

Czego psychiatrzy mogą pozazdrościć kardiologom czy onkologom, jaki powinien być współczesny model opieki psychiatrycznej, jakie są największe wyzwania i problemy w praktyce psychiatrii oraz o najczęstszych błędach popełnianych przez lekarzy POZ w diagnostyce i terapii pacjentów ze schorzeniami psychiatrycznymi mówi **dr Sławomir Murawiec**, specjalista psychiatra, psychoterapeuta z Centrum Terapii Dialog w Warszawie.

Psychiatra i lekarz POZ – partnerstwo to podstawa

Jakie są aktualnie największe wyzwania i problemy w praktyce psychiatrii z punktu widzenia lekarza praktyka?

Z punktu widzenia psychiatrii jako całości wciąż najważniejszym problemowym zagadnieniem jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego – NPOZP. Został on przygotowany przez psychiatrów i uchwalony przez Radę Ministrów w 2010 r. Zyskał więc aprobatę najwyższych władz państwowych, a poszczególne ministerstwa są zobowiązane do jego realizacji. Zdaniem środowiska dokument ten został bardzo dobrze przygotowany, odpowiada współczesnym kierunkom rozwoju psychiatrii i jest gotowy do wdrożenia, niemniej jednak nie został zrealizowany. To wręcz klęska realizacyjna pierwszego etapu NPOZP. Nie zostało zapewnione jego finansowanie, dlatego zatrzymaliśmy się na przygotowaniu programu, który skądinąd jest wysoko oceniany

Lekarze POZ są często w trudnej sytuacji. Trafiają do nich pacjenci, których problemy mają naturę psychiczną, a nazywane są językiem dolegliwości somatycznych.

w Europie. W związku z tym głównym zadaniem środowiska psychiatrów jest teraz przygotowanie poprawionego NPOZP, możliwego do wdrożenia w najbliższych latach, który będzie dostosowany do realiów i możliwości. A cel to jego realizacja. Oczywiście – tak jak poprzednio – wszystko zależy od finansowania.

W tej materii możemy pozazdrościć siły przebicia kardiologom czy onkologom. W naszym odbiorze, jako psychiatrów, ich możliwości dotarcia ze swoimi postulatami są dużo większe niż nasze. Upraszczając – serce czy nowotwory łatwiej przebijają się zarówno do świadomości społeczeństwa, jak i polityków. Psychiatria, jej potrze-

by i problemy nie są tak medialne, nośne, co przekłada się także na wsparcie finansowo-instytucjonalne i systemowe. Bezsprzecznie wspomniane dziedziny medycyny należy dobrze finansować, jednak takiego podejścia psychiatrzy mogą tylko pozazdrościć. Chcielibyśmy mieć taką łatwość w przebijaniu się ze swoimi problemami, sugestiami i potrzebami.

W tej chwili jesteśmy w miejscu, kiedy z jednej strony cieszymy się, że NPOZP nie utonął w Narodowym Programie Zdrowia, z drugiej mamy świadomość, że należy zacząć jego realizację z korzyścią dla pacjentów.



Fot. archiwum

To wyzwanie na poziomie kraju, systemu, psychiatrów i społeczeństwa.

Wśród wyzwań i problemów w skali mikro zwróciłbym uwagę na kolejki. Pacjenci nadal długo czekają na wizytę u lekarza psychiatry, co nie powinno mieć miejsca. Osoby z depresją, myślami samobójczymi nie powinny czekać miesiącami na kontakt ze specjalistą. A niestety tak się dzieje. Należy zauważyć, że chorzy tacy nie korzystają z pomocy pogotowia, jak np. pacjenci z bólem serca. Czekają w przysłowiowej kolejce do psychiatry. Zauważalne są także dysproporcje kadrowe. W wielu szpitalach, w ich strukturach, są ordynatorzy oraz osoby, które dopiero uczą się zawodu. Widoczny jest odpływ specjalistów z tzw. pokolenia pośredniego. Najczęściej do prywatnej praktyki i za granicę. W efekcie jest kierownik i „ktoś” do pracy. Brakuje wyedukowanych i doświadczonych lekarzy, którzy mogliby uczyć i wdrażać kolejne pokolenie.

