

AUTOREFERAT

1. **Imiona i Nazwisko:** Mariusz Stanisław Wigłusz
2. **Posiadane dyplomy, stopnie naukowe – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.**

2013	Doktor nauk medycznych (Gdański Uniwersytet Medyczny, Wydział Lekarski), na podstawie rozprawy doktorskiej pt. 'Zespoły depresyjne w padaczce: rozpowszechnienie i obraz psychopatologiczny'
2006	Specjalizacja w dziedzinie psychiatrii
1998	Dyplom lekarza (Akademia Medyczna w Gdańsku, Wydział Lekarski)

3. **Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych.**

2013 - nadal	Adiunkt w Klinice Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
2006 – 2012	Asystent w Klinice Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Katedry Chorób Psychiczych Akademii Medycznej w Gdańsku (następnie Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego)
2000 - 2005	Rezydent w Klinice Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Katedry Chorób Psychiczych Akademii Medycznej w Gdańsku (następnie Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego)

4. **Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2017 r. poz. 1789):**

Osiągnięcie stanowi jednotematyczny cykl pięciu publikacji dotyczących badań nad zaburzeniami lękowymi w padaczce, ich rozpowszechnieniem oraz walidacją polskich wersji wybranych metod pomiaru lęku jako narzędzi do diagnozy przesiewowej. Jest to kontynuacja badań dotycząca zaburzeń psychicznych w padaczce, zapoczątkowanych i przedstawionych w pracy doktorskiej z 2013 roku, prezentującej rozpowszechnienie oraz obraz psychopatologiczny zespołów depresyjnych w padaczce. W cyklu publikacji habilitacyjnych zawarta jest praca określająca częstość poszczególnych zaburzeń lękowych w konsekwentnej grupie chorych z padaczką, leczonych ambulatoryjnie w poradni leczenia padaczki oraz trzy prace poświęcone analizie właściwości psychometrycznych polskich wersji wybranych narzędzi badawczych wykorzystywanych w ocenie objawów lękowych: praca walidacyjna Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (ang. Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) do rozpoznawania zaburzeń lękowych u pacjentów z padaczką, praca określająca właściwości psychometryczne Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI (ang. State Trait Anxiety Inventory, STAI) w padaczce z współchorobowością zaburzeń lękowych oraz bez niej, praca badająca psychometryczne właściwości skali lęku Hamiltona (ang. Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) u pacjentów

z padaczką z współistniejącymi zaburzeniami lękowymi oraz bez nich. Ostatnią publikacją w cyklu, podsumowującą moje dotychczasowe wyniki badań zarówno w zakresie zaburzeń lękowych jak i afektywnych w padaczce, ich współchorobowości, jest praca dotycząca diagnostycznych dylematów związanych z rozpoznawaniem międzynapadowego zaburzenia dysforycznego w padaczce (ang. Interictal Dysphoric Disorder, IDD).

a) Tytuł osiągnięcia naukowego:

Zaburzenia lękowe w padaczce: rozpowszechnienie i właściwości psychometryczne wybranych skal lęku jako narzędzi przesiewowych.

b) Autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa:

- A. **Mariusz S. Wiglusz**, Jerzy Landowski, Wiesław J. Cubala, Prevalence of anxiety disorders in epilepsy, *Epilepsy Behavior*, 2018; vol. 79, s. 1-3.
doi:10.1016/j.yebeh.2017.11.025.
IF: 2,600 MNiSW: 25
- B. **Mariusz S. Wiglusz**, Jerzy Landowski, Wiesław J. Cubala, Validation of the Polish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale for anxiety disorders in patients with epilepsy, *Epilepsy Behavior*, 2018, vol. 84, s. 162-165.
doi:10.1016/j.yebeh.2018.04.010.
IF: 2,600 MNiSW 25
- C. **Mariusz S. Wiglusz**, Jerzy Landowski, Wiesław J. Cubala, Psychometric properties and diagnostic utility of the State-Trait Anxiety Inventory in epilepsy with and without comorbid anxiety disorder, *Epilepsy Behavior*, 2019, vol. 92, s. 221-225.
doi:10.1016/j.yebeh.2019.01.005.
IF: 2,6 MNiSW 25
- D. **Mariusz S. Wiglusz**, Jerzy Landowski, Wiesław J. Cubala, Psychometric properties of the Polish version of the Hamilton Anxiety Rating Scale in patients with epilepsy with and without comorbid anxiety disorder, *Epilepsy Behavior*, 2019, vol 94, s 9-13.
doi:10.1016/j.yebeh.2019.02.017.
IF: 2,6 MNiSW 25
- E. **Mariusz S. Wiglusz**, Jerzy Landowski, Wiesław J. Cubala, Intrerictal dysphoric disorder of epilepsy– a continuing diagnostic challenge, *Epilepsy Behavior*, 2019, vol 95, s 34-38.
doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.03.036
IF: 2,6 MNiSW 25

Łączna wartość bibliometryczna cyklu powyżej wymienionych publikacji wynosi:

IF: 13,000 MNiSW: 125

c) Omówienie celu naukowego ww. prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania:

Padaczka jest jedną z najczęstszych chorób neurologicznych często prowadzącym do pogorszenia jakości życia i funkcjonowania psychospołecznego pacjentów. W dużej ilości przypadków padaczka charakteryzuje się przewlekłym przebiegiem oraz częstym współwystępowaniem zaburzeń psychicznych. Zaburzenia lękowe, poza zaburzeniami nastroju, są drugim co do częstości występowania zaburzeniem psychicznym w padaczce. W znacznym stopniu są one nierozpoznawane, i w konsekwencji nieleczone, wpływając niekorzystnie na jakość życia pacjentów z padaczką. Aby usprawnić wykrywanie zaburzeń lękowych w padaczce konieczne są narzędzia do diagnozy przesiewowej. Analogicznie do wcześniej przeprowadzonych przeze mnie badań nad depresją skale oceniające objawy lękowe, powinny być znormalizowane dla populacji pacjentów z padaczką. Dotychczas jednak, większość stosowanych narzędzi pomiaru lęku nie została zwalidowana w tej grupie chorych.

Trudności diagnostyczne związane z rozpoznawaniem zaburzeń lękowych w padaczce wynikają również z faktu, że zarówno pewne formy lęku (np. napady lęku panicznego) jak i sama padaczka, cechują się dużą zmiennością morfologii, częstości oraz nasilenia objawów. Faktycznie, podobieństwa kliniczne tych dwóch napadowych zaburzeń mogą być nieraz przyczyną istotnych problemów diagnostycznych. Trudności diagnostyczne oraz niejasności związane z symptomatologią i specyfiką zaburzeń afektywnych i lękowych w padaczce są znane od dawna. Duża część badań i rozważań na ten temat odnosi się do hipotetycznej odmienności nozograficznej zaburzeń psychicznych w padaczce, czego efektem jest koncepcja międzynaapadowego zespołu dysforycznego (ang. Interictal Dysphoric Disorder, IDD). Zaburzenie to opisywane jest jako konglomerat różnych objawów psychopatologicznych spektrum afektywno-lękowego z cechami dysforii o zmiennym i nieraz trudnym do przewidzenia nasileniu objawów. Rozpoznanie IDD dotyczy zaburzeń psychicznych, które występują w okresie międzynaapadowym.

