists, both in terms of treatment methods and conducting scientific research. The ECNP School of Children and Adolescent Neuropsychopharmacology is an example of this offer and it is addressed to child and adolescent psychiatrists. About 50 participants take part in the School, usually 2–3 individuals from a particular country.

Similarly to previous years, professor Alessandro Zuddas hosted the workshops. The atmosphere of the meeting was intensified by the venue – a tiny Venetian island of

San Servolo, which until 1978 was a seat of mental hospital. At present, the place operates as a conference centre, which also houses a museum presenting the history of the hospital. Apart from listening to lectures of distinguished professors, each day the participants – divided into smaller groups – participated in workshops focused on discussing diagnostically- or therapeutically-challenging cases. Each participant could present a particular clinical case which was later discussed with other participants and a lecturer. During this edition of the School, Poland was represented by Anna Zielińska, PhD MD, of the Department of Child and Adolescent Psychiatry of the Medical University of Warsaw (WUM) and Piotr Niwiński, MD of the Clinic of Child and Adolescent Psychiatry of the Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw.

Sunday, 2 April 2017

Sunday was a welcome day and at the same time the first day of the workshop. Seminars were launched by professor **Alessandro Zuddas**, who introduced the participants to the ECNP and presented its core activities, including training courses, workshops and international conferences. Professor emphasised the opportunities of professional development provided to young doctors and scientists by the organisation.

The first lecture was given by **Mark Turner** from Great Britain. The subject of his lecture covered difficulties and challenges while conducting scientific research in the paediatric population, including – which was important from our point of view – research studies required for the purpose of registration of drugs for adolescents. A programme of creation of an IT network covering various scientific centres was discussed. This could help to exchange new information, share scientific tests results and use a common, continuously expanding database in an easier and faster way. The aim of the creation of such a new network is also to standardise procedures of designing new scientific research, which should significantly shorten the time of legal and ethical assessment.

The second lecture was presented by **Diane Purper-Ouakil** from France, and it commenced with an extremely interesting insight into psychopathology and deliberations on where the borderline between a norm and a disorder is, both in statistical terms and from the perspective of clinical functioning of a patient. Purper-Ouakil reminded the listeners that a cultural and situational context of symptoms should be taken into account. She recapitulated the DSM classification development, giving consideration to advantages and controversies surrounding DSM-5. She discussed the Research Domain Criteria project (RDoC) created by NIMH, which is a classification of mental disorders based on genetic, neurobiological and behavioural knowledge.

Monday, 3 April 2017

The day started with a lecture by **Joseph Zohar** from Israel who discussed the newly-created drug nomenclature as well as a mobile-device application – Neuroscience based Nomenclature (NbN). The idea behind the creation of this new nomenclature was that the present classification of drugs does not reflect the clinicians' knowledge on the actual full action of drugs, e.g. we prescribe antidepressants in anxiety disorder, and antipsychotics not only in psychotic disorder but also as mood stabilisers. However, we should also assume the second perspective – a drug which is a dopamine-receptor antagonist is in the same group with a drug which is a partial agonist, despite the differences in the action profile. The traditional nomenclature may impede the use of these drugs, affect the cooperation with a patient and create misunderstandings regarding relevance of using some drugs in the observed symptoms. Such were the reasons why international organisations dealing with psychopharmacology started their work on a creation of drug nomenclature to reflect the up-to-date knowledge on particular substances. The application suggests individual drugs selected in terms of search criteria: pharmacology, a mechanism of action as well as some additional dimensions: side-effects, recognised recommendations, adverse effects, etc. The programme has been continuously modified and a part regarding child and adolescent pharmacotherapy is in progress at the moment. The lecture was an inspiring look ahead into the future – when the programme helps to "design" treatment scenario for an individual patient. The application (The Neuroscience-based Nomenclature NbN) is available free of charge in the iOS App Store and Google Play Store. ECNP encourages to use it and send comments to improve its functionality (www.nbnomenclature.org).

As the next, **Tobias Banaschewski** from Germany discussed the issues regarding emotional deregulation (ED). Emotional regulation is an ability of an individual to modify emotional state which is used to create adaptive behaviour and aim-oriented activities. Its disturbance manifests mainly in a socially- and developmentally-inadequate expression of emotional states, including lability, inappropriate focus on a stimulus, irritability, low tolerance to frustration, etc. ED can be observed even 10 times more often in ADHD patients than in general population, which results in a higher intensification of ADHD symptoms, and which additionally disturbs the functioning of those patients. It seems that emotional dysregulation is closer to oppositional-defiant disorder than to the ADHD basic symptoms. Professor talked about a new diagnosis which was distinguished in DSM-V – Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) and which is connected with, e.g., a serious, non-episodic irritability. What is interesting, WHO does not recommend a creation of an analogous diagnosis in ICD-11, but rather

a creation of a sub-type for ODD with chronic irritability, taking into consideration the fact that the DMDD symptoms rarely occur with no accompanying ODD symptoms. While diagnosing a child/adolescent due to excessive irritability, various diagnoses should be taken into account: bipolar disorder, DMDD, depression, ODD, PTSD, ADHD, ASD, somatic disorder of the CNS. Medications used in the treatment of the emotional-dysregulation disorders include psychostimulants, the SSRI antidepressants, antipsychotics (risperidone, aripiprazole), mood stabilisers (lithium, valproic acid, carbamazepine) and benzodiazepines (clonazepam).

Further on, **Alessandro Zuddas** presented the actual state of knowledge on the ADHD therapy. In his introduction, professor pointed to the criterion of a partial remission included in DSM-5 (at present, impaired functioning, which does not fulfil the ADHD criteria, but the criteria fulfilled in the future). Furthermore, the ADHD symptoms were discussed in various age-groups, stressing that motivation deficit and poorer activation through reward can be observed in adults. The short- and long-term efficacy of ADHD treatment with psychostimulants and atomoxetine was presented. It turns out that at present the pharmacotherapy of ADHD is one of the most effective therapies in medicine. Taking into account that the effect size ranges between 0.7–1 and is higher for methylphenidate than for atomoxetine, the NNT (number needed to treat) equals 2–5 and is comparable for both drugs. To compare, the efficacy of the 2nd generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia presents as follows: ES: 0.25, NNT: 10. The following discussed issue was the efficacy of the following new drugs for ADHD registered in Europe: lisdexamfetamine (used in the form of a pro-drug) and guanfacine (extended release). Professor stressed that drugs, which reduce the ADHD basic symptoms or only affect cognitive functions. may not suffice to improve a general ADHD-related functioning. Therapy should focus on both these aims at the same time.

