

Sprawozdanie z warsztatów „Depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu” przeprowadzonych w trakcie Kongresu TOP MEDICAL TRENDS 2024

Poznań, 16 marca 2024 r.

Sławomir Murawiec

Harmonia – Poradnia Zdrowia Psychicznego, Grupa LUX MED, Warszawa

Psychiatria Spersonalizowana 2024; 3(1)

DOI: <https://doi.org/10.5114/psychs.2024.138718>

Kongres TOP MEDICAL TRENDS (TMT), którego organizatorem jest Termedia, to największe wydarzenie medyczne w Polsce. W jego tegorocznej edycji wzięło udział ponad trzy tysiące lekarzy. Uczestnikami tego spotkania są przede wszystkim osoby pracujące w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), ale też lekarki i lekarze wielu innych specjalności, dla których wykłady i warsztaty przygotowało w tym roku ponad 150 wykładowczyń i wykładowców.

Tematyka psychiatryczna budzi wielkie zainteresowanie w trakcie kongresu, co znajduje wyraz w dużej liczbie uczestników sesji poświęconych zaburzeniom psychicznym. W bieżącym roku oprócz kilku sesji wykładowych dotyczących psychiatrii w programie TMT przewidziano także warsztaty zatytułowane „Depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu”, których byłem prowadzącym. Celem tego sprawozdania jest podzielić się kilkoma refleksjami na temat przebiegu warsztatów i treści, które pojawiły się w ich trakcie.

Przygotowując warsztaty, wyszedłem z założenia, że prawidłowe diagnozowanie i leczenie depresji, zaburzeń lękowych i zaburzeń snu obejmuje szereg elementów opartych na rozmowie z pacjentem, których zakończeniem bywa zaproponowanie leczenia farmakologicznego. Warsztaty oparte wyłącznie na

kształtowaniu umiejętności trafnego doboru leku obejmowałyby jednak swoją treścią tylko wycinek tego, co realnie się dzieje albo powinno się dziać w trakcie diagnozowania i inicjowania leczenia zaburzeń psychicznych. Ważne, a być może podstawowe są tzw. umiejętności miękkie – kompetencje komunikacyjne użyteczne w relacji lekarz–osoba leczona. W związku z tym postanowiłem skupić się na wymianie doświadczeń z osobami uczestniczącymi w warsztatach na temat sposobów komunikacji podczas diagnozowania, przedstawiania diagnozy i rozpoczęcia leczenia osób z problemami dotyczącymi zdrowia psychicznego. Te umiejętności mogą mieć kluczowe znaczenie dla powodzenia leczenia. Efektywna komunikacja może prowadzić do dobrej współpracy z pacjentem, a mniej efektywna do zakłóceń tej współpracy. Wewnętrzne przekonanie pacjentki lub pacjenta co do zasadności postawionej diagnozy i sensowności zaproponowanego leczenia mogą wpływać na skuteczność postępowania terapeutycznego lub nawet decydować o jego powodzeniu. W związku z tym warsztaty zostały oparte na rozmowie, wymianie doświadczeń i pomysłów dotyczących:

- wykrywania zaburzeń depresyjnych, lękowych i zaburzeń snu u pacjentów zgłaszających się po pomoc do lekarzy POZ,

Autor do korespondencji:

dr hab. Sławomir Murawiec, Harmonia – Poradnia Zdrowia Psychicznego, Grupa LUX MED, Warszawa, e-mail: smurawiec@gmail.com

- stawiania i komunikowania diagnozy,
- proponowania postępowania leczniczego, w tym farmakoterapii,
- zasad doboru konkretnych substancji leczniczych (psychofarmakoterapii) w zakresie zaburzeń będących tematem warsztatów.