Należy podkreślić, że w omawianym cyklu badań ocenie poddano zaburzenia psychiczne występujące w okresie międzynaapadowym. Kryteria wykluczenia miały na celu wyłączenie z badania pacjentów, u których symptomatologia zaburzeń lękowych, ze szczególnym uwzględnieniem napadów lęku panicznego oraz IDD, była objawem napadu padaczkowego lub współistniejącym z padaczką zjawiskiem ponapadowym. Istotnym kryterium wykluczenia były również: wymóg stabilnego przebiegu padaczki w ciągu ostatnich 2 miesięcy, ograniczenie częstości napadów do 10 w ciągu ostatniego miesiąca oraz wymóg braku napadu padaczkowego na 24 godziny przed badaniem. Omawiane prace dotyczą tej samej grupy chorych.

Przedstawione prace mają charakter badania przekrojowego na populacji chorych objętych opieką w referencyjnej poradni leczenia padaczki, obejmującej swoim zasięgiem region pomorski. W związku z hierarchicznym układem opieki neurologicznej u pacjentów z padaczką oraz niewielką ilością poradni wysokospecjalistycznych leczenia padaczki w regionie, badana grupa może być reprezentatywną dla populacji. Jednocześnie jednak należy zaznaczyć, że do poradni przeciwpadaczkowej często trafiają pacjenci z powodu trudności diagnostycznych oraz terapeutycznych, kierowani przez innych lekarzy jako do poradni referencyjnej, co może obniżyć reprezentatywność badanej grupy w kontekście populacyjnym.

Publikacja A. Prevalence of anxiety disorders in epilepsy.

Głównym celem pracy była ocena częstości występowania zaburzeń lękowych zgodnie z klasyfikacją DSM-IV-TR, przy użyciu ustrukturalizowanego wywiadu SCID-I w konsekwentnej grupie pacjentów z padaczką, leczonych ambulatoryjnie w specjalistycznej poradni leczenia padaczki. Dodatkowo poddano ocenie związek pomiędzy występowaniem zaburzeń lękowych, a obecnością niektórych z podkreślanych w piśmiennictwie czynników ryzyka.

Dotychczas przeprowadzono niewiele badań na temat rozpowszechnienia punktowego zaburzeń lękowych w padaczce, przy użyciu metod diagnostycznych uznanych za „złoty standard” w psychiatrii, czyli wywiadów strukturalizowanych zgodnych z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji psychiatrycznej DSM lub ICD. Rodzaj zastosowanych narzędzi oceny psychometrycznej oraz różne grupy pacjentów sprawiają, że współczynniki rozpowszechnienia zaburzeń lękowych w padaczce różnią się między badaniami w zakresie od 5% do 25%. W związku z powyższym faktyczne rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w padaczce pozostaje zagadnieniem mało poznany.

W celu ustalenia częstości zaburzeń lękowych zaprojektowałem badanie kohortowe w konsekwentnej grupie 118 pacjentów z klinicznie potwierdzonym rozpoznaniem padaczki, leczonych ambulatoryjnie w Poradni Leczenia Padaczki Pomorskiego Centrum Traumatologii w Gdańsku. Poradnia ta przyjmuje pacjentów z padaczką w rejonie Gdańska i okolic. Diagnoza padaczki została postawiona przez lekarza specjalistę, epileptologa zgodnie z kryteriami ILAE. W badaniu pacjentów z padaczką finalnie wzięło udział 96 osób, które spełniło wszystkie kryteria włączenia i wyłączenia z badania.

Rozpowszechnienie punktowe zaburzeń lękowych zgodne z klasyfikacją DSM-IV-TR ustaliłem za pomocą pełnej wersji Ustrukturalizowanego Wywiadu Klinicznego do Badania Zaburzeń z Osi I dla DSM-IV-TR (ang. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR, SCID-I). SCID-I jest półustrukturalizowanym wywiadem przeprowadzanym w celu sformułowania diagnozy zaburzeń psychicznych według klasyfikacji DSM-IV-TR.

W badanej grupie rozpoznane obecnie występujące zaburzenia lękowe stwierdziłem u 16 (16,7%) pacjentów. Najczęstszym zaburzeniem lękowym były napady lęku panicznego, które zaobserwowałem u 13,5% badanych pacjentów z padaczką i stanowiły 81,2% zidentyfikowanych zaburzeń lękowych w badanej grupie. Dodatkowo aktualne występowanie zaburzenia lękowego uogólnionego stwierdziłem u 2,1 %, a agorafobię u 1 % badanych.

Uzyskane wyniki zbliżone są do rezultatów innych, omówionych poniżej prac badawczych, wykorzystujących tą samą, bądź podobną metodologię badawczą, opartą na strukturyzowanych kwestionariuszach diagnostycznych dla DSM-IV-TR. W jednym z badań obejmującym konsekwentną grupę 188 chorych na padaczkę, diagnozę zaburzeń lękowych stwierdzono u 49 pacjentów (26%), przy czym najczęstszą diagnozą była agorafobia, zaburzenie lękowe uogólnione i fobia społeczna. Podobne wskaźniki rozpowszechnienia powtórzone w grupie 147 pacjentów z padaczką, w której u 30% ustalono diagnozę dowolnego zaburzenia lękowego z czego u 20% pacjentów rozpoznano zespół lęku uogólnionego, u 10% agorafobię oraz 8% fobię społeczną. W badaniu tym napady lęku panicznego rozpoznano u 2% pacjentów.

Porównując wyniki różnych prac można zauważyć dużą zmienność raportowanych częstości występowania poszczególnych kategorii diagnostycznych zaburzeń lękowych w padaczce, co może być częściowo związane z różnicami metodologicznymi pomiędzy badaniami. Dodatkowo szczególnie istotnym czynnikiem wpływającym na tak dużą rozbieżność wydaje się odgrywać symptomatologia niektórych rodzajów napadów padaczkowych. Padaczkowy lęk

paniczny jest przykładem objawu psychopatologicznego, który najczęściej występuje w napadach częściowych prostych objawiających się zaburzeniami psychicznymi. Równie często objawy lęku napadowego mogą występować jako część aury padaczkowej lub w okresie ponapadowym. Tym bardziej interesującą obserwacją jest fakt, że pomimo zminimalizowania wpływu padaczki na wynik badania, uzyskałem znaczącą przewagę częstości występowania napadów lęku panicznego w stosunku do innych kategorii zaburzeń lękowych. Jak widać duże znaczenie epidemiologiczne jak i kliniczne mają starania prowadzące do udoskonalenia metodologii badań zaburzeń lękowych w padaczce.

Publikacja B. Validation of the Polish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale for anxiety disorders in patients with epilepsy.

W pracy przedstawiłem wyniki walidacji polskiej wersji Szpitalnej Skali Depresji i Lęku (ang. Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) określając punkt odcięcia, przy którym skala cechowała się optymalną czułością i swoistością dla identyfikacji zaburzeń lękowych w padaczce.