Organizacja opieki nad pacjentem psychicznie chorym – sukcesy, porażki?

Patrząc na pozytywne w psychiatrii, należy zauważyć, że w tym roku przyznano 150% rezydentur, na które zgłosili zapotrzebowanie specjaliści wojewódzcy w dziedzinie psychiatrii. To ważny sygnał, zwrócenie uwagi, że jest to licząca się specjalizacja, odpowia-

dająca na istotne potrzeby społeczne. Negatywów, jak w każdej dziedzinie medycyny, nie brakuje. Problemem wciąż są kwestie refundacji leków – zarówno w depresji, w której leczeniu pojawiły się dwie nowe molekuly, jak i schizofrenii, gdzie wprowadzane są sposoby leczenia oparte na lekach o przedłużonym działaniu, niestety bez nowych refundacji wraz z pojawianiem się kolejnych preparatów. Gdy nie ma refundacji, apteki windują ceny, co odbija się na pacjencie. Dlatego postulujemy, by w miarę pojawiania się nowych sposobów leczenia następował stopniowo postęp w refundacji.

Odnosząc się do opieki nad pacjentem, wróć do stopnia organizacji. Ważne by było, aby dzięki NPOZP na poziomie powiatów był dostęp do co najmniej poradni oraz zespołów leczenia środowiskowego. Obecnie zgodnie ze „starą” psychiatrią, tak zwaną azylową, pacjenci kierowani są do dużych, profilowych jednostek, najczęściej daleko od ich miejsca zamieszkania. Czyli wielkich szpitali psychiatrycznych zlokalizowanych na obrzeżach dużych aglomeracji miejskich. Szpital psychiatryczny jest wciąż potrzebną jednostką opieki i spełnia ważne funkcje, ale w takim układzie geograficznym osoby te czują się wyrwane ze swojego środowiska. Jeśli zauważają jakieś niepokojące objawy chorobowe, często to ukrywają – „nie zgłoszę się do lekarza, bo

mnie wywozą”. Takim zjawiskom miałyby przeciwdziałać psychiatria oparta na środowisku lokalnym. Chodzi o to, by ośrodek psychiatryczny znajdował się w pobliżu, w niczym niewyróżniającej się kamienicy, był dostępny i nie budził poczucia grozy, co niekiedy ma miejsce w przypadku umieszczenia w dużym szpitalu psychiatrycznym. Tego typu placówki są oczywiście potrzebne, ale w innym zakresie. Gdyby powstała taka sieć, w danym powiecie byłaby możliwość uzyskania szybkiej i różnorodnej pomocy w poradni, na oddziale dziennym czy w ramach leczenia środowiskowego u pacjenta w domu. Ważne jest, by powstały oddziały psychiatryczne w tzw. szpitalach ogólnych. Chodzi o to, by oddziały takie były w lokalnych szpitalach, tak jak internia, ginekologia, chirurgia itp. Psychiatria nabiera wtedy innego wymiaru, ma ludzką twarz. Pacjent nie jest przewożony do dużego, odległego szpitala psychiatrycznego, tylko leczony w znanej mu placówce w jego własnym mieście. Do takiego modelu chcemy dążyć. Z naszego punktu widzenia szukanie pomocy stanie się dzięki temu bardziej przyjazne dla pacjentów i jednocześnie pomoc ta będzie oszczędzona w kontekście lokalnym.

Jakie błędy najczęściej popełniają lekarze POZ w diagnostyce i terapii takich chorych? Czy lekarze POZ są przygotowani do opieki nad pacjentem z problemami psychicznymi?

Chciałbym powiedzieć, że lekarze POZ są często w szczególnie trudnej sytuacji. Trafiają do nich pacjenci, których problemy mają naturę psychiczną, a nazywane są językiem dolegliwości somatycznych. Ja mam łatwiej, ponieważ pacjent, który do mnie przychodzi, wie, że jestem psychiatrą i że będziemy rozmawiali o problemach emocjonalnych, psychicznych czy psychiatrycznych. Takie zdefiniowanie bardzo ułatwia rozmowę. Z mojego doświadczenia wynika, że znacząca część pacjentów trafiających do POZ ma problemy natury emocjonalnej, psychicznej, życiowej. Z jednej strony do lekarzy POZ trafiają osoby z chorobą cielesną, somatyczną, a z drugiej osoby, które przychodzą jak do lekarza od medycyny somatycznej, ale tak naprawdę mają chorobę duszy. W swojej praktyce lekarze ci stykają się praktycznie ze wszystkim – od depresji, zaburzeń lękowych, po problemy alkoholowe, z dopalaczami czy wynikające z trudności życiowych, np. utraty pracy. Mają styczność z psychiatrą w wymiarze „nienazwanym”. Jednocześnie jest w tym wymiar jeszcze trudniejszy – mają do czynienia ze stanami, które można by nazwać psychiczno-cielesnymi,

