

Krzysztof Walczewski^{1, 2}, Artur Mysiński², Miłosz Badura³, Łukasz Cichocki^{1, 2}

¹Katedra Psychiatrii Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

²Szpital Kliniczny im. dr. J. Babińskiego w Krakowie

³Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie

Dostrzec piękno psychiatrii. Doświadczenia młodych lekarzy i wspieranie ich rozwoju zawodowego

*To discern the beauty of psychiatry. Junior doctors' experiences,
and support for their professional development*

Abstract

A written account of experiences of psychiatric patient contact at an inpatient ward has prompted reflection on the role of bonds of fellowship in postgraduate specialty training. Exchange of experiences between junior doctors and their more experienced, senior colleagues takes the form of a natural exchange of knowledge and inter-generational learning. This type of mentoring is considered a significant element of postgraduate training both in psychiatry and the other medical specialties.

Psychiatry 2020; 17, 3: 155–161

Key words: psychiatry, education, medical specialty, professional experience

Wstęp

Medycyna od czasów Kartezjusza ponosi konsekwencje rozszczepienia na psyche i soma [1]. W czasach nam współczesnych przejawia się to na przykład w postaci faktu, że choć około połowę pacjentów lekarzy pierwszego kontaktu stanowią osoby, u których występuje co najmniej jedno zaburzenie psychiczne [2], to likwidowane są obligatoryjne staże z psychiatrii w ramach specjalizacji z medycyny rodzinnej. Waga komunikacji z pacjentem, w szczególności z towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi jest wciąż w niewielkim stopniu uwzględniana zarówno w ramach szkolenia przed-, jak i podyplomowego. Można jednak szczęśliwie znaleźć przykłady zrozumienia znaczenia profesjonalnego kontaktu [3–6]. Jest to szczególnie ważne w kontekście rosnącego problemu epidemiologicznego, jaki stanowią zaburzenia psychiczne [7]. Stały wzrost ich liczby

zwiększa zapotrzebowanie na kadrę lekarską dobrze wyposażoną w wiedzę o sposobach leczenia, rehabilitacji i zapobiegania schorzeniom psychicznym [8]. Dostosowywanie systemu leczenia do możliwości kadrowych oraz rosnących potrzeb społecznych staje się niełatwym wyzwaniem. Kluczową rolę odgrywa sprawny i dobrze wykształcony w dziedzinie psychiatrii lekarz. Dzięki swojej wiedzy potrafi rozumieć trudności psychiczne pacjenta, a potem komunikować się ze specjalistami w dziedzinie zdrowia psychicznego, nawet jeśli sam nie jest psychiatrą a lekarzem innej specjalności. Znaczącą rolę w procesie kształcenia odgrywają pierwsi pacjenci i warunki kontaktu diagnostyczno-terapeutycznego. Szczególnie potrzebna jest tu wspierająca rola kolegów specjalistów i uczestnictwo w dyskusowaniu materiału klinicznego uzyskanego od pacjentów. Udrażnia to niejako procesy rozumienia zjawisk, zachodzących w kontakcie z chorymi oraz ich asymilowania w formie trwałej wiedzy. To właśnie stanowi główny przedmiot psychiatrii. Kontakt z pacjentami głębiej zaburzonymi jest ważnym doświadczeniem, kształtującym rozumienie i styl komunikacji z przyszłymi pacjentami w każdej

Adres do korespondencji:

Artur Mysiński
Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego
SP ZOZ w Krakowie
ul. Babińskiego 29, 30–393 Kraków
e-mail: arturmysiński@gmail.com

lekarskiej specjalności. Doświadczenie kontaktu z pacjentami głębiej zaburzonymi psychicznie powoduje chęć zdystansowania się, czasem aż do ich stygmatyzacji [9]. Wstydlivym i trudnym doświadczeniem „trzeciego roku medycyny” jest doszukiwanie się u siebie objawów neurastenicznych, lękowych lub łagodnych depresji. Doświadcza tego zjawiska 30% studentów medycyny i odbierają to jako uciążliwą trudność [10].

Wnikając głębiej w tkankę kontaktu z osobą głęboko zaburzoną, nie można się dziwić tym makrozjawiskom. W poziomie mikro, w transferze doświadczeń między chorym a niedoświadczonym jeszcze studentem znajdują się przeżycia o dużym emocjonalnym ładunku. Prowadzi to do zjawisk przeciwprzeniesieniowych o silnej, czasem wstrząsowej dynamice [11]. Zadaniem studenta oraz jego nauczycieli jest pomóc przetransformować tego rodzaju wstrząsy, niektóre z nich o potencjale traumatyzującym, w zasób wiedzy, uruchomić możliwość uczenia się, a jeśli doszłoby do jakichś mentalnych zranień, zapewnić ich wygojenie i uruchomić potencjał wzrostu potraumatycznego. Mówimy tu o normalnych zjawiskach obecnych w innych gałęziach medycyny a związanych z kontaktem z chorobą, martwością czy satysfakcją lekarza ze zdrowienia pacjenta.