Narzędzia psychometryczne można podzielić na przesiewowe, służące identyfikacji obecności specyficznego zaburzenia, oraz skale pomiarowe, które mierzą nasilenie objawów konkretnego zaburzenia psychicznego. Oba rodzaje metod występują jako skale samooceny (dokonywanej przez samego pacjenta) oraz skale obserwacyjne (używane przez klinicystę). Skale przesiewowe są znacząco krótsze od systematycznych wywiadów diagnostycznych i zwykle służą wykrywaniu jednego zaburzenia. Są one również o wiele mniej dokładne. Z drugiej jednak strony dostępność tych narzędzi odpowiednio zwalidowanych dla populacji pacjentów z padaczką może okazać się niezwykle pomocne w codziennej praktyce lekarza neurologa/epileptologa. Omawiane metody pomiaru są przydatne nie tylko w praktyce klinicznej, ale również mogą być pomocne w epidemiologicznych badaniach populacyjnych pod warunkiem jednak, że ich wartość diagnostyczna zostanie odpowiednio zbadana i porównana względem metod złotego standardu w danej populacji pacjentów. Wynika to z faktu, że każdy test psychometryczny może wykazywać znaczną zmienność wyników w zależności od docelowej populacji badanej. Tak więc, istnieje potrzeba przeprowadzenia badań walidacyjnych skal lęku w odniesieniu do wywiadów psychiatrycznych takich jak SCID-I dla DSM-IV-TR, w celu uzyskania punktów odcięcia zoptymalizowanych dla pacjentów z padaczką.

Niestety mało jest prac oceniających psychometryczne właściwości narzędzi przesiewowych i pomiarowych w wykrywaniu zaburzeń lękowych w padaczce. Jednym z wyjątków jest skala HADS, której właściwości psychometryczne w padaczce zostały poddane ocenie w dwóch pracach. HADS jest narzędziem samooceny stworzonym w celu pomiaru nasilenia objawów depresyjnych i lękowych u pacjentów z chorobami somatycznymi. Jednakże zarówno różnice w wynikach badań walidacyjnych jak i zgłaszane przez część badaczy wątpliwości co do możliwości wiarygodnego przetłumaczenia skali związane ze specyfiką językową oryginalnej wersji angielskiej powodują, że HADS wymaga dalszych badań w populacji pacjentów z padaczką. HADS składa się z dwóch podskal: HADS-D określającej nasilenie objawów depresyjnych, której walidację w padaczce opublikowałem poprzednio oraz HADS-A, oceniającej objawy lękowe, której walidację przeprowadziłem w omawianym badaniu.

Do oceny skali HADS-A, jako narzędzia przesiewowego pomocnego w rozpoznawaniu zaburzeń lękowych wg DSM-IV-TR użyłem analizy krzywej ROC (ang. Receiver Operating Characteristic), która zapewnia łączny opis czułości i specyficzności klasyfikatora i pozwala na wyznaczenie optymalnego punktu odcięcia. W przypadku diagnozy zaburzeń lękowych HADS-A wykazała najlepsze właściwości psychometryczne dla wartości odcięcia ≥ 10 przy czułości 81,3%,

swoistości 70,0%, pozytywnej wartości predykcyjnej (PPV) 31,5% i negatywnej wartości predykcyjnej (NPV) 94,9%. Wartość pola pod wykresem krzywej ROC, oznaczonego jako wskaźnik AUC (ang. area under curve, AUC) wynosiła 80,8%. HADS-A okazała się być wiarygodnym instrumentem psychometrycznym jako narzędzia przesiewowego dla zaburzeń lękowych w badanej grupie chorych.

Publikacja C. Psychometric properties and diagnostic utility of the State-Trait Anxiety Inventory in epilepsy with and without comorbid anxiety disorder.

W niniejszym opracowaniu zbadałem właściwości psychometryczne Inwentarza Stanu i Cechy Lęku Spielbergera (ang. State Trait Anxiety Inventory, STAI) jako narzędzia przesiewowego do wykrywania zaburzeń lękowych u pacjentów z padaczką.

STAI jest narzędziem samooceny przeznaczonym do badania lęku rozumianego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki oraz lęku rozumianego jako względnie stała cecha. Inwentarz składa się z dwóch podskal, z których jedna służy do pomiaru lęku-stanu (STAI-S), a druga (STAI-T) – lęku-cechy. Należy podkreślić, że dane na temat właściwości tego inwentarza jako narzędzia diagnostycznego dla zaburzeń lękowych są ograniczone, ponieważ STAI zaprojektowany został jako narzędzie opisowe do rejestracji nasilenia lęku i w większości badań był używany w tym celu. Używany przesiewowo wskazuje osoby z wysokim i niskim progiem doświadczania lęku co czyni go przydatnym na przykład przy diagnozie predyspozycji do zawodów wymagających niskiego poziomu lęku. Dla populacji ogólnej zebrano obszerne dane normatywne wskazujące punktację przy której nasilenie oraz ilość objawów jest znacząca klinicznie to jest 39/40 punktów. Dotychczas nie podjęto prób walidacji właściwości przesiewowych STAI jako miary diagnostycznej dla zaburzeń lękowych w padaczce.

Wyniki omawianej pracy wykazały, że podskala STAI-T (ale nie STAI-S) może być wiarygodnym instrumentem psychometrycznym i służyć jako narzędzie przesiewowe dla zaburzeń lękowych w padaczce. W diagnostyce zaburzeń lękowych podskala STAI-T wykazała najlepsze właściwości psychometryczne dla wyniku granicznego ≥ 52 przy czułości 81,3%, swoistości 77,5%, dodatniej wartości predykcyjnej (PPV) 41,9% i negatywnej wartości predykcyjnej (NPV) 95,4%.

W dotychczas przeprowadzonych badaniach na populacji ogólnej, w których STAI-T używany był jako miara wyników leczenia, wartości odcięcia skali w przedziale 44-61 punktów korelowały z rozpoznaniem zaburzeń lękowych zgodnych z klasyfikacją DSM. W omawianej pracy uzyskana wartość punktu odcięcia u pacjentów z padaczką mieściła się również w podobnym przedziale wartości jak w badaniach na innych populacjach pacjentów. Mała ilość badań dotyczących wartości skali STAI jako narzędzia do diagnozy przesiewowej ogranicza możliwość porównawczej analizy wyników pracy. Zaskakującą obserwacją może być fakt, że tylko podskala STAI-T, opisująca lęk jako cechę wykazała skuteczność jako narzędzia do diagnozy przesiewowej dla zaburzeń lękowych. Według Spielbergera lęk jako cecha oznacza względnie stałą dyspozycję, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie sytuacji niegroźnych jako zagrażające, w wyniku czego jednostka reaguje lękiem nieproporcjonalnie silnym w stosunku do wielkości zagrożenia. Natomiast pacjentom z padaczką (będącą chorobą o przewlekłym przebiegu), którzy dodatkowo doświadczają napadów paniki, bardzo trudno jest określić realne zagrożenie doświadczanych objawów. Zarówno napady lęku panicznego, jak i napady padaczkowe cechują dużą zmiennością, nasileniem oraz w większości przypadków są nieprzewidywalne. Dodatkowo, biorąc pod uwagę przewlekły przebieg padaczki, można stwierdzić, że w padaczce właśnie podskala STAI-T opisująca lęk jako cechę może stać się przydatnym narzędziem przesiewowym. Natomiast z drugiej strony określenie ram czasowych dla podskali STAI-S, która zakłada opis stanu

emocjonalnego w chwili badania może powodować, trudności z uchwyceniem objawów związanych z napadami lęku. Lęk jako stan cechuje bardzo duża zmienność pod wpływem działania różnych czynników zagrażających. Można przypuszczać, że dla pacjenta z padaczką, pobyt w gabinecie lekarza neurologa/epileptologa jest sytuacją, w której z racji możliwości uzyskania fachowej pomocy chory może się czuć bezpiecznie, co mogło wpłynąć na uzyskane wyniki podskali STAI-S w badanej grupie chorych.