The subject was continued by **Sara Carucci** from Italy, who talked about the safety of use of ADHD drugs on the basis of data coming from the ADDUCE study. This study assessed safety of psychostimulants in the following terms: the effect on body height, puberty, effect on sleep, tics, seizures, the presence of other psychiatric symptoms as well as cardiologic risk. There was no effect observed on the increased risk of depression, psychotic symptoms or psychoactive substances use (and for the last one, in the case of adults with ADHD, the use of MPH may have a protective effect). However, in terms of suicidal behaviour and self-inflicted injury it was stressed that ADHD is connected with their higher frequency. In some cases, MPH may be used to overdose (but with no mortal effect in the reported cases). Effect on sleep may occur in individual patients, however, it is not observed at the level of the whole population taking this drug. When it comes to sleep disorder, what may help is adding a small dose of short-lasting drug or melatonin, a change to atomoxetine or a treatment of the restless legs syndrome, if such occurs. An increase of blood pressure (mostly systolic) is linked with methylphenidate action and limited to the time of MPH presence in an organism. If in three consecutive tests the systolic/diastolic pressure exceeds 95th percentile, cardiologic consultation is recommended and a further introduction of MPH once the blood pressure is stable. The ADDUCE project provides recommendations regarding a procedure in each of these groups of symptoms published in, e.g. European Child and Adolescent Psychiatry, which we recommend to review. It was stressed on numerous occasions in the course of the lecture that most side effects in the course of treatment with these drugs are temporary and can be easily controlled — what is important — with no therapy discontinuation. However, the risk and benefit balance should be kept in mind.

Tuesday, 4 April 2017

During the following day, **Antonio M. Persico** from Italy delivered a lecture on pharmacological interventions in the autism spectrum disorders. Symptoms which may be in the centre of ASD treatment were enlisted and they include the following: aggression, auto-aggression, irritability, hyperactivity, insomnia, stereotypy, epileptic seizures. In 2009, FDA accepted aripiprazole as a drug to be administered to autistic children in acute irritability. As far as neuroleptics are concerned, apart from aripiprazole, risperidone is also used. A recommended dose is ¼ of the dose which would be used in a non-autistic child. However, it was observed that methylphenidate should not be administered to low-functioning individuals, since it may additionally worsen their functioning. As far as stereotypic behaviour is concerned, there are no observed benefits of application of drugs, except for small doses of fluoxetine, although behavioural therapy seems to be more effective. For sleep disorder, the slow-release melatonin is used and its long-term administration is recommended in the hours of deep sleep (10–11 pm). Attention was paid to substances the use and effectiveness of which in autism is not confirmed, such as secretin, human immunoglobulins, amantadine, digestive enzymes, N,N-dimethylglycine. Eventually, with hope, Antonio M. Perisco presented the results of molecular studies which enable to use drugs that change the course of a basic disorder.

A difficult issue regarding psychopathological symptoms in numerous metabolic disorders was presented by **Paramal J. Santosh** from Great Britain. In his lecture, he talked about the reasons, symptoms and procedures in chosen nosological entities. Special attention was paid to the presence in the course of these diseases of psychopathological symptoms, in particular sudden psychoses.

At the end of this day, **Pieter J. Hoekstra** from the Netherlands delivered a speech devoted to pharmacological interventions in the Tourette syndrome and the obsessive-compulsive disorder. Hoekstra discussed characteristic features of tics and their effect on decisions regarding treatment. It should be remembered that intensification of tics varies; regardless of the applied therapy there are periods of improvement and worsening; therefore, it is difficult to assess the treatment in an objective manner. While deciding whether tics in a given patient should be treated pharmacologically at all, it should be considered if worsening of patient's functioning is connected with the tics or accompanying disorders. A lot of time should be devoted to psychoeducation and the use of tick intensification scales in order to assess changes in the course of a possible treatment. European guidelines (available in the Internet) first and foremost recommend behavioural therapy (habit reversal training and exposure and response prevention, also relaxation), and pharmacotherapy only when the therapy is impossible or insufficient. Hoekstra compared the efficacy of antipsychotics in the treatment of tic disorder. A similar efficacy was observed for aripiprazole, risperidone (a possible higher efficacy than for pimozide) and pimozide. Hoekstra paid attention to the fact that at present the only drug with registered indication to treat tics is haloperidol. There are ongoing works on registration of aripiprazole in this indication. The issue of safety of use of clonidine in children was brought up — the evidence of its effectiveness is limited, and adverse effects occur relatively often.

Taking into account lower effectiveness, the treatment may also include tiapride, olanzapine, quetiapine or sulpiride. When there is no improvement, the following may be considered: pergolide, nicotine patches, tetrahydrocannabinol, levetiracetam, botulinum, verapamil, clonazepam, metoclopramide, deep brain stimulation or transcranial magnetic stimulation. In the treatment of ODC, the combination of cognitive-behavioural therapy with application of sertraline appeared to be the most effective, although CBT should definitely commence the treatment.

Wednesday, 5 April 2017

The next day of the School commenced with lectures devoted to designing and interpretation of scientific research results. The lecture was delivered by **Andrea Cipriani** of the University of Oxford. The lecturer discussed the bases of medical statistics, and provided examples which helped to exercise and improve the skills of interpretation of scientific research results. He also stressed a special role of meta-analyses in present-day medicine.

The following lecture was presented by **Benedetto Vitiello**, and it focused on pharmacotherapy in depression and anxiety disorders. At the beginning, professor presented a diagram which reflected the periods when mental disturbances and disorders occur in the child-adolescent population. The peak for ADHD incidence occurs around the age of 9, anxiety disorder – around 10, and schizophrenia – around 16. He also pointed out that since the 1990s, a continuously growing tendency has been observed of using psychiatric medications in the group age ranging between 6 and 17. The most popular drugs, the use of which has at the same time been growing most rapidly, are stimulants. The second position is occupied by antidepressants, and the third position – by antipsychotic drugs. On the basis of the studies, it was presented that a combination of pharmacotherapy (in this case, the first choice drug is fluoxetine) with the cognitive-behavioural therapy presents the highest efficacy in the treatment of depression. This is particularly important in mild to moderate depression disorder. In severe depression, the efficacy of psychotherapy is at the level of placebo effect, on the other hand, the combination of psychotherapy with pharmacotherapy does not differ from the treatment with fluoxetine itself. Also in anxiety disorder, the combination of pharmacotherapy (in this case — sertraline) with cognitive-behavioural therapy offers the best results.