Materiał w formie osobistych świadectw powstał w toku dyskusji koleżeńskich na oddziale całodobowym. Jego autorzy spisali wersje kompilowane od koleżanek i kolegów w formie jednej relacji, językiem uniemożliwiającym identyfikację autorów wypowiedzi ani też miejsc, w których zostały one zebrane. Wybrane relacje dotyczą zarówno etapu stażu podyplomowego, jak i okresu specjalizacji z psychiatrii. Pokazują z jednej strony trudności i wyzwania, z drugiej zaś szanse rozwoju, przed jakimi stają młodzi lekarze.

Doświadczenia własne lekarza po dyplomie

„Dzień dobry. Nazywam się JC., a psychiatria mi się nie podoba i nie zamierzam wiązać z nią przyszłości.” Przywitanie takimi słowami personelu oddziału, w którym dwa tygodnie temu rozpocząłem obowiązkowy, czterytygodniowy staż częstkowy z psychiatrii, zdaniem wielu mogłoby całkowicie zaprzepaścić szanse na zbudowanie dobrej relacji z nowo poznanymi kolegami po fachu. Co do zasady, nie jestem człowiekiem lęklivym. Nie boję się opinii innych ludzi. Mam jednak świadomość, że moje słowa mogą być odebrane opacznie, niezgodnie z intencją. W większości przypadków spodziewałbym się odpowiedzi w stylu „to czego pan tu szuka?” bądź „pan to chyba minął się z powołaniem” czy nawet „to trzeba było pójść na zarządzanie”. Tego się spodziewałem i, jak to w medycynie bywa, oczywiście się pomyliłem. Podejście, z jakim się spotkałem, można podsumować

zdawkowym „w porządku, to nic.” Jakby wręcz psychiatrzy chcieli dodać „my to rozumiemy”, ale ze względu na etykę zawodu, ogrom czasu przeznaczanego na pracę i dokształcanie się, utopiony wysiłek i nerwy... nie mogli tego zrobić. Jakby wręcz chcieli dodać „my to już rozumiemy”...

Powtórzę, nie lubię psychiatrii. Wyznam też zasadę, że aby być w czymś dobrym, niekoniecznie trzeba to lubić. Wyobraźmy sobie na przykład lekarza kardiologa, który posiada olbrzymią wiedzę, zna większość najważniejszych interakcji między lekami, umie dobrać lek dla danego pacjenta z danymi schorzeniami towarzyszącymi itd., ale nie lubi tego robić. Popołudniami spędza zaś czas z rodziną, uprawia strzelectwo, grywa w golfa czy pielęgnuje swój ogródek — wszystko po to, by zająć się czymś, co lubi, co sprawia przyjemność i odświeża — resetuje umysł i przygotowuje na kolejny dzień. Analogiczne przykłady mógłbym podać odnośnie do chirurga, okulisty, neurologa i innych. Mógłbym sobie też wyobrazić przykład takiego psychiatry. Jednak tylko w przypadku psychiatry zaczynam mu odruchowo współczuć. Czy można być psychiatrą, nie lubiąc tego zawodu i jednocześnie dożyć starości i nie popaść w obłąd? Stąd właśnie teza postawiona przeze mnie wyżej.

Pracy na oddziale przyglądałem się z perspektywy człowieka, który chce zrozumieć, na czym polega fenomen psychiatrii, skąd lekarze czerpią motywację do pracy, co im daje satysfakcję i z jakimi problemami muszą się na co dzień zmagać. Z pozoru praca psychiatry nie różni się niczym od pracy na przykład internisty. Poranna odprawa, wizyta lekarska, zlecenie leków, przepisywanie kart zleceń, badanie podmiotowe i przedmiotowe, zlecenie badań dodatkowych, umawianie konsultacji zewnętrznych, doraźna pomoc w niektórych przypadkach — to elementy dnia każdego lekarza szpitalnego. Tu jednak czynności te mają odrębną specyfikę. Przykładowo, wizyta nie polega na „obchodzie” lekarzy od sali do sali, lecz na rozmowie z pojedynczymi pacjentami w pokoju, do którego kolejno przychodzą, by móc w osłonie tajemnicy lekarskiej i intymności bez przeszkód zwierzać się ze swoich problemów zdrowotnych. W zasadzie, to... wszystkie czynności mają odrębną specyfikę.

Z oddziałami psychiatrycznymi miałem do czynienia już na studiach — ich program był tak skonstruowany, że w ciągu sześciu lat niemal trzy miesiące spędziłem na oddziałach tego typu, przyglądając się pracy psychiatrów i angażując się w mniejszym lub większym stopniu w funkcjonowanie oddziału. Nie jest to zatem dla mnie nowość, skok na głęboką wodę. Wiedziałem, czego mogę się spodziewać i jak to może wyglądać, toteż nie można powiedzieć, że moje „nie lubienie” psychiatrii jest czystym kaprysem pozbawionym wytłumaczenia.