Publikacja D. Psychometric properties of the Polish version of the Hamilton Anxiety Rating Scale in patients with epilepsy with and without comorbid anxiety disorder.

W niniejszej pracy zbadałem właściwości psychometryczne Skali Lęku Hamiltona (ang. Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) jako narzędzia do diagnozy przesiewowej u pacjentów z padaczką oraz towarzyszącymi zaburzeniami lękowymi rozpoznanymi według kryteriów DSM-IV-TR.

Skala HARS jest powszechnie stosowanym narzędziem do oceny nasilenia objawów lękowych. W przeciwieństwie do poprzednio omawianych skal samooceny, skala HARS jest obiektywną miarą, wykonanie której wymaga odpowiedniego przeszkolenia badacza. W badaniach klinicznych skala ta wykorzystywana jest do oceny zmiany nasilenia lęku w trakcie leczenia oraz do opisu symptomatologii zaburzeń lękowych. HARS nie jest skalą diagnostyczną, jej głównym przeznaczeniem jest pomiar nasilenia zaburzeń. Istnieją również prace badające właściwości skali jako narzędzia do diagnozy przesiewowej, głównie jednak prowadzonych w populacjach osób nieobciążonych żadną chorobą somatyczną. Skala HARS w padaczce używana była wyłącznie jako narzędzie opisowe. Warto również dodać, że dotychczas w tej grupie chorych nie badano właściwości psychometrycznych żadnej skali jako miary obiektywnej zaburzeń lękowych. Posiadanie zwalidowanego narzędzia do obiektywnej oceny lęku w padaczce mogłoby znaleźć zastosowanie zarówno w pracach badawczych jak i w praktyce klinicznej. Wynika to z faktu, że szczególnie w tej grupie chorych, z uwagi na specyficzny, nierzadko trudny do oceny obraz kliniczny zarówno zaburzeń lękowych jak i samej padaczki subiektywna ocena pacjenta może być niewystarczająca. W przeciwieństwie do skal samooceny narzędzia obiektywne mają tę przewagę, iż pozwala ją na dokładną weryfikację zgłaszanych objawów.

W omawianym badaniu uzyskałem przeciętne właściwości skali HARS jako narzędzia przesiewowego do wykrywania zaburzeń lękowych w padaczce. W przypadku rozpoznania zaburzeń lękowych, skala HARS wykazała najlepsze właściwości psychometryczne dla wyniku granicznego ≥ 17 z czułością 68,8%, swoistością 87,5%, dodatnią wartością predykcyjną (PPV) 52,4% i ujemną wartością predykcyjną (NPV) 93,3%. Na wynik badania mógł mieć wpływ procentowy udział poszczególnych kategorii zaburzeń lękowych w badanej grupie. Pomimo, iż skala HARS ocenia objawy różnych zaburzeń lękowych uwzględnionych w klasyfikacji DSM-IV-TR, uważa się, że jej właściwości psychometryczne najlepiej nadają się do oceny objawów Zespołu Lęku Uogólnionego. Być może umiarkowana czułość skali HARS wynika właśnie z faktu, że w badanej grupie u większości pacjentów rozpoznałem napady lęku panicznego. W przeciwieństwie do umiarkowanej swoistości i niskiego PPV, wysoka specyficzność i doskonała NPV skali HARS sprawiają, że skala jest dobrym narzędziem w celu wykluczenia lęku. Innymi słowy, skala prawidłowo zidentyfikowała 87,5% osób, które nie mają zaburzeń lękowych. Podkreślając korzyści płynące z obiektywnego charakteru skali HARS, uważam, że ocena jej przydatności w padaczce wymaga dalszych badań.

Celem ostatniej pracy w cyklu była ocena częstości występowania Międzynapadowego Zaburzenia Dysforycznego (ang. Interictal Dysphoric Disorder, IDD) oraz związku pomiędzy zaburzeniami afektywnymi i lękowymi a IDD u pacjentów z padaczką. Aby zdiagnozować IDD, wszyscy uczestnicy badania wypełnili kwestionariusz samooceny składający się z zestawu pytań mających na celu ocenę ośmiu kluczowych objawów IDD. Po wypełnieniu kwestionariusza osobiście zweryfikowałem wszystkie dane pod kątem ich kompletności oraz istotności klinicznej.

Międzynapadowe zaburzenie dysforyczne (IDD) jest to zaproponowane przez Blumera określenie opisujące zaburzenia psychiczne w padaczce, charakteryzujące się epizodycznym występowaniem objawów spektrum afektywno-lękowego oraz drażliwości. IDD cechuje się dużą zmiennością obrazu psychopatologicznego, różnym czasem trwania objawów oraz ich zmiennym nasileniem. Różnorodność objawów IDD takich jak obniżony nastrój, brak energii, lęk, niepokój, drażliwość, ale również nastrój euforyczny, sugeruje możliwość nakładania się objawów zarówno spektrum zaburzeń jedno- oraz dwubiegunowych jak również zaburzeń lękowych. Rzeczywiście, większość badań sugeruje znacznego stopnia współwystępowanie IDD z innymi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza z depresją i zaburzeniami lękowymi. Od momentu wprowadzenia koncepcja IDD była przedmiotem dyskusji. Dostępne są jedynie ograniczone dane na temat częstości występowania IDD mieszczące się w zakresie od 19% dla populacji pacjentów ambulatoryjnych do 57% u pacjentów hospitalizowanych w ośrodkach referencyjnych.

W badanej grupie z padaczką rozpoznałem IDD u 49,0% (47 z 96) uczestników. Dodatkowo stwierdziłem duże współwystępowanie zaburzeń psychicznych zdiagnozowanych zgodnie z DSM-IV-TR oraz IDD, a mianowicie u 40 z 47 (85%) pacjentów z IDD miało również inne zaburzenie psychiczne. Częstość występowania obniżonego nastroju, anergii oraz drażliwości była istotnie wyższa statystycznie u pacjentów z rozpoznaniem IDD niż bez tego rozpoznania.

