

# I Konferencja Naukowa Szpitala Babińskiego Kierunki rozwoju... .90 lat pracy Szpitala

Kraków, 3 – 4 grudnia 2009 r.  
Międzynarodowe Centrum Kultury, Rynek Główny 25, Kraków

## ABSTRAKTY

---

### **Etos medyczny a kontrakt handlowy – ks. prof. dr hab. Tadeusz Biesaga**

Artykuł analizuje etyczne konsekwencje komercjalizacji opieki zdrowia. Wydobywa różnice między etyką lekarską a etyką wolnego rynku i biznesu. Przeciwstawia się redukcji jednej etyki do drugiej. Ujawnia zachodzące przy takiej redukcji zniekształcenia celów medycyny, zniekształcenia relacji lekarz-pacjent, profesjonalności, integralności i autonomii lekarza. Podkreśla nieredukowalność opieki zdrowia do produktów wolnego rynku, nieredukowalność pacjenta podatnego na zranienie, do klienta i konsumenta produktów handlowych.

### **Zespoły leczenia środowiskowego - dotychczasowe doświadczenia i aktualna praktyka - lek. med. Jacek Matkowski**

Nieodłącznymi problemami poważnych zaburzeń psychicznych (*severe mental illness*) są ich przewlekłość, niepełnosprawność i ograniczona możliwość współdziałania pacjenta w terapii, prowadzące często do przerywania leczenia i narastania alienacji społecznej. Ocenia się, że 20 do 40% pacjentów z głębszymi zaburzeniami psychicznymi przejawia tak znaczne problemy, iż typowe sposoby leczenia są niewystarczające.

By sprostać potrzebom tych chorych w latach 70-tych XX wieku zaczęto organizować nowe formy leczenia najczęściej zwane zespołami leczenia środowiskowego. Pierwszy – TCL (*The Training in Community Living*) powstał w 1972 w USA. Liczne badania replikacyjne potwierdziły skuteczność tej formy leczenia.

W Polsce zespoły te pojawiły się w połowie lat 80-tych ale problemy reformy systemu opieki zdrowotnej zdrowia ograniczają w ostatniej dekadzie ich rozpowszechnienie.

Podstawowe zadanie zespołu to zapewnienie ciągłości opieki realizowane poprzez: 1) działanie jako centrum odpowiedzialności za podstawowe aspekty zdrowia i życia chorej osoby wraz z bezpośrednim udzielaniem właściwych świadczeń, 2) pracę z pacjentem i jego otoczeniem w miejscu zamieszkania, 3) indywidualizację świadczeń dostosowaną do zmieniających się potrzeb, 4) aktywne, *asertywne* wychodzenie naprzeciw napotykanym problemom, ograniczające ryzyko zaniechania leczenia, 5) ciągłą, zwykle długoterminową opiekę, oraz 6) pracę zespołową gdzie terapeuta prowadzący jest wspierany i zastępowany przez innych członków wieloprofesjonalnego zespołu, dysponujących wiedzą o chorym i jego otoczeniu.

Świadczenia to długoterminowa terapia prowadząca (koordynacja opieki, case management), interwencje kryzysowe, farmakoterapia, psychoterapia, treningi umiejętności, psychoedukacja, systematyczna współpraca z rodzinami i innymi osobami znaczącymi a także zajęcia klubowe i wspieranie działań samopomocowych pacjentów w zakresie aktywności integrujących (pomoc koleżeńska, uczestniczenie w życiu kulturalnym, wycieczkach itp.) też przy udziale wolontariuszy.

Efektami działań zespołów jest pomoc w różnych aspektach życia i zdrowia pacjentów, optymalizująca ich stan zdrowia i funkcjonowanie społeczne, poprawa jakości życia chorych i ich rodzin, ograniczanie częstości i czasu trwania hospitalizacji oraz wzmacnianie oparcia społecznego, sprzyjające reintegracji i ograniczające stygmatyzację i dyskryminację.

Prezentacja przybliży aktualny obraz tej formy leczenia w wybranych krajach, nawiązując zarówno do 25-letnich doświadczeń krakowskich jak i nadal obecnych problemów z upowszechnieniem tego modelu leczenia. Udostępnia też praktyczne narzędzia przydatne do rozwijania i oceny funkcjonowania zespołów leczenia środowiskowego wraz ze standardami dobrej praktyki.

## **Programy leczenia alkoholików z perspektywy badań nad efektywnością psychoterapii – prof. dr hab. Lidia Cierpiałkowska**

Programy leczenia alkoholików powinny ulegać dynamicznym przemianom pod wpływem wyników badań empirycznych i powstałej na ich tle wiedzy o czynnikach modyfikujących efektywność psychoterapii nie tylko osób uzależnionych, ale także pacjentów o innych zaburzeniach psychicznych. Wydaje się jednak, na podstawie analizy różnych doniesień, że programy leczenia alkoholików pozostają ciągle „oczarowane” osiągnięciami modelu Minnesota, co w istotnym stopniu wpływa na stagnację i podtrzymywanie w lecznictwie tendencji do zachowania *status quo*.