Przyznaję, że nie widziałem niczego fascynującego w kontakcie z ludźmi chorymi psychicznie, w próbach rozumienia ich punktu widzenia. Dla mnie psychiatria zawsze zawierała elementy czegoś, co nazywam czarną magią — tajemnicze przyczyny tajemniczych chorób, w wielu przypadkach o naprawdę niewyjaśnionej do dziś etiologii, metody leczenia o wątpliwej skuteczności, psychoterapia, czyli de facto leczenie przez rozmowę — to wszystko składało się na obraz czegoś, co w moim mniemaniu znacząco odbiegało od intuicyjnego pojęcia „medycyna”, a już tym bardziej „medycyna oparta na dowodach naukowych”. Już samo to, że psychiatrów nie obowiązuje reżim fartuchowy, przez co na pierwszy rzut oka często nie odróżniają się od swoich pacjentów, nasuwa mi pewne pytania. Może z nami wszystkimi tak naprawdę coś jest nie tak? Czy lekarz ma być od pacjenta „lepszy” tylko dlatego, że ma specjalistyczną wiedzę i doświadczenie z przebywaniem z ludźmi o odmiennym stanie umysłu? Wszyscy znamy powiedzenie, że nie istnieją zdrowi, lecz co najwyżej niezdiagnozowani. Dodając do tego rozważania nad normalnością i frazesy typu „nikt nie jest normalny”, psychiatria zdaje się nawoływać *memento morbi* — może wcale nie jesteś normalny? Granica między zdrowiem a chorobą psychiczną jest czasem uchwytna tylko teoretycznie. To między innymi dlatego od lat utrzymują się rozbieżności różnych środowisk lekarskich w kwestii definiowania chorób psychicznych. Dość powiedzieć, że psychiatria musiała stworzyć własną klasyfikację i kryteria rozpoznawania chorób.

Co udało mi się zobaczyć, czego nauczyć przez te pierwsze dwa tygodnie? Jakich doznałem wrażeń? Co sądzę o oddziale? Na początek poruszę ważny dla mnie temat, odniosę się bowiem do jednego z najważniejszych aspektów pracy w danym miejscu, jaki oceniam, mianowicie atmosfery w miejscu pracy. Nie czuję się komfortowo w sytuacjach, w których występuje napięcie między członkami zespołu; nie przypada mi do gustu stan, w którym dobitnie udowadnia się mniej doświadczonym braki w ich wiedzy. Przecież oczywistym jest, że młodszy lekarz ma mniejszą wiedzę i doświadczenie niż starszy lekarz, więc po co to sztucznie uwydatniać? Tu jest zupełnie inaczej. Lekarze są dla siebie mili i uprzejmi, służą pomocą i poradą. To się rzadko zdarza. (A może lekarze tylko zrobili dobrą reklamę, bo chcą mnie zachęcić do psychiatrii? Przecież mamy „kryzys” w tej dziedzinie.) Skąd się to bierze? Przypuszczam, że psychiatrzy we wszystkich ludziach widzą potencjalnych chorych — już przy pierwszym kontakcie z człowiekiem próbują go diagnozować bacznie i podejrzliwie obserwując od stóp do głów, zachowując jednak przy tym swego rodzaju domniemanie niechorobowości i szacunek wobec tej osoby. Niektórzy mawiają „szanuj człowieka, bo zawsze

może zostać w przyszłości twoim szefem”. Tu działa to jak „szanuj człowieka, bo zawsze może zostać twoim pacjentem”. Prerażające, ale można nawet dostrzec w tym coś pięknego.

Co do aspektów czysto medycznych: jeśli chodzi o choroby, na które cierpią pacjenci, dominują: schizofrenia paranoidalna, uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia afektywne. Za bardzo przydatny edukacyjnie uważam kontakt z cierpiącymi na schizofrenię. Obcowanie z tymi ludźmi daje zupełnie inny obraz choroby niż czytanie o jej objawach z nawet najlepszej książki Kępińskiego. Spektrum zachowań i różnice pomiędzy pacjentami są olbrzymie, mimo że wszyscy porównywani mają to samo rozpoznanie F20. Do tej kategorii wpisują się osoby zarówno bardzo inteligentne i względnie dobrze radzące sobie w społeczeństwie, jak i osoby wycofane, autystyczne, o głębokich formalnych zaburzeniach myślenia. Z niektórymi można prowadzić logiczne dyskusje na wiele tematów, a objawy ich choroby ujawniają się dopiero w konkretnych sytuacjach; po innych chorobę widać już na pierwszy rzut oka. Kolejnym interesującym z mojego punktu widzenia aspektem jest sam proces stawiania diagnozy. Pomijając już badanie lekarza i psychologa oraz obserwację pacjenta, zauważyłem, że lekarze rzadko (a właściwie prawie wcale) korzystają ze ścisłych kryteriów diagnostycznych przedstawionych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych czy klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Jako osobę wychowaną w duchu medycyny opartej na dowodach naukowych, trochę mnie to dziwi. Wyznam (może niesłusznie, ale to dopiero czas pokaże), że w medycynie powinniśmy zmierzać w kierunku jak najbardziej algorytmicznego podejścia do chorób, oczywiście tylko tam, gdzie to jest możliwe. A w kwestii diagnostyki jest to możliwe. Psychiatrzy, których obserwuję, diagnozują pacjenta zwykle „na oko” — a zatem ja obserwuję ich, a oni pacjenta. Oczywiście na podstawie swojej wiedzy i bogatego doświadczenia (i absolutnie nie próbuję w tym miejscu umniejszać ich fachowości), ale mam wrażenie, że robią to raczej „na wycucie” niż przez zastosowanie oficjalnych kryteriów diagnostycznych, przez co niektóre choroby mogą być sklasyfikowane inaczej niż byłyby, gdyby owe kryteria zastosowano, co ostatecznie wpływa na podawaną epidemiologię. Nieprzypadkowo obserwujemy rozbieżności w chorobowości i zachorowalności podawane w różnych źródłach. Nie jestem arbitrem, który rozstrzygnie tę kwestię, niemniej uważam, że powinna istnieć pewna ściśle sformalizowana procedura diagnostyczna, obowiązkowa do przeprowadzenia u każdego pacjenta. Cóż, nie od dziś wiadomo, że