The third lecture of this day was entitled "Adolescent-onset schizophrenia and the use of cannabinols" and was delivered by **Anthony James** of the University of Oxford. He paid attention to the growing tendency of using cannabinols worldwide and to a gradual legalisation of these psychoactive substances in particular states of the USA, as well as the planned legalisation in Canada. Based on the Gene-Environment Interaction model, which suggests the presence of the genetic and environmental factors in the occurrence of the disorder, the lecturer pointed to the risk that is connected with the use of psychoactive substances (e.g. cannabinols). Combined with specific genetic predispositions, using psychoactive substances may evoke psychosis. However, it should be stressed that only a small group of people who use cannabinoids on daily bases will experience a psychotic episode. Other recognised risk factors include migration, adverse life events, bullying or aggression. At the end of the lecture, synthetic cannabinoids, which constitute a group of new psychoactive substances, were discussed (in Poland, they are commonly referred to as "dopalacze" [designer drugs or smarties or legal highs]). Their users require medical intervention at hospital emergency rooms 30 times more often.

The last event of this day was a lecture delivered by **Diane Purper-Ouakil**, entitled "Pharmacotherapy in conduct disorders". It started with a discussion of diagnostic criteria for conduct disorder as well as presentation of differences in the psychopathological picture in terms of sex. The conduct characteristic for boys is stealing, fights, vandalism and school-discipline issues, while in case of girls the top positions are occupied by lying, runaways, psychoactive substance use and prostitution. Due

to a significant role of parental involvement (their behaviour, upbringing methods and attitudes) in the reduction of risk of conduct disorder occurrence, Purper-Ouakil stressed the benefits of incorporating parenting skills training. Recommended pharmacotherapy included the effect of stimulants, antipsychotics and lithium.

Thursday, 6 April 2017

The following lecture day was commenced with a discussion led by dr. Celso Arango and dr. Gil Zalsman. The subject of this discussion was the effect of the RDoC classification on clinical and scientific work. The first to speak was **Celso Arango** who paid attention to the fact that the classification was designed in a manner enabling a broader approach towards mental disorders. The lecture given by **Gil Zalsman** also stressed the holistic approach to mental disorders, including genetic and neurodevelopmental factors. However, a conclusion was made that at the present stage of classification development it is too early to introduce it to everyday clinical work, since it still remains too impractical.

Another subject of the day was antipsychotic pharmacotherapy in child and adolescent population. The lecture was given by **Celso Arango** who stated that a growing tendency to prescribe antipsychotics in children, adolescents and also adults can be observed these days. He emphasised the negative symptoms of schizophrenia, which are frequently ignored. He pointed to beneficial effect of quetiapine and olanzapine on gradual reduction of negative symptoms. While successively discussing most important antipsychotics, he stressed information which is significant from a point of view of a practitioner, e.g. that ziprasidone absorption may be reduced up to 40% unless it is administered with food. He reminded about significant, yet underestimated adverse symptoms of aripiprazole, such as insomnia (therefore the drug should be taken in the morning), akathisia or agitation. On the other hand, paliperidone, due to the fact that it is not metabolised by the cytochrome p450, is recommended for patients with hepatocellular damage. In his last part of the speech, the speaker reminded about adverse effects of antipsychotics, including an increased – as compared to adult population – sensibility to Parkinsonian symptoms and dystonia. He showed the risk of prolactin level growth which occurs in the course of antipsychotic therapy. Aripiprazole is an exception, since it may lead to the reduction of prolactin level. A particularly important adverse effect due to the civilizational reason is weight gain (the highest for olanzapine). It should be remembered that patients treated with schizophrenia manifest considerably higher risk of cardio-vascular complications. In his conclusions, the lecturer mentioned that therapeutic outcomes of antipsychotics are similar in the paediatric and adult populations, however, the child and adolescent population manifests significantly higher risk of adverse effects.

In the course of the following lecture, **Carmen Moreno** discussed the therapy of bipolar disorder in children and adolescents. She pointed to differences in the BD picture in children, who manifest irritability, hyperactivity, suicidal thoughts and intentions more often. Depressive episodes are longer, and remission periods shorter. Rapid cycling can be observed more often. We can also observe more frequent comorbidity of other disorders, including ADHD, anxiety disorder or substance use. In pharmacotherapy of acute manic episodes and mixed episodes, olanzapine, risperidone, aripiprazole, quetiapine and ziprasidone are applied since they present comparable efficacy. The studies also observe a beneficial effect of lithium in acute manic or mixed episodes. Aripiprazole was observed to have a therapeutic effect in cases with accompanying ADHD. Its benefits can be also observed in a long-term treatment and in the reduction of relapse risk. Carmen Moreno stressed that there are no differences when it comes to the effect of mood stabilisers, such as lithium or carbamazepine, however, their efficacy is lower than that of antipsychotics. Finally, the NICE guidelines in the diagnosis of bipolar disorder were quoted, and it was repeated that in order to diagnose BD, at least one manic episode must be present, and irritability lasting more than 7 days is not enough to diagnose BD.

The last lecture of this day was delivered by **Gil Zalsman** who talked about interventions regarding suicidal behaviour in the group of children and adolescents. Suicide is the first or second main cause of death in the group aged below 24. It is rare before adolescence, however, earlier suicidal behaviour can be observed. The lecturer made it clear that asking about suicidal thoughts and intentions is not risky. 90% of suicide victims suffered from depression or depressive disorders, and 60% was consulted by a doctor in a month preceding suicide. If there is no question, there usually is no answer. Despite the fact that non-suicidal self-injuries (NSSI) should not be treated as suicidal attempts, they increase the risk of a suicidal attempt in persons suffering from affective disorder later in life. Risk factors for suicidal attempts include: being male, history of suicidal attempts, severe depression episode, not treated depressive disorder or early-onset depressive disorder, and also bullying, a stressful situation, loneliness or immigration. The studies show that introducing antidepressants does not increase the risk of suicide, and by reducing depressive symptoms, they can also reduce the risk of suicidal behaviour. (Sondergard *et al.*, Acta psychiatrica Scandinavica 2006; Sondergard *et al.*, International clinical psychopharmacology 2006; Sondergard *et al.*, Archives of suicide research 2007). The SSRI drugs may increase the amount of suicidal thoughts; yet, they do not increase the amount of suicidal behaviour in the early stage of treatment in adults. Zalsman also stressed that combination of anti-depression therapy (e.g. fluoxetine) with cognitive-behavioural therapy reduces the risk of suicidal

intentions. Clozapine decreases the risk of suicide in the course of psychosis. Also lithium therapy was confirmed in the studies. What plays an important role in suicide prevention is establishing contact with a person who expresses a suicidal intention. At the end of the lecture, a growing significance of genetic tests in the assessment of suicidal attempt risk was discussed. The lecturer presented a project aimed at a development of a new screening test to be used at hospital emergency rooms.