U schyłku ubiegłego stulecia najistotniejsze przemiany były związane z takimi kwestiami, jak: 1) konceptualizacją leczenia jako procesu, w którym wyodrębnić można różne etapy, na których alkoholicy przepracowują konkretne problemy i stosownie do nich osiągają zmiany w funkcjonowaniu psychospołecznym; 2) włączeniem w zakres oddziaływań terapeutycznych członków rodzin generacyjnej i prokreacyjnej alkoholika oraz 3) zdefiniowaniem wzajemnych związków, a także roli psychoterapii i grup samopomocy w osiąganiu zmiany. Przemiany miały charakter bardziej horyzontalny niż wertykalny.

Czy zatem efektywność oddziaływań terapeutycznych może być wyższa jeśli skoncentrujemy się na głębszym poznaniu specyficznych i niespecyficznych czynników leczących oraz warunków koniecznych do osiągnięcia konkretnych zmian w procesie terapii? Czy inne szkoły terapeutyczne, poza podejściem behawioralno-poznawczym, mogą okazać się skuteczne w leczeniu uzależnień? Choć wyniki badań nie są jednoznaczne to wskazują, że można i należy szukać w obrębie różnych szkół psychoterapii i odmiennej konfiguracji czynników leczących na poszczególnych etapach leczenia. O ile na początku leczenia większe znaczenie dla jego skuteczności mają czynniki swoiste - związane z dyrektywnymi technikami terapeutycznymi, to na dalszych jego etapach, podczas przepracowywania konkretnych problemów intrapsychicznych i interpersonalnych, większe znaczenie może mieć pewna konfiguracja swoistych i nieswoistych czynników leczących.

## **Depresja, depresje czy zjawiska dwubiegunowe - dr hab. med. Dominika Dudek**

Tradycyjny podział patologicznych zaburzeń nastroju na chorobę afektywną jedno - i dwubiegunową, ugruntowany w latach 1970-tych i obowiązujący do dzisiaj, staje się coraz bardziej kontrowersyjny. W praktyce klinicznej coraz rzadziej spotyka się pacjentów z „czystą” nawracającą melancholią, której symptomatologia odpowiadałaby dawnemu określeniu „depresja endogenna”. Sporo dyskusji wywołuje problem granicy zaburzeń jedno- i dwubiegunowych, gdyż obowiązujące systemy klasyfikacyjne nie uwzględniają różnorodnych stanów pośrednich oraz różnych manifestacji zaburzeń depresyjnych. W związku tym na popularności coraz bardziej zyskuje koncepcja kontinuum zaburzeń afektywnych, obejmującego szerokie spektrum patologii nastroju od dystymii, poprzez zaburzenia depresyjno- lękowe, epizody depresyjne o różnym nasileniu, depresję atypową, depresję psychotyczną, po chorobę dwubiegunową z pełnymi epizodami maniakalnymi, manią psychotyczną i w końcu stany z pogranicza zespołów afektywnych i paranoidalnych. Prawidłowa diagnostyka bywa trudna i wymaga pogłębionego wywiadu i zastosowania odpowiednich narzędzi badawczych. W licznych badaniach udokumentowano, że dokładne badanie pacjentów zgłaszających się i leczonych z rozpoznaniem depresji, ujawnia cechy choroby dwubiegunowej u znacznego odsetka chorych, co implikuje zmianę rokowania i postępowania terapeutycznego. Szczególnej uwagi wymagają chorzy oporni na leczenie przeciwdepresyjne, gdyż tzw. lekooporność może wynikać z nierozpoznanej dwubiegunowości.

Kolejny ważny problem diagnostyczny i terapeutyczny to granice i współwystępowanie zaburzeń nastroju z lękiem, zaburzeniami osobowości, organicznymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, stanami będącymi wynikiem nadużywania substancji psychoaktywnych. W tych wypadkach również uzasadnione jest poszukiwanie cech dwubiegunowości.

## **Leczenie farmakologiczne, jako proces komunikacji w parze leczącej - dr n. med. Sławomir Murawiec**

Leczenie farmakologiczne nie jest wyłącznie obiektywną procedurą medyczną, ale jest istotnym, czasami obecnie najważniejszym obszarem komunikacji pomiędzy lekarzem, a pacjentem. W wielu przypadkach to raczej przebieg tej komunikacji niż „obiektywne” czy też

biologiczne działanie leków decyduje o powodzeniu leczenia, o skuteczności leków i występowaniu działań niepożądanych. Bardzo często decyduje o współpracy pacjenta w leczeniu i w ten sposób ma kluczowe znaczenie dla powodzenia prowadzenia farmakoterapii. W każdym przypadku biologiczne działanie leku może być potencjalnie modyfikowane przez czynniki emocjonalne, relacyjne i komunikacyjne.