tj. z takimi, gdy różne problemy psychiczne manifestują się cieleśnie, psychosomatycznie, somatyzacyjnie. Często problem dotyczy życia, emocji, a objawia się np. przez żołądek czy serce, co stanowi trudność diagnostyczną.

Zdarzającym się błędem jest pójście na łatwiznę, tj. przepisywanie z automatu benzodiazepin – leków przeciwlękowych, uspokajających, miorelaksacyjnych. Tak łagodzi się dolegliwości pacjenta, ale nie leczy. Takie postępowanie może prowadzić do uzależnienia, zaburzeń pamięci. Można to przyrównać do leczenia poważnych chorób jedynie lekami przeciwbólowymi. Niemniej lekarz POZ może skutecznie leczyć pacjenta z problemami natury psychiatrycznej, pod warunkiem że je prawidłowo rozpozna. Depresja jest zaburzeniem, które nie tak trudno rozpoznać. Włączając trafne leczenie, w krótkim czasie można uzyskać sukces terapeutyczny i poprawę stanu pacjenta.

Ważne jest też osobiste nastawienie lekarzy POZ jako ludzi do chorób psychiatrycznych i ich nastawienie jako lekarzy niepsychiatrów do leczenia psychiatrycznego, co bywa problemem. Problemem może być własny lęk przed tego rodzaju kłopotami, zwłaszcza jeśli lekarz sam się z nimi bezskutecznie boryka w swoim życiu lub wśród bliskich. Mam także na myśli podejście typu „w tym przypadku nic nie da się zrobić” czy poczucie, że objawy chorobowe stanowią naturalną część życia pacjenta, np. u osób starszych z problemami depresyjnymi. Osoba w starszym wieku, np. po utracie kogoś bliskiego – męża, żony, nie musi trwać już do końca życia w żałobie lub depresji. Po odpowiednim leczeniu może ponownie być aktywna, a nawet cieszyć się życiem.

Które jednostki chorobowe sprawiają największe trudności diagnostyczne nawet najbardziej doświadczonym psychiatrom?

W psychiatrii, podobnie jak w całej medycynie, najłatwiej jest rozpoznać książkowe, proste przypadki. Pacjent z urojeniami, słyszący głosy – schizofrenia, pacjent z manią – choroba afektywna dwubiegunowa itd. Problem rodzi się w sytuacjach, kiedy mamy do czynienia z początkiem uaktywniania się choroby, kiedy widać, że coś się dzieje, ale nie wiadomo jeszcze, co. Zdarzają się także pacjenci, którzy w dzieciństwie byli szczególnie źle traktowani, doznali odrzucenia, zaniedbania lub traumy psychicznej, np. przemocy w rodzinie, i prezentują objawy z kilku zakresów psychopatologii. Wówczas trudno o jednoznaczną kwalifikację chorobową,