Friday, 7 April 2017

The lecture regarding sleep disorder was delivered by **Samuele Cortese** from Great Britain. According to the British Association for Psychopharmacology, in the case of most sleep disorders in children behavioural interventions are sufficient. Taking into account frequently administered drugs, the BAP guidelines show that melatonin reduces the long sleep latency (if behavioural interventions were previously applied) in children with delayed sleep (in particular in children with educational problems, autism and ADHD). It is recommended to administer 1–3 mg of melatonin 30 minutes prior going to sleep in order to "impose sleep". However, if it is used to normalise the circadian rhythm, melatonin should be administered 3–4 hours before the actual hour of going to bed in the dose of 0.2–0.5 mg (an increase by 0.2–0.5 mg once a week, maximum up to 5 mg in adolescents, and 3 mg in children). What is important, it should be administered for the period exceeding one month. The studies show that for ADHD and neurodevelopmental disorder lower melatonin doses are more effective. Antihistamines can be useful only in a short-term, immediate treatment.

We highly recommend to participate in the following ECNP initiatives, both regarding child and adolescence psychiatry, general psychiatry and other areas. Information regarding ECNP activities and organised conferences, schools and workshops, including those dedicated to young researchers and clinicians are available at www.ecnp.eu. ■

European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) ma bogatą ofertę warsztatów dla młodych psychiatrów, zarówno w zakresie wiedzy dotyczącej leczenia, jak i prowadzenia badań naukowych. Jednym z przykładów jest Szkoła Neuropsychofarmakologii Dzieci i Młodzieży (*The ECNP School of Child and Adolescent Neuropsychopharmacology*), skierowana do psychiatrów dzieci i młodzieży. W Szkole udział bierze udział około 50 uczestników, po 2–3 osoby z danego kraju.

Tak jak i w poprzednich latach, gospodarzem warsztatów był profesor Alessandro Zuddas. Klimat spotkania budowało także jego miejsce – maleńka wenecka wyspa San Servolo, która do 1978 roku była siedzibą szpitala psychiatrycznego. Obecnie mieści się tam centrum kongresowe, na terenie którego znajduje się także muzeum poświęcone historii szpitala. Poza wykładami wybitnych profesorów, uczestnicy podzieleni na mniejsze grupy każdego dnia brali udział w warsztatach poświęconych omawianiu przypadków sprawiających trudności diagnostyczne lub terapeutyczne. Każdy z uczestników szkoły mógł przedstawić konkretny przypadek kliniczny, który był dyskutowany z innymi uczestnikami i prowadzącym wykładowcą. Podczas tej edycji Szkoły, Polskę reprezentowali: dr n. med. Anna Zielińska z Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM w Warszawie oraz lek. Piotr Niwiński z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Niedziela, 2.04.2017

Niedziela była dniem przyjazdu, a jednocześnie pierwszym dniem kursu. Seminaria rozpoczęły się od wprowadzenia, które wygłosił profesor **Alessandro Zuddas**. Prezentacja miała na celu zaznajomienie uczestników z działalnością ECNP, w tym organizowanymi szkoleniami, warsztatami oraz konferencjami międzynarodowymi. Profesor podkreślał możliwości rozwoju, jakie organizacja daje młodym lekarzom i naukowcom.

Pierwszy wykład wygłosił **Mark Turner** z Wielkiej Brytanii. Tematem wykładu były trudności i wyzwania w prowadzeniu badań naukowych w populacji pediatrycznej, w tym także – ważnych z naszego punktu widzenia – badań wymaganych do rejestracji leków w grupie adolescentów. Omówiono projekt stworzenia sieci informacyjnej obejmującej ośrodki naukowe. Pozwoli to na łatwiejszą i szybszą wymianę nowych informacji, dzielenie się wynikami badań naukowych, a także korzystanie ze wspólnej, stale powiększającej się bazy danych. Celem powstania nowej sieci jest także ujednolicenie procedur projektowania nowych badań naukowych, co w znaczący sposób skróci czas oceny prawnej i etycznej.

Drugi wykład należał do **Diane Purper-Ouakil** z Francji, a zaczął się od bardzo ciekawego spojrzenia na psychopatologię, od rozważań, gdzie leży granica między normą a zaburzeniem, tak w ujęciu statystycznym, jak i funkcjonowania klinicznego pacjenta. Purper-Ouakil przypomniała, że należy zwracać uwagę na kontekst kulturowy oraz sytuacyjny objawów. Podsumowała rozwój klasyfikacji DSM z uwzględnieniem zalet i kontrowersji dotyczących DSM-5. Omówiła projekt RDoC (*Research Domain Criteria*) stworzony przez NIMH, który jest klasyfikacją chorób psychicznych, opierającą się na wiedzy genetycznej, neurobiologicznej i behawioralnej.

Poniedziałek, 3.04.2017

Dzień rozpoczął **Joseph Zohar** z Izraela wykładem na temat nowo tworzonej nomenklatury leków oraz aplikacji na urządzenia mobilne – *Neuroscience based Nomenclature* (NbN). Tworzeniu nowej nomenklatury przyświecała myśl, że obecna klasyfikacja leków nie odzwierciedla wiedzy klinicystów na temat ich rzeczywistego, pełnego działania, na przykład stosuje się leki z grupy leków przeciwdepresyjnych na zaburzenia lękowe, a leki z grupy antypsychotycznych nie tylko w zaburzeniach psychotycznych, ale także jako stabilizator nastroju. Natomiast, patrząc z drugiej strony – lek będący antagonistą receptorów dopaminowych znajduje się w jednej grupie z lekiem, który jest częściowym agonistą, pomimo różnic w ich profilu działania. Tradycyjna nomenklatura może stwarzać trudności w stosowaniu tych leków, wpływać na współpracę z pacjentem i tworzyć nieporozumienia dotyczące zasadności stosowania niektórych leków w obserwowanych objawach. To były powody, by międzynarodowe organizacje zajmujące się psychofarmakoterapią, rozpoczęły pracę nad stworzeniem nomenklatury leków, która miałaby odzwierciedlać najnowszą wiedzę dotyczącą poszczególnych substancji. Aplikacja wskazuje na konkretne leki dobrane pod względem kryteriów wyszukiwania: farmakologii, mechanizmu działania oraz dodatkowych wymiarów: działań ubocznych, znanych wskazań, działań niepożądanych itp. Program jest ciągle modyfikowany, a w przygotowaniu jest część dotycząca farmakoterapii dzieci i młodzieży. Wykład był inspirującym spojrzeniem „w przyszłość" – gdy program umożliwia nam „zaprojektowanie" leczenia dla konkretnego pacjenta. Aplikacja (*The Neuroscience-based Nomenclature* NbN), dostępna jest za darmo w iOS App Store oraz Google Play Store. ECNP zachęca do jej stosowania i przesyłania uwag na jej temat, w celu udoskonalenia jej funkcjonalności (www.nbnnomenclature.org).