teoria i praktyka to dwie różne rzeczy. Bardzo lubię rozmawiać ze starszymi lekarzami o podobnych tematach i przekonałem się, że większość doświadczonych lekarzy (różnych specjalności) wręcz gardzi wytycznymi, zaleceniami i ścisłymi procedurami.

Co jeszcze mógłbym powiedzieć o oddziale psychiatrycznym? Z pewnością to, że właśnie tu intymność i godność pacjentów są szanowane przez personel w stopniu bardzo wysokim. Psyche ponad wszystko. Nie ma mowy o możliwości nieposzanowania tajemnicy lekarskiej. Tu pacjent odnajdzie prawdziwy azyl, może opowiedzieć o dosłownie wszystkim. Podejście do pacjenta ma charakter holistyczny i nie polega jedynie na prostym podaniu farmaceutyków, zmierzeniu ciśnienia tętniczego czy osłuchaniu płuc i pobieżnej palpacji brzucha. Tu liczy się każdy aspekt życia. Zarówno internistyczny (przyjmowane dotychczas z innych przyczyn leki, uczulenia, przebyte operacje), jak i środowiskowy, relacje pacjenta z rodziną, znajomymi, otoczeniem; sukcesy na polu zawodowym, kwestie religijne i światopoglądowe, status materialny, higiena osobista; słowem — wszystko, co ma znaczenie dla człowieka w jego funkcjonowaniu. Każdy z tych aspektów jest dogłębnie analizowany, by móc zindywidualizować terapię dla pacjenta, by wiedzieć, jak mu można będzie pomóc. Od lat ambitnym celem medycyny opartej na dowodach naukowych jest ewolucja leczenia w kierunku tak zwanej terapii spersonalizowanej. Na przykład w onkologii kładzie się nacisk na odkrywanie nowych receptorów, na projektowanie przeciwciał skierowanych przeciwko cząsteczkom konkretnego nowotworu u danego pacjenta. Już obserwujemy efekty, choć są relatywnie kiepskie. Pod względem takiego podejścia do terapii psychiatria już dawno wyprzedziła inne dziedziny medycyny. To tutaj leczenie jest niejako „projektowane” pod kątem każdego pacjenta. Nie chodzi tu wyłącznie o farmakoterapię (która skądinąd nie odbiega w swojej innowacyjności od innych dziedzin), lecz o podejście psychologiczne, wydobywanie z pacjenta jego najlepszych cech, wykorzystywanie jego możliwości intelektualnych do walki z chorobą oraz angażowanie rodziny w proces terapeutyczny, a w przypadku jej braku lub niedomagań — instytucji w tym celu powołanych.

Godnym wyróżnienia jest na pewno także to, że wszyscy pacjenci oddziału tworzą swego rodzaju społeczność, w obrębie której każdy pełni jakąś funkcję. Nigdzie indziej nie spotyka się czegoś takiego. Na innych oddziałach pacjenci są wobec siebie anonimowi, a kontakty ze sobą ograniczają do sąsiadów z tej samej sali. W opozycji do tego, oddział psychiatryczny funkcjonuje na podstawie określonych reguł i harmonogramu pracy. Pobudka o określonej porze, punktualność posiłków, czasem

poranna gimnastyka, wykłady dla pacjentów na temat ich chorób, terapia muzyką, zajęcia z psychologiem, terapia artystyczna czy „społeczność”, którą lubię nazywać walnym zgromadzeniem pensjonariuszy oddziału. Co tydzień pacjenci mają do wyboru jedną z kilku funkcji, jakie mogą pełnić w społeczności. Aktywne zaangażowanie jest im wynagradzane na przykład możliwością spacerów na zewnątrz oraz w niektórych przypadkach ogólnie może przyspieszyć wypisanie ich z oddziału. Do funkcji należą na przykład: pilnowanie telefonu, pilnowanie drzwi (tzw. portier), podlewanie kwiatków, czyszczenie akwarium, pisanie cotygodniowej kroniki relacjonującej wydarzenia, organizacja turniejów tenisa stołowego, bilarda i szachowego, prowadzenie porannej gimnastyki, funkcja sekretarza i zastępcy sekretarza społeczności — zadaniem tych ostatnich jest przewodniczenie cotygodniowym „walnym zgromadzeniom”. Dzięki takiemu rozdziałowi funkcji wielu pacjentów ma szansę poczuć się potrzebnymi (wielu to oczywiście bagatelizuje, niemniej ci zaangażowani naprawdę wydają się czerpać z tego korzyści terapeutyczne).