Warsztaty zgromadziły uczestniczki i uczestników, którzy zapelnili całą salę przewidzianą na ich przeprowadzenie. Zostały rozpoczęte otwartym pytaniem, które odnosiło się do problemów, jakie napotkali oni w swojej praktyce klinicznej w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Zapewne nie było przypadkiem, że pierwsza wypowiedź odnosiła się do problemu traumy i samobójstwa pacjenta. Zaburzenia psychiczne wiążą się niekiedy z sytuacjami dramatycznymi, na przykład z samobójstwem, ale także kojarzą się przede wszystkim z nimi. Kiedy pojawia się temat psychiatrii, następuje skojarzenie z najbardziej skrajnymi wydarzeniami. W tym wypadku było ono oparte na osobistych doświadczeniach uczestnika warsztatów i emocjach z nimi związanych. Ale patrząc szerzej – sytuacje dramatyczne, traumatyczne to dla wielu osób pierwsze skojarzenie z zaburzeniami psychicznymi i psychiatrią. Dodatkowo u lekarzy prowadzących pacjentów, którzy popełnili samobójstwo, taka sytuacja wiąże się z poczuciem winy i pytaniami, czy można było coś zrobić inaczej lub lepiej, aby temu zdarzeniu zapobiec. Jest to więc niezwykle obciążające psychicznie dla lekarzy prowadzących leczenie osób z problemami natury psychicznej. Uczestnik warsztatów bardzo wyraźnie wskazał zarówno na traumy i dramatyczną sytuację rodziny, w której doszło do samobójstwa, jak i na własne obciążenia psychiczne z tym związane. Dyskusja na temat traumy została podjęta przez innych uczestników.

Tematem kolejnej części warsztatów były umiejętności wykrywania (*screeningu*) w praktyce lekarzy POZ pacjentów i pacjentek, którzy mogą doświadczać zaburzeń psychicznych. Uczestnicy warsztatów ocenili swoje umiejętności w tym zakresie jako dobre, wskazując, że są w stanie „wyłapać” wśród osób zgłaszających się po pomoc te, których doznania wynikają z depresji, lęku i zaburzeń snu. Problem zidentyfikowany w tej części warsztatów dotyczył sytuacji, w których osoby z zaburzeniami psychicznymi nie potwierdzały tych podejrzeń diagnostycznych i nie zgłaszały istnienia sytuacji problemowych w swoim życiu. Wydaje się, że diagnoza zaburzeń psychicznych jest dla lekarzy POZ bardziej zrozumiała w sytuacji, kiedy osoba zgłaszająca się po pomoc informuje o wyraźnych okolicznościach poprzedzających, które w pewien sposób uzasadniają wystąpienie zaburzeń. Część warsztatów poświęcono sytuacjom, w których w życiu osób z zaburzeniami

psychicznymi nie dzieje się nic, co w „realistycznym” wymiarze wydarzeń zewnętrznych może stanowić źródło stresu życiowego, a mimo to doświadczają one np. depresji. Jako prowadzący omówiłem kilka możliwych sytuacji, które mogą prowadzić do pogorszenia stanu psychicznego i funkcjonowania przy jednoczesnym wywiadzie od pacjenta wskazującym, że w jego życiu „nic złego się nie dzieje, wszystko jest w porządku”. Mogą to być np. progi wiekowe, osiągnięcie wieku budzącego skojarzenia z chorobą lub śmiercią osób bliskich (i odniesienie tego do siebie) albo obniżenie nastroju u osób, które mają bardzo wysoko postawioną poprzeczkę celów i doświadczają poczucia, że jeśli tych celów nie zrealizowały, to ich życie „się skończyło, nie ma sensu”. Innym przykładem sytuacji, w której osoby z problemami psychicznymi mówią o bardzo dobrej sytuacji życiowej, są pacjenci w wieku średnim, którzy przeżywają pytania o sens dalszej pracy np. w korporacji i spędzenia reszty życia na realizacji celów wyznaczanych przez innych. Ich sytuacja materialna i pozycja są często bardzo dobre, a mimo to mogą się u nich pojawiać stany obniżenia nastroju, obniżenia napędu, drażliwość i poczucie bezsensu prowadzące do poważnego pogorszenia funkcjonowania. Źródłem stresu mogą więc być nie tylko wydarzenia w realnym życiu, lecz także pewne przeżycia wewnętrzne.