Następnie, **Tobias Banaschewski** z Niemiec, omówił zagadnienie dotyczące dysregulacji emocjonalnej (ED). Regulacja emocjonalna to zdolność osoby do modyfikowania stanu emocjonalnego, która ma służyć tworzeniu zachowań adaptacyjnych i działań zorientowanych na cel. Jej zaburzenie objawia się przede wszystkim nieadekwatnym do norm społecznych i rozwojowych wyrażaniem stanów emocjonalnych, w tym labilnością, nieprawidłowym skupieniu na bodźcu, drażliwością, małą tolerancją na frustrację itp. ED występuje nawet 10-krotnie częściej u pacjentów z ADHD niż w populacji ogólnej, skutkując większym nasileniem objawów ADHD, dodatkowo zaburzając funkcjonowanie tych pacjentów. Wydaje się, że dysregulacja emocjonalna jest bardziej zbliżona do zaburzeń opozycyjno-buntowniczymi niż podstawowych objawów ADHD. Profesor mówił o nowej diagnozie, która została wyszczególniona w DSM-V – *Disruptive mood dysregulation disorder* (DMDD), a związana jest między innymi z poważnym, nieepizodycznym rozdrażnieniem. Co ciekawe, WHO nie rekomenduje stworzenia analogicznej diagnozy w ICD-11, ale raczej stworzenie podtypu dla ODD z przewlekłą drażliwością, biorąc pod uwagę to, że objawy DMDD rzadko występują bez jednoczesnego występowania objawów ODD. Diagnozując dziecko/nastolatka z powodu nadmiernej drażliwości, należałoby brać pod uwagę różne diagnozy: chorobę afektywną dwubiegunowa, DMDD, zaburzenia depresyjne, ODD, PTSD, ADHD, ASD, zaburzenia somatyczne dotyczące ośrodkowego układu nerwowego. W leczeniu zaburzeń związanych z dysregulacją emocjonalną zastosowanie znajdują psychostymulanty, leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI, leki przeciwpsychotyczne (risperidon, aripiprazol), leki normotymiczne (lit, kwas walproinowy, karbamazepina) oraz benzodiazepiny (klonazepam).

Następnie **Alessandro Zuddas** zaprezentował aktualną wiedzę na temat leczenia ADHD. We wstępie profesor zwrócił uwagę na kryterium częściowej remisji zawarte w DSM-5 (aktualnie funkcjonowanie upośledzone, które jednak nie spełnia kryteriów ADHD, ale kryteria spełnione w przeszłości). Omówiono także objawy ADHD w różnych grupach wiekowych, podkreślając że u dorosłych obserwuje się deficyty motywacji i mniejszą aktywację poprzez nagrodę. Przedstawiono krótko- i długoterminową skuteczność leczenia ADHD lekami psychostymulującymi oraz atomoksetyną. Okazuje się, że obecnie leczenie farmakologiczne ADHD jest jednym z najbardziej skutecznych w psychiatrii. Biorąc pod uwagę *effect size*, mieści się on w zakresie 0,7–1 i jest większy dla metylofenidatu niż dla atomoksetyny, natomiast NNT (*numer needed to treat*) wynosi 2–5 i jest porównywalny w przypadku obu leków. Dla porównania, skuteczność leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji w leczeniu schizofrenii wygląda następująco: ES – 0,25, NNT – 10. Omówiono skuteczność nowych leków zarejestrowanych w Europie do stosowania w ADHD: lisdexamfetaminę (stosowana w formie proleku) oraz guanfacynę o przedłużonym uwalnianiu. Profesor zwracał uwagę, że leki, które redukują podstawowe objawy ADHD lub tylko wpływają na funkcje poznawcze, mogą nie być wystarczające do poprawy ogólnego funkcjonowania związanego z ADHD. Leczenie powinno być skupione na obu tych celach jednocześnie.

Temat kontynuowany był przez **Sarę Carucci** z Włoch, która mówiła o bezpieczeństwie stosowania leków na ADHD na podstawie informacji płynących z badania ADDUCE. W badaniu tym oceniano bezpieczeństwo stosowania leków psychostymulujących w zakresie: efektu na wzrost ciała, dojrzewanie, wpływu na sen, tiki, napady padaczkowe, oraz wystąpienia innych objawów psychiatrycznych, a także ryzyka kardiologicznego. Nie wykryto także wpływu na zwiększone ryzyko depresji, objawów psychotycznych lub nadużywania SPA (a w przypadku tego ostatniego i dorosłych pacjentów z ADHD stosowanie MPH może mieć wpływ protekcyjny). Natomiast w odniesieniu do zachowań samobójczych i samookaleczeń,

zwrócono uwagę, że ADHD jest związane z większą ich częstością. W niektórych przypadkach MPH może być użyty w celu przedawkowania (ale bez efektu śmiertelnego w raportowanych przypadkach). Wpływ na sen może się pojawiać u poszczególnych pacjentów, jednak nie jest obserwowany na poziomie całej populacji przyjmującej lek. W przypadku trudności z zaśnięciem pomocne może być dodanie małej dawki leku krótkodziałającego lub melatoniny, zmiana na atomoksetynę lub leczenie zespołu niespokojnych nóg, jeśli taki występuje u pacjenta. Wzrost ciśnienia tętniczego (przede wszystkim skurczowego) związany jest z działaniem metylofenidatu i ograniczony do czasu utrzymywania się MPH w organizmie. Gdy w trzech kolejnych pomiarach ciśnienie skurczowe/rozkurczowe jest powyżej 95. centyla, zaleca się konsultację kardiologiczną i dalsze włączanie MPH po ustabilizowaniu ciśnienia. W projekcie ADDUCE stworzono rekomendacje dotyczące postępowania w każdej z tych grup objawów opublikowane między innymi w *European Child and Adolescent Psychiatry*, do zapoznania z którymi zachęcamy. W trakcie wykładu kilkakrotnie podkreślano, że większość objawów ubocznych w trakcie stosowania leków psychostymulujących jest tymczasowa i może być łatwo kontrolowana – co ważne – bez przerywania leczenia. Pamiętając przy tym o bilansie ryzyka i korzyści.