Wspomniałem wyżej o niejakiach „wykładach”. Polegają one na tym, że lekarz siedzi w środku, otoczony pacjentami, którzy przysłuchują mu się, zadają pytania. Wykłady zwykle dotyczą jakiegoś aspektu ich choroby. Zaciekało mnie to, że coś takiego w ogóle ma miejsce. Nie sposób znaleźć podobne zjawisko na innych oddziałach — tam edukacja pacjenta nie odgrywa aż tak zasadnej roli (może z wyjątkiem diabetologii pediatricznej, gdzie chory po prostu musi się nauczyć korzystania z pompy insulinowej); tam pacjent jest raczej tylko biernym uczestnikiem procesu leczniczego. Jest to tym bardziej paradoksalne, że chorym umysłowo przypisuje się brak rozeznania w wielu aspektach życia, a zarazem to od nich wymaga się zrozumienia choroby i pewnej minimalnej wiedzy na jej temat.

Można powiedzieć, że w pewnym sensie pacjent staje się członkiem personelu leczniczego. Bez odpowiedniego zaangażowania niego samego nie ma mowy o powodzeniu terapii. Po dłuższym namyśle brak obowiązku noszenia przez lekarzy fartuchów staje się oczywisty. To jest po prostu tańsze niż ubieranie pacjentów w kitle. Miewa też swoje minusy. Zdarzają się sytuacje krępujące, dziwne i jednocześnie zabawne; sytuacje, w których ktoś, kto przychodzi na oddział w odwiedzinach do jednego z pacjentów bierze mnie za jednego z pacjentów. To pomaga w zrozumieniu tego, jak na chorych psychicznie patrzą ludzie zdrowi. Takiego spojrzenia nie sposób zapomnieć. Czasem zaś wchodząc na salę, gdzie znajduje się nowy pacjent (który mnie nie zna z widzenia), wita się ze mną pierwszy słowami „cześć, co u Ciebie?”. Nic w tym złego, relacja partnerska w pewnych sytuacjach

może być o wiele lepsza niż paternalistyczna, jednak chyba nie można sobie pozwalać, by na dłuższą metę pacjent zwracał się do lekarza per „ty”? Tak mi się przynajmniej wydaje. W dniach, w których takich sytuacji mam za dużo, przewieszam sobie przez szyję stetoskop. By uniknąć mylenia mnie z pacjentami ryzykuję odejście z tego świata w mechanizmie asfiksji, przecież chyba nie tak trudno zacisnąć komuś wokół szyi gumową rurkę. Cóż, do odważnych świat należy.

W kwestii oceny przebiegu samego stażu z psychiatrii — należy otwarcie przyznać, że to chyba jedyny staż, podczas którego można nabyć wszystkie „umiejętności i czynności” zapisane w słynnych niebieskich książeczkach stażowych. Już widzę „odbarczanie u dziecka odmy prężnej” na stażu z pediatrii...

Próbując dodać coś na koniec, powiem, że dwa tygodnie przebywania na oddziale to mało, by móc powiedzieć coś więcej na temat psychiatrii. Sam proces stawiania diagnozy danej choroby psychicznej może trwać dłużej. Z moją ostateczną diagnozą własnych odczuć na temat tej specjalności medycznej wciąż zmuszony jestem się wstrzymać. Nie twierdzę, że przez ten czas spodobała mi się ona bardziej. Jest to bowiem specjalizacja trudna, wymagająca olbrzymiej dawki samozaparcia i pewnego rodzaju podejścia, nastawienia psychicznego, którego nie da się w pełni nauczyć, lecz trzeba je mieć już w sobie. Odnoszę wrażenie, że do tej specjalizacji naprawdę trzeba być powołanym. To poniekąd odpowiada na pytania postawione przeze mnie na samym początku tutejszej wypowiedzi. Nie lubię psychiatrii, ale... „już rozumiem”.

Doświadczenia własne lekarza rezydenta

Jestem lekarzem i zacząłem specjalizację z psychiatrii nieco ponad dwa miesiące temu. Pracuję w dużym szpitalu psychiatrycznym. Zachęcono mnie do podzielenia się odczuciami, które towarzyszą mi w tym miejscu.

Kiedy stąd wyjdę?

Kiedy opuszczam oddział, towarzyszy mi uspokajające wrażenie odrębności. Moje życie wygląda przecież zupełnie inaczej niż życie moich pacjentów. Ja tu tylko pracuję. Ale to tylko pozory. Anegdotycznym przykładem niech będzie sytuacja z pierwszych dni pracy, kiedy nie miałem jeszcze własnej karty magnetycznej — chciałem wyjść z oddziału, a ratownik, akurat w czasie interwencji, zatrzymał mnie w drzwiach, dopóki pielęgniarki nie potwierdziły, że jestem pracownikiem. Im więcej historii słyszę, im więcej obserwuję, tym wyraźniej widzę, jak przenikalne są szpitalne mury i jak sam codziennie kroczę po cienkiej linii między nieokreślonym „zdrowiem” a rolą pacjenta. Boję się potknąć.