Wyniki mojej pracy zgodne są z wcześniejszymi badaniami wskazującymi na związek IDD z innymi zaburzeniami psychicznymi. W jednym badaniu oszacowano, że częstość występowania IDD u pacjentów z padaczką wynosi 19% i stwierdzono, że 57% pacjentów z IDD miało również dodatkowe współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, głównie depresji. Z kolei w niedawno opublikowanym badaniu, u większości pacjentów ambulatoryjnych z IDD rozpoznano dodatkowo inne zaburzenie psychiczne (78%): u 27% pacjentów zdiagnozowano zaburzenie depresyjne, 36% pacjentów zaburzenia lękowe, a u 33% pacjentów stwierdzono oba rozpoznania. Zgodnie z innymi badaniami, drażliwość w badanej grupie występowała częściej u pacjentów z IDD i innymi zaburzeniami psychicznymi w porównaniu z pacjentami bez IDD lub zaburzeń psychicznych. Jednak w przeciwieństwie do tych badań stwierdziłem, że drażliwość może być cechą specyficzną dla IDD. Obserwacja ta ma ograniczoną wartość ze względu na małą wielkość badanej grupy i nie można jej uogólnić. W literaturze dotyczącej psychiatrycznych aspektów padaczki nadal istnieje różnica zdań co do pozycji IDD jako niezależnej jednostki chorobowej. Wielu autorów uważa, że nawet do 50% pacjentów z padaczką prezentuje nietypową symptomatologię psychiatryczną, której nie można zbadać za pomocą dostępnych narzędzi psychiatrycznej oceny dla populacji ogólnej. Koncepcja IDD, jako oddzielnego konstruktu psychopatologicznego, pozostaje nadal otwartym wyzwaniem diagnostycznym. Prawie wszystkie badania oceniające IDD wykorzystywały Inwentarz samooceny IDD (IDDI Inventory, IDDI) opracowany przez Mulę i wsp. Moim zdaniem poleganie wyłącznie na instrumencie samooceny w procesie diagnostycznym IDD jest problematyczne, w szczególności, że istnienie IDD jako niezależnego rozpoznania nie zostało dotychczas dostatecznie zweryfikowane. W przeciwieństwie do większości badań, w omawianej pracy po wypełnieniu kwestionariusza samooceny osobiście zweryfikowałem z pacjentem zebrane informacje. Mogę spekulować, że aktywna rola egzaminatora

w procesie diagnostycznym IDD w prezentowanym badaniu wpłynęła na ocenę i rozpoznanie kluczowych objawów IDD.

Podsumowanie

Przedstawiony oryginalny cykl publikacji poświęcony jest badaniom nad epidemiologią i diagnostyką przesiewową zaburzeń lękowych u chorych z padaczką, które zostały przeprowadzone w pomorskim ośrodku epileptologii, prowadzonym przez Panią Doktor Lidę Michalak. W cyklu opublikowanych prac, korzystając ze specyfiki organizacji leczenia padaczki w Polsce, umożliwiającego prowadzenie badań epidemiologicznych w oparciu o populację konsekwentnych chorych dla obszaru objętego opieką trzeciorzędowych centrów referencyjnych, zdefiniowałem wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń lękowych u chorych z padaczką dla populacji polskiej wraz z definicją specyficznych punktów odcięcia dla wybranych skal lęku. Zaprezentowane w omawianym cyklu prace, w związku z zastosowaną metodologią pozwalają na weryfikację hipotez badawczych, postawionych w każdej z prac, w odniesieniu do danych dostępnych w literaturze. Dokonane obserwacje umożliwiają krytyczną dyskusję wyników badań w odniesieniu do doboru grup badanych, w szczególności przy uwzględnieniu, różnych właściwości psychometrycznych poszczególnych skal i ich przydatności jako narzędzi przesiewowych dla zaburzeń lękowych w padaczce.

Na szczególną uwagę zasługuje odnotowanie rozpowszechnienia zaburzeń lękowych u 16,7% chorych, z czego u 80% rozpoznano napady lęku panicznego co stanowi unikalną obserwację, gdyż epidemiologia zaburzeń lękowych u chorych z padaczką jest wciąż niedostatecznie poznana. Obserwacja ta jest istotna oraz zaskakująca również z uwagi na fakt, że dotychczas w większości doniesień najczęstszym zaburzeniem lękowym w padaczce był zespół lęku uogólnionego. Dodatkowo biorąc pod uwagę nieraz podobną morfologię napadów padaczki, napadów lęku i wynikające z tego trudności diagnostyczne rezultaty prac w prezentowanym cyklu mają duże znaczenie w codziennej pracy neurologa. Dla praktyki klinicznej szczególnie ważne wydaje się być określenie specyficznych dla populacji pacjentów z padaczką punktów odcięcia polskich wersji wybranych skal psychometrycznych w ocenie występowania zaburzeń lękowych. Pomoże to skompletować zestaw metod dla lekarza neurologa umożliwiający sprawną ocenę psychiatryczną pacjenta oraz podjęcie decyzji co do dalszego postępowania z chorym.

Ostatnią pracą w prezentowanym cyklu jest badanie dotyczące częstości występowania Między napadowego Zespołu Dysforycznego. Jest to praca, która dodatkowo łączy i porównuje przeprowadzone przeze mnie badania dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń nastroju oraz analogiczne wyniki dla omawianych w tym opracowaniu badań. Występowanie i symptomatologia IDD ma szczególne znaczenie praktyczne zarówno w rozpoznawaniu jak i leczeniu zaburzeń lękowych i afektywnych w padaczce. Wynika to z dużej współchorobowości tych zaburzeń u pacjentów z padaczką czego potwierdzeniem są wyniki również mojej pracy. Według wzorców objawów depresyjny nastrój, anergia i drażliwość były najczęściej występującymi cechami IDD w badanej grupie. W badaniu podkreśliłem znaczenie systematycznego podejścia opartego na obiektywnej ocenie objawów oraz stosowania zoperacjonalizowanych kryteriów diagnostycznych w rozpoznawaniu zaburzeń psychicznych współistniejących z padaczką. Wytyczyłem również kierunek rozwoju metodologii badawczej zaburzeń psychicznych w padaczce, który powinien obejmować zarówno skale samooceny jak i korespondujące wersje obiektywne tych narzędzi celem lepszego poznania i zweryfikowania czy IDD jest nozologicznie niezależna od innych zaburzeń psychicznych czy też, jest sztucznym tworem wynikającym wyłącznie z dużej współchorobowości różnych zaburzeń psychicznych w padaczce.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo – badawczych.

a) Analiza bibliometryczna (szczegółowa w Załączniku 6):

Sumaryczna wartość <i>Impact Factor</i> (wraz z pracami z cyklu habilitacyjnego)	71,380
Sumaryczna liczba punktów <i>MNiSW</i> (wraz z pracami z cyklu habilitacyjnego)	334
Wartość <i>Impact Factor</i> za prace, w których jestem pierwszym autorem	29,552
Liczba cytowań według bazy <i>Web of Science</i> (na dzień 27.03.2019)	79
Indeks <i>Hirscha</i> według bazy <i>Web of Science</i> (na dzień 27.03.2019)	6
Liczba cytowań według bazy <i>Scopus</i> (na dzień 27.03.2019)	144
Indeks <i>Hirscha</i> według bazy <i>Scopus</i> (na dzień 27.03.2019)	6

b) Opis pozostałego dorobku i osiągnięć naukowych:

Zaburzenia afektywne

Rozwijając zainteresowania zainicjowane badaniami prowadzonymi w obszarze afektywnym w padaczkę podjąłem prace nad oceną właściwości psychometrycznych skal nasilenia depresji w padaczkę. Badania te skutkowały opracowaniem walidacji polskich wersji tych skal z ustaleniem punktów odcięcia u pacjentów z padaczką. Nadrzędnym celem tych działań zarówno w obszarze afektywnym jak i lękowym, jest inicjatywa opracowania i wdrożenia do codziennej praktyki klinicznej baterii skal przesiewowych mającej na celu dostarczenie neurologom praktykom narzędzi, dzięki którym wykrywalność i co za tym idzie leczenie tych zaburzeń w padaczkę mogłoby ulec poprawie. (M.S. Wiglusz, J. Landowski, L. Michalak, W.J. Cubala, *Validation of the Polish version of the Beck Depression Inventory in patients with epilepsy*, *Epilepsy Behav.* 2017; vol. 77, s. 58-61. Opracowania dotyczące leczenia depresji w padaczkę; M.S. Wiglusz, J. Landowski, L. Michalak, W.J. Cubala, *Validation of the Polish Version of the Hamilton Rating Scale for Depression in patients with epilepsy*, *Epilepsy Behav.* 2016; vol. 62, s. 81-84; M.S. Wiglusz, J. Landowski, L. Michalak, W.J. Cubala, *Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with epilepsy*, *Epilepsy Behav.* 2016; vol. 58, s. 97-101; M.S. Wiglusz, J. Landowski, L. Michalak, W.J. Cubala, *Symptom frequency characteristics of the Hamilton Depression Rating Scale of major depressive disorder in epilepsy*, *Psychiatr. Danub.* 2015; vol. 27, suppl. 1, s. S227-S300; M.S. Wiglusz, J. Landowski, L. Michalak, W.J. Cubala, *Reevaluating the prevalence and diagnostic subtypes of depressive disorders in epilepsy*, *Epilepsy Behav.* 2015; vol. 53, s. 15-19; M.S. Wiglusz, W.J. Cubala, A. Włodarczyk, *Depression among patients with epilepsy : a diagnostic approach*, *Epilepsy Behav.* 2018; vol. 88, s. 396; W.J. Cubala, A. Włodarczyk, M.S. Wiglusz, J. Szarmach, *What really is a „gold standard” in depression recognition among patients with epilepsy?*, *Epilepsy Behav.* 2018; vol. 87, s. 249; N. Górka, J. Słupski, W.J. Cubala, M.S. Wiglusz, M. Gatuszko-Węgielnik, *Antidepressants in epilepsy*, *Neurol. Neurochir. Pol.* 2018; t. 52, nr 6, s. 657-661; M.S. Wiglusz, *Leczenie depresji w padaczkę*, *Terapia* 2007; R. 15, nr 6, z. 2, s. 28-34.)

Ważnym dla mnie obszarem jest również problematyka zaburzenia afektywnego dwubiegunowego w padaczkę ze szczególnym uwzględnieniem problemów diagnostycznych oraz wielowymiarowości leczenia, która doprowadziła do powstania szeregu opracowań w tym zakresie (Wiglusz MS, Cubala WJ, Agius M, Krysta K. *Bipolar disorder and epilepsy. Cutting Edge Psychiatry in Practice* 2013; 3: 299-305.; Wiglusz MS, Cubala WJ, Gatuszko-Węgielnik M, Jakuszkowiak-Wojten K, Landowski J. *Mood disorders in epilepsy - diagnostic and methodological considerations*. *Psychiatria Danubina* 2012; 24 Suppl 1: 44-50, M.S. Wiglusz, J. Landowski, W.J. Cubala, M. Agius, *Overlapping phenomena of bipolar disorder and epilepsy : a common pharmacological pathway*, *Psychiatr. Danub.* 2015; vol. 27, suppl. 1, S-177-S181.).

Farmakoterapia lekoopornych zaburzeń afektywnych

Stosunkowo nowym, aczkolwiek obecnie intensywnie rozwijanym kierunkiem badawczo-terapeutycznym, którym wraz z całym zespołem biorę udział jest leczenie lekoopornych przypadków depresji jednobiegunowej oraz dwubiegunowej za pomocą wlewów dożylnych ketaminy. W projekcie NCT02493868 (SUSTAIN-1) badałem zastosowanie donosowej esketaminy w farmakoterapii opornego na leczenie większego zaburzenia depresyjnego w leczeniu skojarzonym z monoaminergicznym lekiem przeciwdepresyjnym. Zaobserwowane wyniki pozwoliły na wyodrębnienie nowej grupy leków przeciwdepresyjnych o odrębnym od monoaminergicznego mechanizmie działania, która została zarejestrowana w tym roku jako produkt leczniczy. Prace nad badaniami wczesnych faz pozwoliły na stworzenie w Klinice Psychiatrii Dorosłych GUMed rejestru chorych leczonych ketaminą we wlewach dożylnych w ramach badania obserwacyjnego, prowadzonego od 2017 roku (NKBBN172/2017). Rejestr ten gromadzi systematyczne dane kliniczne dotyczące chorych, pozwalając na analizę bezpieczeństwa prowadzonego leczenia we wskazaniach pozarejestacyjnych. (J. Słupski, W.J. Cubała, N. Górską, M. Gałuszko-Węgielnik, M.S. Wiglus, *Role of copper in depression : relationship with ketamine treatment. Med. Hypotheses* 2018; vol. 119, s. 14-17)

Zaburzenia lękowe

Badania nad zaburzeniami afektywnymi i lękowymi oraz wymiarem dysforii/drażliwości w padaczce skłoniły mnie do poszerzenia zakresu zainteresowań o zaburzenia lękowe w szczególności w odniesieniu do wymiaru impulsywności w napadach lęku panicznego. Istotną częścią mojej aktywności badawczej są prace w grupie chorych z zaburzeniem panicznym w populacji charakteryzującej się brakiem wcześniejszej ekspozycji na leki psychotropowe, obejmujące badanie kliniczno-kontrolowane oraz badanie interwencyjne w odniesieniu do określonych miar biochemicznych i neuropsychologicznych. Prace trwające od 2012 roku skutkowały już obserwacjami wskazującymi na rolę deficytów w obrębie pamięci operacyjnej oraz wzmożonej impulsywności w patogenezie zaburzenia panicznego (Jakuszkowiak-Wojten K, Gałuszko-Węgielnik M, Racza A, Cubała WJ, Wiglus MS, Herstowska M, Landowski J. *Impulsivity in panic disorder: neuropsychological correlates. Psychiatria Danubina* 2013; 25 Suppl 2: 149-152.; Racza A, Jakuszkowiak-Wojten K, Gałuszko-Węgielnik M, Cubała WJ, Wiglus MS, Herstowska M, Landowski J. *Immediate and delayed visual memory and recognition in patients with panic disorders. Psychiatria Danubina* 2013; 25 Suppl 2: 146-148.; Jakuszkowiak-Wojten K, Gałuszko-Węgielnik M, Racza A, Cubała WJ, Wiglus MS, Herstowska M, Landowski J. *Cognitive correlates in panic disorder as related to impulsivity - preliminary report. Psychiatria Danubina* 2012; 24 Suppl 1: 41-43.).