Wtorek, 4.04.2017

Kolejnego dnia **Antonio M. Persico** z Włoch przedstawił wykład dotyczący farmakologicznych interwencji w zaburzeniach ze spektrum autyzmu. Wskazano na objawy, które mogą być celem leczenia w ASD, takie jak: agresja, autoagresja, drażliwość, nadpobudliwość, bezsenność, stereotypia, napady padaczkowe. W 2009 roku FDA zaakceptowało aripiprazol jako lek do stosowania u dzieci z autyzmem w przypadku nasilonej drażliwości. W przypadku neuroleptyków najczęściej, poza aripiprazolem, stosuje się także risperidon. Zaleca się stosowanie 1/4 dawki, która byłaby stosowana u innego dziecka bez autyzmu. Wskazano także, że metylofenidat nie powinien być stosowany u osób nisko funkcjonujących, bo może dodatkowo pogorszyć ich działanie. W przypadku zachowań stereotypowych nie obserwuje się korzyści ze stosowania leków, z wyjątkiem małych dawek fluoksetyny, choć i tak skuteczniejsza jest terapia behawioralna. W przypadku zaburzeń snu stosuje się wolno uwalniającą się melatoninę – zaleca się jej długoterminowe stosowanie, w godzinach głębokiego snu (ok. godz. 22–23 w nocy). Zwrócono uwagę na substancje, których stosowanie w autyzmie nie ma potwierdzonej skuteczności, jak np. sekretyna, ludzkie immunoglobuliny, amantadyna, enzymy trawienne, N,N-dimetylglicyna. Na koniec, Perisco z nadzieją przedstawiał wyniki badań molekularnych, które pozwalają na stosowanie leków zmieniających przebieg zaburzenia podstawowego.

Trudny temat dotyczący objawów psychopatologicznych w licznych chorobach metabolicznych przedstawił **Paramal J. Santosh** z Wielkiej Brytanii. W wykładzie poruszono zagadnienia dotyczące przyczyn, objawów oraz postępowania w wybranych jednostkach chorobowych. Zwrócono szczególną uwagę na występowanie w ich przebiegu objawów psychopatologicznych, najczęściej nagłych psychoz.

Na koniec dnia **Pieter J. Hoekstra** z Holandii przestawił wykład na temat farmakologicznych interwencji w zespole Tourette'a oraz zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym. Hoekstra omówił cechy charakterystyczne tików oraz ich wpływ na decyzje dotyczące leczenia. Pamiętać trzeba, że nasilenie tików jest zmienne, niezależnie od leczenia występują okresu poprawy i pogorszenia, stąd też wynika trudność związana z obiektywną oceną leczenia. Podejmując decyzję dotyczącą, czy w ogóle tiki u danego pacjenta należy leczyć farmakologicznie, należałoby się zastanowić, czy pogorszenie funkcjonowanie pacjenta jest związane jest z tikami czy z współistniejącymi zaburzeniami. Należy pamiętać o poświęceniu czasu na psychoedukację oraz używanie skali nasilenia tików, by móc oceniać zmiany w trakcie ewentualnego leczenia. Wytyczne europejskie (dostępne w Internecie) zalecają przede wszystkim terapię behawioralna (*habit reversal training* oraz *exposure and response prevention*, dalej także np. relaksacja), a leczenie farmakologiczne, gdy terapia jest niemożliwa lub niewystarczająca. Hoekstra porównał skuteczność leków przeciwpsychotycznych w leczeniu zaburzenia tikowego. Podobną skutecznością charakteryzują się: aripiprazol, risperidon (możliwe że większa skuteczność niż pimozyd) oraz pimozyd. Hoekstra zwrócił uwagę, że aktualnie jedynym lekiem ze wskazaniem rejestracyjnym do leczenia tików jest haloperidol. Trwają prace nad rejestracją w tym wskazaniu aripiprazolu. Podniesiono kwestię bezpieczeństwa stosowania klonidyny u dzieci – dowody na jej skuteczność są ograniczone, a objawy niepożądane występują stosunkowo często.

Uwzględniając mniejszą efektywność, w leczeniu można rozważać leczenie tiapridem, olanzapiną, kwetiapiną czy sulpirydem. W sytuacji braku poprawy można rozważać: pergolide, plastry z nikotyną, tetrahydrocanabinol, levitricetam, botulinę, werapamil, klonazepam, metoklopramid, głęboką stymulację mózgu czy przezczaszkową stymulację magnetyczną. W leczeniu ODC jako najskuteczniejsze przedstawiono połączenie terapii poznawczo-behawioralnej ze stosowaniem sertraliny, choć zdecydowanie leczenie powinna rozpocząć terapia CBT.

Środa, 5.04.2017

Kolejny dzień rozpoczął się od wykładów na temat projektowania i interpretacji wyników badań naukowych. Wykład poprowadził **Andrea Cipriani** z University of Oxford. Wykładowca omówił podstawy statystyki medycznej, a dzięki przygotowanym przykładom umożliwił

przećwiczenie oraz udoskonalenie umiejętności interpretacji wyników badań naukowych. Zaznaczył szczególną rolę, jaką w dzisiejszej medycynie pełnią metaanalizy.