Słuchaj, co ojciec mówi

Szpital psychiatryczny pokazał mi pewną własną niedojrzałość. Szybko się przekonałem, że wielu pacjentów potrzebuje, oprócz leczenia farmakologicznego, postaci ojca. Osoby, która wskaże właściwy kierunek, zadba, pouczy — a nade wszystko się nie podda. Wydaje mi się, że jeszcze nie dorosłem do tak odpowiedzialnej roli. Ojcostwo to doniosłe, wymagające zadanie; nie wiem, czy sprostam. A co z postacią matki?

Serce pękło

Wciąż uczę się rozmawiać z rodzinami pacjentów. Chorych mężczyzn odwiedzają często matki, żony, siostry — pełne żalu, bólu i buntu wobec choroby. Czasami trudno przyjąć mi takie emocje, bywa, że jest ich za dużo w ciągu jednego dnia. Niektóre rozmowy dają jednak sporo satysfakcji, na przykład kiedy rodzina po raz pierwszy przyjęła wiadomość o chorobie i udało się jej udzielić chociaż minimalnego wsparcia.

Co ci się dzisiaj nie udało?

Praca na oddziale psychiatrycznym przynosi mi również sporo poczucia porażki. Często przegrywam. Kiedy okazuje się, że stan chorego się pogorszył, próbuję zawsze ustalić, ile w tym było mojej winy, jak bardzo zawiodłem. Zdarza się słyszeć, że „inaczej się nie dało”, „więcej nie można było zrobić” — i łatwo przyjmuję takie podsumowania, ale ten mechanizm działa krótko. Czasem zawodzę naprawdę. Pozostaje mieć nadzieję, że w przyszłości takich momentów będzie możliwie jak najmniej. Poza tym przyjmować porażkę trzeba też się nauczyć; sam znajduję się na początku drogi.

Lubię cię

Pacjenci wzbudzają współczucie i sympatię. Tym większe, im bardziej są do mnie podobni. Czasami wpadam w pułapkę lubienia pacjenta, tj. patrzę przez palce na pogorszenie jego stanu, manipulację, opór czy agresję. Może być też przeciwnie — poświęcam mu więcej uwagi, więc wcześniej wychwytyuję niepokojące zmiany. Jak tylko zauważę, staram się to w sobie zatrzymać; ale czy można przestać kogoś lubić, bo jest pacjentem? Kiedy jest naprawdę źle, miłe uczucia blakną. Wtedy...

Jednak cię nie lubię

Pacjenci budzą niechęć. Trudno mi zachować obojętność, kiedy spotykam się z natarczywością, arogancją, roszczeniowym nastawieniem, naruszaniem granic. Zastanawiam się wówczas, czy podobne zachowania można przypisać jakiemuś zaburzeniu, najlepiej konkretnemu rozpoznaniu z grupy „F”. Wtedy trochę łatwiej się zdystansować — całkowicie niestety nie umiem i takie

uczucia zostają we mnie potem jeszcze przez jakiś czas. Pacjent nielubiany ma gorzej, bo łatwiej go zaniedbać; uczyć się tego unikać. Myślę jednak, że czasami wspomniane nielubienie jest oznaką własnego „zdrowia” psychicznego.

Miło pana widzieć

Tutaj cieszę się z małych-wielkich rzeczy. Pacjent wstał z łóżka, sam przyszedł do gabinetu, wytrzymał całe zajęcia. To mój codzienny sukces terapeutyczny. Obserwuję (kibicuję?), jak pacjenci „awansują”, zmieniając miejsce zamieszkania z parteru na piętro, dalej od dyżurki pielęgniarek — znaczy, nie wymagają już ciągłego nadzoru. Staramy się utrzymywać oddział jako mikrospołeczeństwo, które każdego potrzebuje, ale też od każdego wymaga. Dociekamy przyczyn, kiedy pacjent odrzuca ofertę, pozostaje chory wśród chorych — nie zawsze nam się udaje.

Jak tam dzisiaj?

Psychiatria codzienna uczy cierpliwości. Efekty leczenia przychodzą powoli i są kruche. Widać to bezpośrednio na przykładzie leków, które stosujemy — mogą minąć tygodnie, nim zmiany stężeń neuroprzekazników spowodują poprawę u pacjenta. Ważne, by była widoczna zarówno dla niego samego, jak i otoczenia. Pozwolę sobie wykorzystać tutaj porównanie znajomej rezydentki: mówiła, że kiedy podajemy pacjentowi kłozapinę, to jakbyśmy próbowali przykrótką nicią zaszyć wielką dziurę w spodniach, a kiedy uda się przynajmniej zbliżyć brzegi, pruje się w innym miejscu. W przypadku oddziaływań pozafarmakologicznych „przewlekłość postępowania” staje się jeszcze bardziej wyraźna. Przy wypisie pacjenta często uświadamiam sobie, że to dopiero początek jego długiej drogi do wyzdrowienia, czy — lepiej — funkcjonowania. Czasami jestem jednak przekonany, że pozostanie na tym samym etapie jeszcze wiele miesięcy.