Kolejnym zidentyfikowanym obszarem nastrożającym pewnych trudności okazało się przekazywanie diagnozy. Uczestniczki i uczestnicy warsztatów relacjonowali nie w pełni nazwany problem dotyczący przedstawiania diagnozy np. depresji osobom z tym zaburzeniem. Przykładowe próby „obejścia” bezpośredniego poinformowania o diagnozie obejmowały wykorzystanie kwestionariuszy wypełnianych przez pacjentów. Ta metoda pośredniego informowania polega na przekazaniu pacjentowi kwestionariusza dotyczącego depresji z założeniem, że jeśli wyniki będą na to wskazywały, to pacjent w ten sposób sam przekona się (dowie się) o diagnozie. Inny sposób to pominięcie tematu diagnozy i zaproponowanie pacjentowi leczenia z informacją, że po zaoferowanych lekach czuje się lepiej. W takiej sytuacji powód leczenia nie jest nazwany i w złożeniu ma być ono uzasadnione poprawą samopoczucia po lekach. Dwoje uczestników warsztatów wskazało metodę przekazania diagnozy, która wydaje się optymalna. Padła propozycja odwołania się do słów (skarg) pacjentów opisujących swoje złe samopoczucie i następnie poinformowania, że ten opis objawów wskazuje na diagnozę depresji (lub odpowiednio innego zaburzenia). Odwołanie się do słów pacjentki lub pacjenta i ich przytoczenie może dać tym osobom poczucie, że lekarz usłyszał i zrozumiał ich skargi i że diagnoza przez niego

postawiona dokładnie odpowiada temu, co przeżywają. Może to promować wewnętrzne przekonanie osoby leczonej, że diagnoza jest trafna, a leczenie uzasadnione, a przez to poprawiać współpracę w leczeniu.

Tematem, który – jak się okazało w trakcie warsztatów – wymaga pogłębienia, są psychologiczne aspekty włączania leczenia farmakologicznego. Uczestniczkom i uczestnikom zaproponowano, aby przed zaleceniem leczenia farmakologicznego zadali pacjentce lub pacjentowi pytanie o skojarzenia związane z włączeniem leków przeciwdepresyjnych (lub innych leków psychotropowych), a także o skojarzenia z konkretną substancją przed wypisaniem recepty. Takie pytania mogą ujawnić niechętny albo lękowy stosunek pacjenta lub pacjentki do leczenia, co powinno być omówione przed jego rozpoczęciem. Sytuacja, w której chory może nie wykupić leku, ponieważ będzie się bał jego działania, powinna być zidentyfikowana już w momencie inicjowania terapii. Podobnie sytuacja, w której dany lek był już przyjmowany przez pacjenta i nie przyniósł poprawy albo był przyjmowany przez kogoś z otoczenia i pacjent ma z nim negatywne skojarzenia. Osoby uczestniczące w warsztatach zwróciły uwagę na dodatkowy czas wizyty, którego wymagałoby stawianie pytań o te aspekty farmakoterapii.

Ostatnia część warsztatów była poświęcona wyborowi leków w terapii depresji, lęku i zaburzeń snu. Omówiono zasady profilowania doboru leków w kontekście obrazu klinicznego i potrzeb pacjentek i pacjentów. Wskazano na różne profile działania dostępnych leków, które mogą być dopasowywane do obrazu klinicznego zaburzeń, osoby pacjenta i sytuacji, w jakiej się znajduje. Osoby uczestniczące w warsztatach wykazały się bardzo dobrą znajomością leków stosowanych w terapii wyżej wymienionych zaburzeń i ich działania na poszczególne objawy (np. zaburzenia snu).

Lekarze POZ uczestniczący w warsztatach wielokrotnie podkreślali, że dobrze znają swoich pacjentów i są z nimi w długoterminowym kontakcie. W związku z tym oceniali, że wykrywanie pogorszenia samopoczucia, przedstawianie diagnozy i proponowanie leczenia odbywa się w ich praktyce w specyficznym kontekście już uprzednio zbudowanych dobrych relacji z osobami będącymi pod ich opieką. Taki wypracowany długoterminowo kontakt z pewnością umożliwi bardziej osobistą i mniej formalną rozmowę z pacjentkami i pacjentami oraz przekazywanie różnych informacji i zaleceń terapeutycznych w przystępny, akceptowalny sposób. W związku z tym przedstawione wyżej doświadczenia z warsztatów powinny być rozpatrywane także z uwzględnieniem tej okoliczności, w której formuła

informacji o diagnozie zaproponowana przez jednego z uczestników: „depresja pana dopadła”, może być odbierana jako wyraz troski lekarza.

W podsumowaniu zwraca uwagę fakt, że podejście do zaburzeń psychicznych i diagnozy nadal może się rozciągać pomiędzy dwoma obszarami: przerażającymi, skrajnymi sytuacjami i nieokreślonym cierpieniem, którego nazwanie wprost może budzić obawy.