Następny wykład przedstawił **Benedetto Vitiello**, a jego tematem była farmakoterapia w zaburzeniach depresyjnych i lękowych. Na wstępie profesor zaproponował diagram obrazujący okresy występowania zaburzeń i chorób psychicznych w populacji dziecięco-młodzieżowej. Szczyt zachorowań na ADHD występuje około 9. roku życia, zaburzeń lękowych – w okolicy 10. roku życia, schizofrenii – na poziomie 16. roku życia. Zaznaczył także, że od lat 90. XX wieku obserwuje się stały wzrost stosowania leków psychiatrycznych w grupie wiekowej 6–17 lat. Najpopularniejszymi lekami, a jednocześnie odnotowującymi największy przyrost przepisywania są stymulanty. Na drugim miejscu znajdują się leki przeciwdepresyjne, a na trzecim leki przeciwpsychotyczne. Na podstawie badań pokazano, że najwyższą skuteczność w leczeniu zaburzeń depresyjnych ma połączenie leczenia farmakologicznego (tym wypadku lekiem pierwszego wyboru jest fluoksetyna) z terapią poznawczo-behawioralną. Jest to szczególnie istotne w zaburzeniach depresyjnych o przebiegu łagodnym do umiarkowanego. W ciężkich zaburzeniach depresyjnych skuteczność psychoterapii kształtuje się na poziomie efektu placebo, zaś efekt połączenia psychoterapii i farmakoterapii, nie odbiega od leczenia samą fluoksetyną. Także w zaburzeniach lękowych połączenie farmakoterapii (w tym wypadku sertraliną) z terapią poznawczo-behawioralną, daje najlepsze efekty.

Trzeci wykład w tym dniu nosił tytuł „Schizofrenia o początku w okresie adolescencji, a używanie kanabinoli". Wykład poprowadził **Anthony James** z University of Oxford. Zwrócił on uwagę na trend rosnącego użycia kanabinoli na świecie, a także na stopniową legalizację tych substancji psychoaktywnych w konkretnych Stanach Ameryki Północnej oraz planach legalizacji w Kanadzie. Opierając się na modelu *Gene-Enviroment Interaction*, wskazującym na współdziałanie czynnika genetycznego oraz środowiskowego w wystąpieniu choroby, zwrócił uwagę na ryzyko, jakie niesie ze sobą przyjmowanie substancji psychoaktywnych (np. kanabinoli). W połączeniu z konkretnymi predyspozycjami genetycznymi, używanie SPA, może wywołać psychozę. Należy jednak podkreślić, że tylko niewielka część osób używających codziennie kanabinoidy doświadczy epizodu psychotycznego. Innymi, poznanymi czynnikami ryzyka są migracja, trudne zdarzenia życiowe, bulling czy agresja. W końcowej części wykładu omówiono syntetyczne kanabinoidy, należące do nowych substancji psychoaktywnych (w Polsce popularnie zwanych dopalaczami), których użytkownicy do 30 razy częściej wymagają interwencji medycznej w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

Ostatnim punktem tego dnia, był wygłoszony przez **Diane Purper-Ouakil** wykład pt. „Farmakoterapia w zaburzeniach zachowania". Rozpoczął się on od omówienia kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń zachowania oraz różnic w obrazie psychopatologicznym ze względu na płeć. U chłopców częściej obserwuje się kradzieże, bójki, wandalizm oraz trudności w dyscyplinie szkolnej, podczas gdy u dziewczyn na plan pierwszy wysuwa się kłamanie, ucieczki z domu, używanie substancji psychoaktywnych oraz prostytucja. Ze względu na znaczną rolę udziału rodziców (ich zachowań i metod wychowawczych oraz postaw) w zmniejszeniu ryzyka wystąpienia zaburzeń zachowania, Purper-Ouakil wskazała na korzyści, jakie płyną z włączenia treningu umiejętności rodzicielskich. W zalecanej farmakoterapii, zwrócono uwagę na korzystny wpływ leczenia stymulantami, lekami przeciwpsychotycznymi, litem.

Czwartek 6.04.2017

Kolejny dzień wykładów rozpoczęła dyskusja prowadzona przez dr. Celso Arango oraz dr. Gila Zalsmana. Tematem był wpływ klasyfikacji RDoC na pracę kliniczną i naukową. Pierwszy występował **Celso Arango**, który zwrócił uwagę, że klasyfikacja została zaprojektowana w sposób pozwalający na szersze podejście do zaburzeń psychicznych. W wykładzie prowadzonym przez **Gila Zalsmana** także zwrócono uwagę na całościowe podejście do zaburzeń psychicznych, w tym na podłoże genetyczne czy neurorozwojowe. Postawiono jednak wniosek, że na obecnym etapie rozwoju klasyfikacji jest jeszcze zbyt wcześnie na wprowadzenie jej w codziennej pracy klinicznej, gdyż jest ona zbyt niepraktyczna.

Tematem poruszanym w tym dniu była także farmakoterapia lekami przeciwpsychotycznymi w populacji dzieci i młodzieży. Wykład wygłosił **Celso Arango**. Zwrócono uwagę na rosnący trend przyjmowania leków przeciwpsychotycznych, tak u dzieci, młodzieży, jak i u dorosłych. W trakcie wykładu doktor podkreślił, często pomijane w leczeniu, objawy negatywne schizofrenii. Zaznaczył korzystny wpływ kwetiapiny i olanzapiny na stopniowe zmniejszenie objawów negatywnych. Omawiając kolejno najważniejsze leki przeciwpsychotyczne, podkreślił ważne z punku widzenia praktyka informacje, między innymi że absorpcja zyprazydonu może zostać zmniejszona do 40%, jeżeli nie jest przyjmowany z jedzeniem. Przypomniał o ważnych, a jednak niedocenianych objawach niepożądanych aipiprazolu, jakimi są bezsenność (dlatego powinien być podawany w godzinach rannych), akatyzje czy pobudzenie. Z kolei paliperydon przez to, że nie jest metabolizowany przez cytochrom p450, jest wskazany dla pacjentów z uszkodzeniem wątroby. W ostatniej części wykładu Arango przypomniał o działaniach niepożądanych leków przeciwpsychotycznych, w tym większej niż w populacji dorosłych wrażliwości na objawy parkinsonowskie oraz dystonie. Wskazał na ryzyko wzrostu poziomu prolaktyny, występujące w trakcie stosowania leków przeciwpsychotycznych. Wyjątkiem jest arypiprazol, który może spowodować

obniżenie poziomu prolaktyny. Szczególnie ważnym – ze względu na podłoże cywilizacyjne – objawem niepożądanym jest zwiększenie masy ciała (największe w przypadku olanzapiny). Należy pamiętać, że pacjenci leczeni z powodu schizofrenii mają znacznie zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych. W podsumowaniu wykładowca zaznaczył, że efekty leczenia, jakie dają leki przeciwpsychotyczne, są podobne w populacji pediatrycznej i dorosłych, jednak w populacji dziecięcej i adolescentów występuje znacznie wyższe ryzyko działań niepożądanych.