Tak, podajcie

Psychiatria dyżurowa wymaga zdecydowania. Na początku trudność i pewne obciążenie emocjonalne stanowiły działania podejmowane wbrew pacjentowi, na przykład stosowanie przymusu bezpośredniego. Posiadanie takiej namacalnej, fizycznej przewagi nad drugim człowiekiem stwarza ryzyko nadużyć, których wolałbym uniknąć. W głowie kołata się oczywiście niepokojące pytanie, czy naprawdę posiadamy jakąkolwiek przewagę, kiedy przypinamy kogoś pasami do łóżka. Może lepiej przyjąć, że krępujemy chwilowo jego chorobę. Tak czy inaczej, dyżury odrobinę wyrównują lekarskie poczucie sprawczości — łatwiej zlecić zastrzyk niż zostać ojcem, prawda?

Dlaczego pacjenci tu są?

Większość pacjentów nie jest chora. Tak mówią. Pokłócił się z żoną i przyjechała karetka. Miał bałagan w pokoju. Powiedział, że się zabije, ale to tak tylko. Nigdy nie brał, a nie pije od lat. Mama się na niego uwzięła. Ludzie są źli. Potrzebuje lepszych papierów do renty. Nie wie, czemu trafił do szpitala. Jest już w pełni zdrow. Tutaj przynajmniej ma spokój. Tutaj są kamery.

Mów dalej

W mojej pracy najciekawsza jest obserwacja zmiany, poszukuję jej na co dzień. Lubię wychwytywać nawet drobne oznaki zdrowienia. Składne wypowiedzi, wzrok oderwany od omamów, spokojne zachowanie, samobójstwo tylko jako ciemne wspomnienie; tego wszystkiego oczekujemy. Ważna chwila następuje również, kiedy pacjent wyznaje „nie znoszę was wszystkich”, „zmarował pan mój czas”, „pan mnie dręczy” — znaczy, że coś czuje.

Dyskusja

Świadomość wyzwania jakim jest specjalizacja z psychiatrii z jednej strony, a przekazywanie doświadczenia zawodowego z drugiej, powinno być brane pod uwagę osób odpowiedzialnych za proces dydaktyczny zarówno na etapie szkolenia przeddyplomowego [12], jak i podyplomowego [13]. Bez tej uważności zabraknie nie tylko umiejętnej komunikacji z pacjentem, ale także myślenia w kategoriach całościowych o etiologii i konsekwencjach zaburzeń zdrowotnych. Powszechnie wiadomo, że przewlekły stres, nieumiejętność poradzenia sobie z sytuacjami trudnymi przyczynia się nie tylko do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego, ale wiąże się z takimi istotnymi problemami zdrowotnymi, jak choroby onkologiczne i choroby układu sercowo-naczyniowego. Co więcej, bez tej refleksji zabraknie często dbałości o zdrowie psychiczne samego lekarza. Nie do przecenienia może okazać się własne szkolenie psychoterapeutyczne, uwrażliwiające na relacje nawiązywane z pacjentami, ale pozwalające również, przynajmniej częściowo, uchronić psychiatrę przed zbyt głębokim wejściem w zaburzony świat [14]. Precyzyjny opis zjawisk prowokowanych w kontakcie z pacjentami głęboko zaburzonymi, schizofrenicznymi znajdziemy u Haralda Searlsa [11]. Z tego typu introspekcyjnej pracy Searls stworzył narzędzie do pracy z chorymi, a nawet ukształtował pojęcie „przeciprzeniesieniowej psychozy”, której doświadczenia uważał za rodzaj kwalifikacji do używania psychoterapii w obrębie psychoz. Nie doświadczysz sam, nie wyleczysz pacjenta, można by tak Searlsa strywalizować. Ciekawe, że te intuicje zawarte są w pierwszym materiale dostarczonej przez lekarza „nielubiącego psychiatrii”. Rola kierownika specjalizacji, opiekuna stażu czy koleżeńskie znaczenie lekarza specja-

listy jako naturalnego mentora jest nieoceniona i niedoceniana przez struktury organizacyjne ochrony zdrowia. Zwraca uwagę punkt napięcia pomiędzy introspekcyjnym rozumieniem pacjenta (lekarz rezydent) i uczestnictwem w dyskusji zespołowej, procesach decyzyjnych płynących czasem równolegle (lekarz stażysta). Diagnozy, decyzje i działania między lekarzem a pacjentem odbywają się w polu pracy zespołowej. Wszystkie te elementy i procesy diagnostyczno-lecznicze powinny być przynajmniej zaznaczane na odprawach i w omówieniach koleżeńskich. Dobrze, jeśli mogą być nadzorowane w ramach supervizji pracy nad pacjentem.