Zaburzenia psychotyczne

Oprócz zaburzeń afektywnych i lękowych dość częstym problemem zarówno diagnostycznym jak i leczniczym są zaburzenia psychotyczne w padaczce, które szczególnie często mogą towarzyszyć zaburzeniom afektywnym, czy IDD. Z racji ścisłej współpracy z epileptologiem dr Lidią Michalak nie tylko w sferze badawczej ale również konsultacyjno-leczniczej wspólnie prowadzimy pacjentów wymagających ścisłej współpracy neurologa i psychiatry. Zaowocowało to opisem serii przypadków współchorobowości zaburzeń psychotycznych i padaczki (M. Wiglus, J. Landowski. *Zaburzenia psychotyczne u chorych na padaczkę : opis przypadków. Epileptologia* 2007; t. 15, nr 3, s. 241-254.)

W ostatnim czasie rozwinąłem również zainteresowania związane z psychofarmakologią schizofrenii co zaowocowało szeregiem prac jak również badaniem obserwacyjnym, które jest aktualnie przeprowadzane w naszej Klinice. (J. Szarmach, A. Włodarczyk, W.J. Cubała, M.S.

Wiglusz, *Benzodiazepines as adjunctive therapy in treatment refractory symptoms of schizophrenia*, *Psychiatr. Danub.* 2017; vol. 29, suppl. 3, s. S379-S382.; A. Włodarczyk, J. Szarmach, W.J. Cubala, M.S. Wiglusz, *Benzodiazepines in combination with antipsychotic drugs for schizophrenia: GABA-ergic targeted therapy*, *Psychiatr. Danub.* 2017; vol. 29, suppl. 3, s. S375-S378.; A. Włodarczyk, M.S. Wiglusz, W.J. Cubala, *Ketogenic diet for schizophrenia: nutritional approach to antipsychotic treatment*, *Med. Hypotheses* 2018; vol. 118, s. 74-77.)

Psychiatria konsultacyjna

Komplementarnie do prowadzonych badań w sferze zaburzeń afektywno-lękowych, pracując w wielospecjalistycznym szpitalu uniwersyteckim, zająłem się wybranymi praktycznymi obszarami psychiatrii konsultacyjnej, obejmującymi, neurologię i diagnostykę obrazową oraz choroby tkanki łącznej.

Praktyka psychiatrii konsultanta owocowała cyklem publikacji z zakresu specyficznych działań niepożądanych zolpidemu wraz z dyskusją dotyczącą obserwacji wybranych elementów ryzyka ich rozwinienia, z których na szczególną uwagę zasługuje obserwacja wskazująca na rolę płci w metabolizmie zolpidemu oraz w odniesieniu do wybranych działań niepożądanych (Wiglusz MS, Cubala WJ, Nowak P, Jakuszkowiak-Wojten K, Landowski J, Krysta K. *Sibutramine-associated psychotic symptoms and zolpidem-induced complex behaviours: implications for patient safety*. *Psychiatria Danubina* 2013; 25 Suppl 2: 143-145.; Cubala WJ, Wiglusz M, Burkiewicz A, Gałuszeko-Wegielnik M. *Zolpidem pharmacokinetics and pharmacodynamics in metabolic interactions involving CYP3A: sex as a differentiating factor*. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2010; 66: 955.)

W publikacjach z dziedziny psychiatrii konsultacyjnej zająłem się również opisem klinicznym wybranych przypadków pacjentów z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz epidemiologii i symptomatologii współwystępujących w ich przebiegu zaburzeń psychicznych, także z uwzględnieniem roli diagnostyki obrazowej (Czarnowska-Cubala M, Wiglusz MS, Cubala WJ, Jakuszkowiak-Wojten K, Landowski J, Krysta K. *MR findings in neurosyphilis-a literature review with a focus on a practical approach to neuroimaging*. *Psychiatria Danubina* 2013; 25 Suppl 2: 153-157.; M. Czarnowska-Cubala, A. Włodarczyk, J. Szarmach, K. Gwoździiewicz, J. Pieńkowska, M.S. Wiglusz, W.J. Cubala, K. Krysta, *Neurosyphilis : the white matter disintegration? : two case reports*. *Psychiatr. Danub.* 2017; vol. 29, suppl. 3, s. S387-S390.)

W moich zainteresowaniach w obszarze psychiatrii konsultacyjnej znajduje się również diagnostyka i leczenie zaburzeń psychicznych u pacjentów z chorobami autoimmunologicznymi, ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki obrazu klinicznego i leczenia zarówno zaburzeń afektywnych jak i psychotycznych (M. Domżańska, M.S. Wiglusz, M. Chylińska, M. Siemiński, Z. Czuszyńska, Z. Zdrojewski, *Zajęcie układu nerwowego w zespole Sjögrena*, *Neurol. Prakt.* 2015; t. 15, nr 6, s. 6-15.).

Zaburzenia funkcji poznawczych

W ostatnich latach zająłem się również tematyką zaburzeń funkcji poznawczych, w zakresie diagnostyki neuropsychologicznej przede wszystkim celem wczesnego wykrywania oraz leczenia łagodnych funkcji poznawczych w przebiegu choroby Alzheimera jak również w zaburzeniach nastroju oraz schizofrenii. (K Krysta, A. Sobieraj, L. Wyłężak, M.S. Wiglusz W.J. Cubala, A. Włodarczyk, J. Szarmach, *How to manage a patient with bipolar who is starting to develop cognitive decline as a result of dementia*, *Cutt. Edge Psychiatr. Pract.* 2018; nr 3, s. 295-298; K. Krysta, S. Murawiec, A. Kasik, M.S. Wiglusz, I. Krupka-Matuszczyk, *Sex-specific differences in cognitive functioning among schizophrenic patients*, *Psychiatr. Danub.* 2013; vol. 25, suppl. 2, s. S244-S246)

Pogłębienie zainteresowań w tej dziedzinie zaowocowało w 2017 roku współuczestwem w projekcie finansowanym z Narodowych Instytutów Zdrowia USA (National Institutes of Health - NIH) zatytułowanym „Badanie pilotażowe celem oceny językowej i kulturowej poprawności tłumaczenia narzędzia wirtualnej rzeczywistości do oceny wydolności funkcjonalnej [A pilot study to assess the linguistic and cultural accuracy of the translated Virtual Reality Functional Capacity Assessment Tool] (VRFCAT)” (numer grantu 2R44MH084240-04), który obecnie jest w końcowej fazie realizacji.