Znaczenie komunikacji w parze leczącej może być widziane w wielu aspektach. Najprostszym i najczęściej występującym wariantem komunikacyjnym jest przekazywanie nienazwanych wprost informacji pacjentowi za pomocą modyfikacji leczenia, zmiany leku, dawki leku sposobu podawania – co pacjent interpretuje w kategoriach oceny swojego stanu zdrowia, rokowania, nastawienia lekarza, szans na opuszczenie szpitala itp.

Inne aspekty komunikacyjne leczenia farmakologicznego obejmują przykładowo:

- nazywanie poprzez farmakoterapię subiektywnego cierpienia pacjenta, proponowanie sposobu interpretacji który nadaje nazwy (diagnozę), kontekst i osadza to, co pacjent subiektywnie czuje w ramach medycznego sposobu interpretacji
- ujawnianie ambiwalencji pacjenta wobec leczenia. Oferowanie farmakoterapii jako sposobu pomocy, wobec którego pacjent może mieć nastawienia ambiwalentne (z jednej strony zgłasza się po pomoc z drugiej nie zawsze ma emocjonalne możliwości aby przyjąć od kogoś pomoc) i możliwości zakomunikowania tej ambiwalencji, oporu a czasami nastawień prześladowczych pacjenta
- działania niepożądane, zwłaszcza występujące natychmiast po przyjęciu leków, jako wyraz komunikacji pacjenta w stosunku do lekarza
- reakcja lekarza na działania niepożądane, zwłaszcza działania co do których lekarz intuicyjnie wyczuwa że mają podłoże emocjonalne, jako działania w sferze komunikacji pomiędzy oboma osobami w parze leczącej
- komunikacja z lekarzem za pomocą leku – „przez ten lek stało się to”, przenoszenie tego co dzieje się w relacji pacjent- lekarz na lek i rozgrywanie wzajemnej relacji za pomocą skarg na objawy, działania niepożądane oraz zmian skuteczności leku w długoterminowym leczeniu
- komunikacja z pacjentem za pomocą leku – leki jako wyraz emocjonalnych reakcji lekarza na pacjenta i komunikowania mu tych nastawień
- lek jako element osoby lekarza w różnych aspektach (pomocnym, agresywnym, prześladowczym, opuszczającym) podlegającej introjekcji przez pacjenta, lub odrzuceniu
- relacja z lekiem jako zastępującą osobę lekarza, np. w okresach jego nieobecności, lub po zmianie lekarza na nowego
- farmakoterapia jako przestrzeń gry i zabawy pomiędzy lekarzem i pacjentem i jako obiekt pośredniczący
- sposoby komunikacji za pośrednictwem leku, zmian leków, częstości wystawiania recept, nazw leków i ich cech fizycznych (np. barwa, wielkość) leków

### **Zastosowanie koncepcji analitycznych w społeczności terapeutycznej - mgr Wojciech Hańbowski Polskie Towarzystwo Psychoanalityczne**

W swoim wystąpieniu opiszę model terapii opartej na połączeniu psychoterapii psychoanalitycznej z zasadami społeczności terapeutycznej, jaki jest stosowany w szpitalu Cassel w Londynie i Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości w Szpitalu im. Babińskiego w Krakowie.

Przy pomocy przykładów klinicznych zilustrowane będą niektóre korzyści i problemy realizacji terapii prowadzonej w ramach tego systemu.

### **Leczenie ambulatoryjne w szpitalu psychiatrycznym: diagnoza i leczenie dostosowane do potrzeb, wspieranie ciągłości opieki, oszczędność kosztów – prof. Martin Dreissen, Steffi Koch-Stoecker**

W ciągu ostatnich 10 do 20 lat nastąpił w Niemczech znaczny rozwój szpitalnej opieki psychiatrycznej - po fazie dehospitalizacji i reintegracji chronicznie chorych psychicznie w społeczności. Takie jak normalizacja środowiska terapeutycznego, mniejsze restrykcje, brak paternalistycznych decyzji terapeutów, do tego wzmocnienie samoświadomości i suwerenności decyzyjnej pacjentów („shared decision making”).