Materiały spisane przez początkujących i zanonimizowane przez dwóch starszych autorów tego tekstu pozostawiają wrażenie świeżości. Nauka psychiatrii w tym ujęciu staje się wzajemną wymianą refleksji o kontakcie z trudnym, czasem głęboko zaburzonym pacjentem, wymianą ciekawą i atrakcyjną dla zaangażowanych w nią profesjonalistów.

Wnioski

Kontakt z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi jest powszechny w każdej specjalności i miejscu leczenia. Najważniejsze w procesie kształcenia jest zrozumienie i przedyskutowanie zdobytej wiedzy po pierwszych kontaktach z samodzielnie prowadzonymi pacjentami, pod supervizją koleżeńską. Zasymlowana i przyswojona wiedza w formie koncepcji diagnostyczno-terapeutycznych stanowi wyposażenie lekarza na pierwszy okres jego pracy w zawodzie. Po jakimś czasie wiedza wymaga odświeżania, przypomnienia i aktualizacji. Warto, aby wymiana wiedzy i doświadczeń pomiędzy lekarzami zajmującymi się chorobami somatycznymi a psychiatrami była bardziej powszechną praktyką służącą lepszemu rozumieniu relacji między psyche a soma. Autorzy niniejszej pracy mają nadzieję, że zawarte w niej refleksje przysłużą się, choć w pewnym stopniu, budowaniu takiego porozumienia z korzyścią dla lekarzy i ich pacjentów.

Streszczenie

Spisane doświadczenie kontaktu z pacjentami psychiatrycznymi na oddziale całodobowym stało się powodem refleksji nad rolą więzi koleżeńskich w procesie specjalizacji lekarskiej. Wymiana doświadczeń między młodymi a starszymi lekarzami — bardziej doświadczonymi kolegami, ma charakter naturalnej wymiany wiedzy i wzajemnego, międzypokoleniowego uczenia się. Tego typu mentoring uważa się za istotną część procesu szkolenia zarówno w kierunku specjalizacji z psychiatrii, jak i pozostałych specjalizacji lekarskich.

Psychiatria 2020; 17, 3: 155–161

Słowa kluczowe: psychiatria, edukacja, specjalizacja lekarska, doświadczenie zawodowe

Piśmienictwo:

1. Damasio A. Błąd Kartezjusza. Emocje, rozum i ludzki mózg. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2016.
2. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord.* 2009; 119(1-3): 52–58, doi: [10.1016/j.jad.2009.03.014](https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014), indexed in Pubmed: [19361865](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19361865/).
3. Ali M. Communication skills 5: Effective listening and observation. *Nursing Times* [online]. 2018; 114(4): 56–57.
4. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med.* 1985; 102(4): 520–528, doi: [10.7326/0003-4819-102-4-520](https://doi.org/10.7326/0003-4819-102-4-520), indexed in Pubmed: [3977198](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3977198/).
5. Jankowska K, Pasierski T. Medical communication: a core medical competence. *Pol Arch Med Wewn.* 2014; 124(7-8): 350–351, doi: [10.20452/pamw.2335](https://doi.org/10.20452/pamw.2335), indexed in Pubmed: [24882433](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24882433/).
6. Jarosz M, Kawczyńska-Butrym Z, Włoszczak-Szuzda A. Modele komunikacyjne relacji lekarz-pacjent-rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2012; 18(3): 212–218.
7. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, et al. The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure — an EZOP Poland study. *Psychiatria Polska.* 2015; 49: 15–27, doi: [10.12740/pp/30811](https://doi.org/10.12740/pp/30811).
8. Słowik P, Walczewski K, Müldner-Nieckowski Ł. Konsultacja profilaktyczna jako możliwość prowadzenia edukacji prozdrowotnej w zakresie profilaktyki depresji. Przebieg badań i analiza programu. In: Borzęcki A, Walczewski K. ed. *Problemy współczesnej higieny.* Norbertinum Drukarnia-Księgarnia, Lublin 2016: 329–347.
9. Suwalska J, Suwalska A, Neumann-Podczaska A, et al. Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część I Stygmatyzacja pacjentów *Psychiatr Pol.* 2017; 51(3): 495–502.
10. Suwalska J, Suwalska A, Szczygieł M, et al. Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część II Autostygmatyzacja *Psychiatr Pol* [online]. 2017; 62: 1–11.
11. Searls H. *Collected papers on schizophrenia and related subjects.* Taylor&Francis Ltd, London 1993: 273–283.
12. Cichocki Ł, Walczewski K, Kędziora-Wysocka M, et al. Doświadczenie tworzenia i wprowadzania zajęć z zakresu propedeutyki psychiatrii dla studentów medycyny — szanse i trudności. *Psychiatria.* 2019; 16(4): 212–217.
13. Bomba J. Europejskie ramy kompetencji w psychiatrii. *Psychiatr Pol.* 2011; 45(1): 135–163.
14. Murawiec S. Głos w dyskusji: wartość własnego szkolenia terapeutycznego. *Wiadomości Psychiatryczne.* 2004; 7(4): 317–319.