ponieważ ich objawy odpowiadają jednocześnie kilku zdefiniowanym rozpoznaniom. W takiej sytuacji leczenie naprawdę nie jest łatwe. Kolejna trudność wiąże się z klasyfikacją psychiatryczną, która nie przewiduje niektórych problemów zdrowotnych występujących w praktyce. W efekcie pewna grupa pacjentów „błąka się” po lekarzach różnych specjalności, w tym psychiatrach, w poszukiwaniu odpowiedniej diagnozy i ulgi w cierpieniu. Z uwagi na to, że ich dolegliwości nie figurują jednoznacznie w klasyfikacji psychiatrycznej, trudno jest podjąć leczenie psychiatryczne, ponieważ nie ma wytycznych. Dotyczy to m.in. pacjentów z lękiem o zdrowie. To zaburzenie polegające na lęku przed poważnym zachorowaniem – udarem, zawałem, rakiem itd. Powstaje ono często na skutek przeżytej traumy, czyli zagrożenia życia dotyczącego samego pacjenta lub kogoś innego. Grupa ta jest ujęta w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5, ale nie jest obecna, tak jednoznacznie, w międzynarodowej klasyfikacji chorób. A gdyby była, to pacjenci zyskaliby adekwatną diagnozę i tym samym pomoc bardziej odpowiednią niż obecnie. To duży problem dla lekarzy, nie tylko mojej specjalizacji. Jeśli choroby „nie ma” w klasyfikacjach, to każdy leczy ją według swojego uznania.

Czy prawdziwe są ostatnie doniesienia o negatywnym wpływie długotrwałego przyjmowania leków antydepresyjnych na osobowość, sprawność seksualną itd.?

Odpowiadając na to pytanie, nawiążę do stereotypów, które w punkcie wyjścia mają negatywne konotacje „psychotropów”. W dużej mierze depresja została już „odczarowana”, nie jest tematem tabu.

Znacząca część pacjentów trafiających do lekarzy POZ ma problemy natury emocjonalnej, psychicznej, życiowej. Z jednej strony trafiają do nich osoby z chorobą cielesną, somatyczną, a z drugiej osoby, które przychodzą jak do lekarza od medycyny somatycznej, ale tak naprawdę mają chorobę duszy.

Natomiast wciąż tajemniczym, nieznanym, groźnym zjawiskiem – w powszechnym rozumieniu – są leki psychotropowe. Sama ich nazwa odstrasza, budzi złe skojarzenia. Trzeba edukować, tłumaczyć, jakie jest rzeczywiste działanie tych leków, by nie powielać mitów na ich temat. Tu jednak przekraczamy taki klasyczny układ: skuteczność leku wobec zespołu chorobowego *versus* typowe działania niepożądane, np. skuteczność leku w depresji i jako działania niepożądane nudności albo dyskomfort w jamie brzusznej. Wchodzimy na taki poziom działania leku, który dotyczy cech osobowości, sposobów przeżywania, myślenia, siły i jakości emocji. Badania wskazują np., że leki zmniejszają wymiar neurotyczności – przejmowania się wszystkim, a zwiększają wymiar ekstrawersji – zainteresowania

otoczeniem, wychodzenia z zainteresowaniem naprzeciw światu zewnętrznemu. Mają zatem wpływ na zmianę wymiarów osobowości. Często stosowane leki serotoninerгіczne z grupy przeciwdepresyjnych działają np. także w wymiarze pomiędzy „agresja, kłótniowość, drażliwość” a „zgodność, skłonność do współpracy”. Przesuwają z jednego wymiaru w drugi. To w różnych aspektach życia, np. w pracy, może być bardzo użyteczna zmiana.

Nie da się jednoznacznie stwierdzić, że leki z tej grupy mają negatywny wpływ na relacje intymne. Ustąpienie wspomnianej wyżej drażliwości, łatwego denerwowania się może mieć zbawienny wpływ na związek i jego trwałość. Może jednak wystąpić zjawisko zblednięcia emocjonalnego, a nawet pewnego rodzaju reewaluacji związku, innego spojrzenia na niego. Wówczas relacje dotyczące uczuć, możliwości zakochania się, seksualności mogą ulec wyhamowaniu czy zahamowaniu. Tak więc należy patrzeć na te kwestie w szerokim kontekście. Czasami może nawet mniej emocji jest lepsze niż długotrwała depresja lub stan permanentnego konfliktu. To zależy od samych osób leczonych i ich partnerów. To szale wagi: leczyć – nie leczyć, korzyść – skutki uboczne. Skłaniałbym się, aby w kontekście np. tej grupy leków psychotropowych nie mówić jednoznacznie o negatywnym wpływie na osobowość czy sprawność seksualną, lecz o wpływie na zmianę osobowości i sfery intymnej. Wszystko zależy od indywidualizmu sfery seksualnej, intymnej, potrzeb i oczekiwań z nią związanych.

Rozmawiała Kamilla Gębska