Rozwój ten spowodował, że opieka psychiatryczna musiała zostać wyraźnie „przesunięta” w kierunku wzmocnienia interwencji ambulatoryjnej. Opieka psychiatryczna powinna coraz

mniej łączyć się z łóżkiem szpitalnym, zamiast tego służyć krótkim leczeniem stacjonarnym lub dziennym i umożliwić wczesną i rozległą opiekę ambulatoryjną. Mimo to obecny obraz opieki w Niemczech cechuje w dalszym ciągu bardzo intensywna opieka (częściowo) stacjonarna i niestety mniej intensywna opieka ambulatoryjna. Brakuje intensywnej opieki ambulatoryjnej, jest ona oferowana przez instytut ambulatoryjny.

W Bielefeld rozwój intensywnej opieki ambulatoryjnej został przyspieszony przez budowę i rozbudowę instytutu ambulatoryjnego wydzielonego z kliniki, we wszystkich terapeutycznych obszarach sektora opieki. Tymczasem w ambulatorium można się opiekować tymi chorymi, którzy jeszcze przed kilkoma latami zajmowali łóżka w klinice poprzez:

- nagłe interwencje w przypadkach chorych geriatrycznie, nie tylko w DPS-ach, lecz także w ich własnych mieszkaniach odwiedzanych przez pracowników Zespołów Leczenia Środowiskowego,
- detoksykację przy chorobie alkoholowej,
- ale także w przypadku psychoz dekompensacyjnych, kiedy to chory może częściowo odzyskać panowanie poprzez pomoc w domu.

Równoległe do tego opieka ambulatoryjna otworzyła się również na inne zadania opiekuńcze, powstają:

- ambulatoria substytucyjne dla uzależnionych od narkotyków,
- opieka ambulatoryjna dla uzależnionych,
- ambulatorium urazowe do opieki nad ofiarami ataków agresywnych,
- godziny przyjęć dla osób w żałobie,
- w szczególności opieka nad pacjentami z osobowością Borderline
- godziny przyjęć pacjentów z ADHD połączone z diagnostyką i multimedialnymi możliwościami terapii,
- i od niedawna zintegrowany model opieki nad pacjentami depresyjnymi w kooperacji z gabinetami psychiatrycznymi.

Do dyspozycji dla całego miasta Bielefeld jest ambulatorium, również dla skomplikowanych diagnostycznie przypadków i kolegialnych interwizji.

Ambulatorium pracuje na różnych polach w ścisłym powiązaniu ze stacjonarnymi oddziałami kliniki, komplementarnie z socjalno-psychiatryczną służbą miejską i praktykami (gabinetami psychiatrycznymi), z instytucjami miejskimi i pielęgnacyjnymi. Sieć ta wzmacnia pozytywny stosunek do pracy, radość z pracy, ale także wzmacnia większą energię do kooperacji. Pozytywne efekty wzrastającej ambulatoryzacji dla pacjentów i opiekujących się są uzupełniane poprzez oszczędność kosztów przez płatnika, który obejmuje tą opiekę swoim zakresem działania, ale jeszcze nie do końca rozpoznał to pole aktywności.

### **Psychiatra i kapłan – partnerzy czy rywale – Jacek Prusak SJ**

Większość badań poświęconych schizofrenii wskazuje na stałą obecność w symptomatologii psychotycznej wątków religijnych. Może to wynikać z faktu, że religia i duchowość – pomimo różnic kulturowych - stanowią istotny punkt odniesienia dla znacznej populacji ludzi bądź wynikać z funkcjonowania podobnego procesu, mającego wpływ zarówno na neurologiczne podłoże doświadczeń duchowych (religijnych), jak i neuropatologiczne mechanizmy psychozy. Z kolei badania prowadzone na grupach pacjentów psychiatrycznych leczonych stacjonarnie i w Europie i Ameryce Północnej pokazują, że (1) osoby te są często bardzo religijnie zaangażowane w trakcie pierwszych lat swojej choroby (schizofrenii) w praktyki i wspólnoty religijne; (2) swoje przeżycia i konflikty emocjonalne wyrażają w języku religijnym; (3) poszukują duchowego wsparcia w trakcie choroby i uwzględnienia religijnego *copingu* w trakcie leczenia. Psychiatrzy zachęceni są do tego, aby rozumieć i leczyć schizofrenię w ramach modelu biopsychospołecznego, który uwzględnia farmakoterapię, interwencje psychologiczne oraz rodzinne i społeczne środki wsparcia. Model ten, nie bierze jednak pod uwagę religijnego wymiaru życia pacjentów, koncentrując się wyłącznie na ocenie wpływu przekonań i praktyk religijnych na psychopatologię schizofrenii, i to najczęściej w ostrej fazie choroby. Celem tego wystąpienia będzie prześledzenie wpływu religii jako czynnika patogenicznego, patoplastycznego i salutogenicznego w obrazie schizofrenii i pokazaniem modelu współpracy między psychiatrami i psychoterapeutami a duchownymi (i/bądź kapelanami szpitalnymi) w niesieniu pomocy osobom cierpiącym psychicznie.