Działalność w roli recenzenta

Jestem aktywnym recenzentem w czasopismach naukowych polskich i międzynarodowych. Wykonałem dotychczas 24 recenzje w tym 23 w pismach z IF, z czego 18 recenzji w czasopismach międzynarodowych. (Załączniki 2).

6. Działalność dydaktyczna.

Od początku pracy na Uczelni jestem zaangażowany w czynną działalność dydaktyczną, prowadząc zajęcia z psychiatrii dla studentów III, IV i VI roku Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii wraz z oddziałem anglojęzycznym. Od 2012 roku jestem kierownikiem administracyjnym opiekując się studentami oddziału English Division Wydziału Lekarskiego GUMed. W całym okresie pracy zawodowej regularnie biorę czynny udział w szkoleniu podyplomowym, prowadząc wykłady z zakresu psychofarmakologii, również dla lekarzy spoza kręgu psychiatrii. Jestem również kierownikiem specjalizacji 3 lekarzy w dziedzinie psychiatrii, a 4 lekarzy dotychczas ukończyło specjalizację pod moją opieką.

W 2019 roku uczestniczyłem w programie telewizyjnym „Warto Życ” TVP3 Gdańsk dotyczącym obaw i stereotypach związanych w leczeniem się u specjalistów psychiatrów i psychologów.

W 2014 z ramienia uczelni i w powiązaniu z Fundacją Watch Health Care, uczestniczyłem w seminarium eksperckim dotyczącym specyficzności potrzeb zdrowotnych osób LGBT inaugurującym projekt „Pełny dostęp – edukacja dla sektora ochrony zdrowia”, które odbyło się w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, w Warszawie

W 2011 roku zostałem zaproszony jako wykładowca, w ramach współpracy międzynarodowej na 15 zjazd psychiatryczny Czecho-Słowacki. (M.S. Wiglus, *Is the psychopathology of mood disorders in epilepsy different from that of non-epileptic patients? : a clinical perspective [W:] Společně na cestě k moderní psychiatrii : sborník příspěvků 15. česko-slovenského psychiatrického sjezdu s mezinárodní účastí, Brno, 12.-15.10.2011. Praha : Tribun EU, 2011. S. 135-141).*

Od 2012 roku w ramach współpracy międzynarodowej, biorę aktywny udział w spotkaniach naukowo-badawczych w Clare Collage, Cambridge. (*Meeting of Psychiatry research groups. Clare College, Cambridge, UK, 06-08.09.2012*) Efektem wspólnej pracy badawczej są publikacje współautorstwa mojego oraz doktora Mark Agius z Department of Psychiatry University of Cambridge. UK oraz dr hab Krzysztofa Krysta Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, z Polski z którymi wspólnie realizowaliśmy projekty naukowe oraz związane z działalnością edukacyjną dla służby zdrowia w UK (M.S. Wiglus, J. Landowski, W.J. Cubała, M. Agius, *Overlapping phenomena of bipolar disorder and epilepsy : a common pharmacological pathway, Psychiatr. Danub. 2015; vol. 27, suppl. 1, S-177-S181; M.S. Wiglus, M. Agius, K. Krysta, W.J. Cubała, Bipolar disorder and epilepsy, Curr. Edge Psychiatr. Pract. 2013; nr 3, s. 299-305.; K Krysta, A. Sobieraj, L. Wyleżak, M.S. Wiglus W.J. Cubała, A. Włodarczyk, J. Szarmach, How to manage a patient with bipolar*

who is starting to develop cognitive decline as a result of dementia, Curr. Edge Psychiatr. Pract. 2018; nr 3, s. 295-298.; M. Czarnowska-Cubała, M.S. Wiglusz, W.J. Cubała, K. Jakuszkowiak-Wojten, J. Landowski, K. Krysta, MR findings in neurosyphilis : a literature review with a focus on a practical approach to neuroimaging, Psychiatr. Danub. 2013; vol. 25, suppl. 2, s. S153-S157.; J. Krysta, K. Krysta, K. Zawada, W.J. Cubała, M.S. Wiglusz, K. Jakuszkowiak-Wojten, Development of vocational training systems for patients with intellectual disability in Poland, Psychiatr. Danub. 2015; vol. 27, suppl. 1, s. S401-S407; K. Krysta, S. Murawiec, A. Warchala, K. Zawada, W.J. Cubała, M.S. Wiglusz, K. Jakuszkowiak-Wojten, M. Krzystanek, I. Krupka-Matuszczyk, Modern indications for the use of opipramol, Psychiatr. Danub. 2015; vol. 27, suppl. 1, s. S435-S437.; K. Krysta, M. Krzystanek, W.J. Cubała, M.S. Wiglusz, K. Jakuszkowiak-Wojten, M. Gatuszko-Węgielnik, M. Czarnowska-Cubała, J. Szarmach, A. Włodarczyk, M. Janas-Kozik, The role of hormones and inflammatory markers in cognitive functioning of schizophrenic patients, Psychiatr. Danub. 2018; vol. 29, suppl. 3, s. S664-S666.; K. Krysta, M. Krzystanek, W.J. Cubała, M.S. Wiglusz, K. Jakuszkowiak-Wojten, M. Gatuszko-Węgielnik, M. Czarnowska-Cubała, J. Szarmach, A. Włodarczyk, M. Janas-Kozik, Telepsychiatry and virtual reality in the treatment of patients with intellectual and developmental disabilities, Psychiatr. Danub. 2018; vol. 29, suppl. 3, s. S656-S659; K. Krysta, A. Sobieraj, L. Wyłężak, M.S. Wiglusz, W.J. Cubała, A. Włodarczyk, J. Szarmach, How to manage a patient with bipolar who is starting to develop cognitive decline as a result of dementia, Curr. Edge Psychiatr. Pract. 2018; nr 3, s. 295-298)

W ramach współpracy między ośrodkami badawczymi brałem czynny udział w konferencjach międzynarodowych (*The Cambridge Luton International Conference on Mental Health, Clare College, Cambridge, UK, 05-07.09.2013; 2015 5th Biennial Cambridge & Bedford International Conference on Mental Health, Cambridge, UK, 11-14.09. 2015 6th Cambridge International Conference on Mental Health, Cambridge, UK, 20-22.09.2017*)

7. Działalność zawodowa i organizacyjna.

Od rozpoczęcia w 2000 roku pracy zawodowej jestem związany z Kliniką Psychiatrii Dorosłych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (dawniej I Kliniką Chorób Psychiczych Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 w Gdańsku). Począwszy od 2012r. pełnię funkcję zastępcy Ordynatora Kliniki, prowadząc oddział ogólnopsychiatryczny kliniki.

W okresie swojej pracy zawodowej brałem również udział w realizacji 42 badań klinicznych w obszarze psychofarmakologii, obejmujących wskazania terapeutyczne w grupach zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, schizofrenii i choroby Alzheimer'a. W jednym z tych badań byłem zaangażowany w roli Głównego Badacza. Uczestnicząc aktywnie w szkoleniu badaczy pełniłem również funkcje konsultanta językowego w zakresie certyfikacji skali PANSS i MADRS.

Marion Wiglusz
23/09/2018