W trakcie kolejnego wykładu **Carmen Moreno** omówiła leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej u dzieci i młodzieży. Zwróciła uwagę na różnice w obrazie ChAD u dzieci, u których częściej obserwuje się drażliwość, hiperaktywność, myśli i zamiary samobójcze. Epizody depresyjne są dłuższe, a okresy remisji krótsze. Częściej obserwowane są szybkie zmiany faz. Częściej obserwuje się także współwystępowanie innych zaburzeń, w tym ADHD, zaburzeń lękowych czy nadużywania substancji. W farmakoterapii ostrych epizodów maniakalnych oraz epizodów mieszanych stosuje się olanazpinę, risperidon, arypiprazol, kwetiapinę oraz ziprazidon czy asenapinę, które wykazują podobną efektywność. W badaniach widoczny jest także korzystny wpływ litu w ostrych epizodach maniakalnych oraz epizodach mieszanych. Przy współwystępowaniu ADHD badania wskazują na efekty leczenia arypiprazolem. Korzystnie wypada on także w leczeniu długoterminowym oraz w zmniejszeniu ryzyka nawrotów. Carmen Moreno zaznaczyła, że nie ma różnicy w efektach działania stabilizatorów nastroju, takich jak lit czy karbamazepina, jednak ich efektywność w leczeniu jest niższa niż leków przeciwpsychotycznych. Na koniec wykładu przypomniano wytyczne NICE w diagnozie choroby afektywnej dwubiegunowej, zwracając uwagę na to, że do rozpoznania ChAD musi wystąpić przynajmniej jeden epizod maniakalny, a drażliwość utrzymująca się powyżej 7 dni nie jest objawem wystarczającym do postawienia rozpoznania.

Jako ostatni tego dnia wykład prowadził **Gil Zalsman**. Tematem były interwencje związane z zachowaniami samobójczymi w grupie dzieci i młodzieży. Samobójstwa są pierwszym lub drugim głównym powodem śmierci u osób poniżej 24. roku życia. Poniżej wieku dojrzewania występują rzadko, jednak obserwuje się coraz wcześniejsze występowanie zachowań suicydalnych. W sposób wyraźny wykładowca zaznaczył, że pytanie o myśli i zamiary samobójcze nie jest ryzykowne. 90% ofiar samobójstwa cierpiało na choroby lub zaburzenia depresyjne, a 60% w ciągu miesiąca przed dokonaniem samobójstwa była konsultowana przez lekarza. Brak pytania zwykle oznacza brak odpowiedzi. Mimo iż okaleczenia bez intencji samobójczej (NSSI) nie powinny być traktowane jako próba samobójcza, to jednak w późniejszym życiu zwiększają ryzyko podjęcia próby samobójczej u osób z zaburzeniami afektywnymi. Czynnikami ryzyka dokonania próby samobójczej jest płeć męska, wywiad wcześniejszych prób samobójczych, ciężki epizod depresji, nieleczone zaburzenia depresyjne lub te o wczesnym początku, a także *bullying*, wystąpienie sytuacji stresowej, samotność czy imigracja. Badania pokazują, że wprowadzenie leków przeciwdepresyjnych nie zwiększa ryzyka samobójstwa, a przez zmniejszenie objawów depresyjnych mogą zmniejszyć ryzyko zachowań suicydalnych (Sondergard L *et al.*, Acta psychiatrica Scandinavica 2006; Sondergard L *et al.*, International clinical psychopharmacology 2006; Sondergard L *et al.* Archives of suicide research 2007). Leki z grupy SSRI mogą zwiększyć liczbę myśli samobójczych, ale nie powodują wzrostu zachowań samobójczych, we wczesnej fazie leczenia u osób dorosłych. Zalsman zwrócił także uwagę, że połączenie leczenia przeciwdepresyjnego (na przykład fluoksetyną) z terapią poznawczo-behawioralną zmniejsza ryzyko wystąpienia zamiarów samobójczych. Klozapina obniża ryzyko samobójstwa w przebiegu psychozy. Także stosowanie litu znalazło potwierdzenie w badaniach. W prewencji samobójstwa ważną rolę pełni nawiązanie kontaktu z osobą mającą zamiar podjąć próbę samobójczą. Na zakończenie wykładu Zalsman podkreślił rosnące znaczenie badań genetycznych w ocenie ryzyka podjęcia próby samobójczej. Przedstawił projekt mający na celu przygotowanie nowego testu przesiewowego przeznaczonego dla szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Piątek, 7.04.2017

Wykład dotyczący zaburzeń snu wygłosił **Samuele Cortese** z Wielkiej Brytanii. Według *British Association for Psychopharmacology*, w przypadku większości zaburzeń snu u dzieci wystarczające są interwencje behawioralne. Biorąc pod uwagę stosowane często leki, wytyczne BAP wskazują, że melatonina redukuje długi czas zasypiania (gdy wcześniej stosowano interwencje behawioralne) u dzieci z opóźnionym zasypianiem (w szczególności dzieci z trudnościami szkolnymi, autyzmem i ADHD). Zaleca się stosowanie 1–3 mg melatoniny 30 minut przed snem w celu „wymuszenia snu". Natomiast jeśli stosuje się ją w celu normalizacji rytmu snu i czuwania, to około 3–4 godziny przed aktualną godziną kładzenia się spać w dawce 0,2–0,5 mg/kg (wzrost o 0,2–0,5 mg co tydzień, maks. do 5 mg u nastolatków i 3 mg u dzieci). Co ważne, powinna być ona stosowana dłużej niż miesiąc. Badani wskazują, że w przypadku ADHD i zaburzeń neurorozwojowych skuteczniejsze są niższe dawki melatoniny. Leki antyhistaminowe mogą mieć znaczenie jedynie w krótkoterminowym, doraźnym leczeniu.

Zachęcamy do uczestnictwa w kolejnych, zarówno dotyczących psychiatrii dzieci i młodzieży, jak i psychiatrii ogólnej oraz innych inicjatyw ECNP. Informacje na temat działań ECNP oraz organizowanych kongresów, szkół i warsztatów, w tym także dla młodych naukowców i klinicystów, są zamieszczane na stronie www.ecnp.eu.

Conflict of interest and financial support was not declared. / Nie zgłoszono konfliktu interesów oraz dofinansowania.

The work described in this article has been carried out in accordance with The Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) for experiments involving humans, EU Directive 2010/63/EU for animal experiments, and Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. / Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

Authors' contributions / Wkład autorów: AZ – 60%, PN – 40%.