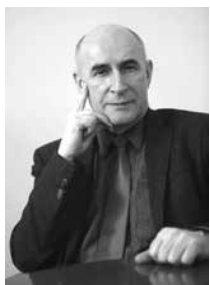


Nie chodzi o snucie wizji przyszłości, ale o dostosowanie się do czasu, w którym przyszło nam żyć

Rozmowa z prof. Januszem Heitzmanem



Sławomir Murawiec: Polska psychiatria jest w trakcie zmian i reform. Ten proces ma swoje przyplawy i odpływy. Wiem, że na bieżąco uczestniczysz we wszystkim jako bardzo aktywna i decyzyjna osoba. Jesteś od lat w Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, obecnie jako Wiceprezes PTP. Sprawowałeś funkcję Dyrektora Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Kierujesz Kliniką Psychiatrii Sądowej IPiN. Jesteś Pełnomocnikiem Ministra Zdrowia do spraw Reformy Psychiatrii Sądowej. Wyobrażam sobie, że to daje znakomitą perspektywę, by przyjrzeć się z pewnym dystansem całościowym procesom, w których uczestniczysz i które możesz obserwować. Jak z twojego punktu widzenia wyglądają etapy rozwoju i reformowania psychiatrii?



Janusz Heitzman: Trudno jest zachować dystans do przemian, jakie dokonały się w polskiej psychiatrii w okresie ostatnich 40 lat, gdy nadal uczestniczy się w tym procesie. Gdy zaczynałem aktywność zawodową, patrzyłem na psychiatrię jak na wiedzę tajemną, której zgłębienie było niemal niemożliwe. Z upływem lat wiedza ta stawała się, co jest chyba naturalne, coraz prostsza, a momentami wręcz prymitywna. Tym też tłumaczyłem sobie doświadczenie traktowania na równi — i pacjentów, i psychiatrów — jak wariatów, którzy nie idą w jednym szeregu z kardiologami, onkologami czy chirurgami do medycznego piedestału. Nie wystarczało pocieszenie się, że bycie psychiatrą wymaga bardziej sprawnego mózgu niż ręki, gdy obiektywnie, różnica w postępie diagnostyki i leczenia wyraźnie przechylała się na niekorzyść psychiatrii. Wtedy, mając dwadzieścia kilka lat i będąc lekarzem psychiatrią po zdaniu egzaminu I stopnia, byłem onieśmielony i zdominowany autorytetami swoich mistrzów i nauczycieli. Przecież oni

byli kolegami Eugeniusza Brzezickiego, Karola Spetta, Antoniego Kępińskiego. Wszystko, co powiedziałem krytycznego na temat psychiatrii, nie tylko sam traktowałem jako naiwne, ale byłem przekonany, że inni też to tak odbierają, chociaż nigdy nie dali mi tego odczuć. Niewątpliwie, szczególnie atmosfera krakowskiej kliniki psychiatrycznej wywarła na mnie trwałe piętno. Do dzisiaj mam w pamięci nie tylko tematykę wtorkowych zebrań Katedry, ale też wypowiedzi, jakie tam padały. Dla mnie przemiany w polskiej psychiatrii zaczęły się od niezrozumiałej konfrontacji pomiędzy myśleniem, jak to sam nazwałem, humanistyczno-filozoficznym a biologiczno-pragmatycznym. Tego typu podziały traktowałem jako archaiczne. Nie można skutecznie leczyć i pomagać, orientując się wyłącznie psychoterapeutycznie czy też psychofarmakologicznie. Chociaż tak myślała chyba większość krakowskich psychiatrów, to wielokrotnie koleżeńskie spory i awantury, których byłem naocznym świadkiem, polaryzowały środowisko, a z mojej dzisiejszej perspektywy służyły intelektualnemu rozwojowi i szukaniu najlepszych pozycji by zrozumieć pacjenta. To było po prostu przyjemne i cieszą mnie te wspomnienia. Na psychiatrię starałem się jednak patrzeć „po swojemu”, nie chciałem być przyklejony do jakiejś szkoły janczarów tego czy innego kierunku. Starałem się śledzić wtedy, co się działo w psychiatrii na zachodzie: w USA, Wielkiej Brytanii czy Niemczech. Choć czasami pojawiały się marzenia o zawodowej emigracji, trudno było zrobić mi ten krok. Nie były to jednak czasy sprzyjające naukowym wyjazdom, nie było mnie też na to stać. Psychiatria zachodnia wydawała mi się bardziej nowoczesna, uporządkowana i przynosząca pacjentom niezwykle wspomagające ich rozwiązania. Była o wiele bardziej postępową i bogatą, przy zastąpieniu polskiej psychiatrii trochę w martyrologicznym nurcie i szyciu na miarę polskiej szpitalno-psychiatrycznej idei humanitaryzmu i podmiotowości pacjenta, jednak przy utrzymywaniu „należnego” dystansu i hierarchiczności. W krzewionym wówczas modelu społeczności terapeutycznej niby wszyscy byli równi, ale wśród tych równych byli równiejsi. Po kilku latach, gdy dzięki inicjatywie

Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Psychiatrycznego z początkiem lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku odwiedziłem Centrum Psychiatrii w Bielefeld-Bethel, zafascynowało mnie, że tamtejsi lekarze, ordynatorzy mogą w szpitalnym bufecie (a dla mnie wtedy eleganckiej restauracji) jeść razem z pacjentami przy jednym stoliku, pić kawę i rozmawiać o głupstwach. Wtedy też jako Polacy zobaczyliśmy po raz pierwszy, na czym polega psychiatria środowiskowa, w której szpitalne łóżko nie jest najważniejsze. Nie mogę się powstrzymać przed przypomnieniem choćby kilku z tych, którzy dla zapoczątkowania przemian w polskiej psychiatrii zrobili ten najważniejszy pierwszy krok. Ze strony niemieckiej byli to: Klaus Dörner, Niels Pörksen, Karin Pohl, Friedrich Ledinger, a z polskiej: Adam Szymusik, Andrzej Cechnicki, Maria Pałuba. Każdy z nich niesie w sobie historię przemian. Najpierw trzeba przecież zmienić swoją świadomość, a później reformować system. Dzisiaj to wszystko widać lepiej, choćby przez to, że pozycja psychiatrii, a tak naprawdę — zdrowia psychicznego w krajach Europy zachodniej jest nadal zdecydowanie lepsza niż w Polsce. Nie ma dyskryminacji, nie ma biedy, nie ma aż takiej stygmatyzacji. Na zdrowie psychiczne przeznaczają się tam proporcjonalnie w stosunku do innych dyscyplin medycznych co najmniej dwa razy tyle środków co u nas. Nie chodzi tu o kwoty bezwzględne, nie jesteśmy tak bogaci, ale o pozycję zdrowia psychicznego wśród pozostałych potrzeb zdrowotnych. Warto uwagi jest to, że psychiatria tam rozwija się i reformuje naturalnie, normalnie, bez jakiegoś dziwnego zadęcia. Niezwykle ważne dla odniesienia sukcesu terapeutycznego w psychiatrii nie są jednak same reformy instytucjonalne i systemowe. Z perspektywy pacjenta i jego rodziny istotne jest ustąpienie objawów choroby, powrót do normalności. Przez całe lata mieliśmy stosunkowo ubogą ofertę farmakoterapii, gdzie działania niepożądane stosowanych leków były wręcz czymś normalnym.

Pytasz, jak zmieniała się wtedy polska psychiatria? Mogę odpowiedzieć, że powoli, choć, jak pamiętam przyjęcie w 1994 roku ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (przez 20 lat pracowałem nad jej kształtem profesor Stanisław Dąbrowski), było na tamte czasy na tyle postępowe i przelomowe, że przyjeżdżali do nas wtedy (do Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, jego prezesem był wtedy Jacek Bomba, a ja sekretarzem Zarządu Głównego) prawnicy z Wielkiej Brytanii, niezwykle zainteresowani naszą ustawą. W okresie transformacji ustrojowej nastąpiło większe otwarcie na psychiatrię. Coraz więcej i w sposób otwarty mówiło się o powszechności zaburzeń psychicznych, o wszechogarniającej depresji. Zmieniało się leczenie farmakologiczne i oczekiwania tak zwanych interesariuszy

psychiatrii: pacjentów, psychiatrów, psychoterapeutów. Pełnymi garściami zaczęliśmy czerpać z Europy wzory psychiatrii środowiskowej i konieczność odejścia od zinstytucjonalizowanych form opieki. Coraz więcej psychiatrów zaczęło mówić o tym, że szpital psychiatryczny w tradycyjnym modelu jest przeżytkiem, swoistym więzieniem, miejscem opuszczonym przez Boga. To wszystko zaczęło się zderzać z pogarszającą się kondycją psychiczną ludzi, którzy mieli już tego dosyć. Dzisiejsze zmiany w psychiatrii, cała ta reforma, deinstytucjonalizacja, opieka środowiskowa, centra zdrowia psychicznego, punkty zgłoszeniowo-koordynacyjne, inny system finansowania psychiatrii, nie zaistniałyby, gdyby nie pacjenci i ich organizacje, rodziny chorych i sojusznicy, ludzie dobrej woli, też wśród polityków różnych opcji, jak: Józefina Hryniewicz, Zbigniew Król czy Marian Zębała. Dzisiaj twarzami i motorami reformy są Jacek Wciórka i były minister zdrowia Marek Balicki — psychiatra. Możemy powiedzieć, że nam się udało, ruszył program pilotażowy wzrosło nieco finansowanie psychiatrii z budżetu. Traktujemy to jako wyrównanie szans. Chcemy, by ten stary, ale obowiązujący jeszcze na 80% terytorium kraju model psychiatrii opresyjnej, ze szpitalem w roli głównej, któremu opłaca się trzymać chorego jak najdłużej, odszedł w zapomnienie. Celem reformy jest zakończenie pilotażu i wdrożenie nowego systemu jako powszechnego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Myślę, że nasza determinacja w reformowaniu systemu miała w ostatnim dziesięcioleciu coraz mocniejsze podstawy. Po całkowitej klęsce pierwszej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, kiedy na reformowanie psychiatrii Ministerstwo Zdrowia w ciągu 5 lat wydało około 50 tysięcy złotych przeznaczonych na druk opracowań, a cały Program był sprowadzony do haseł typu, że „należy wzmocnić”, „nadawać rangę” i „propagować” przypisanych do realizacji w poszczególnych resortach, w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym stwierdziliśmy: „dosyć tego!”. Pamiętam, że, będąc Prezesem PTP w latach 2010–2013, a w następnych kadencjach wiceprezesem, usłyszałem: „cóż Wy tam robicie z tym Narodowym Programem, że nie jest zrealizowany?”. Wściekłość, to mało powiedziane na temat tego, co wtedy czułem. Przecież były już wtedy opracowane pod kierunkiem Jacka Wciórki założenia reformy, ale mogło ją przeprowadzić tylko państwo! Tak jak to się działo w innych krajach, co poznawaliśmy coraz bardziej, otwierając się na współpracę PTP ze Światowym Towarzystwem Psychiatrycznym, wstępując do Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Stawaliśmy się rozpoznawalni w światowej i europejskiej psychiatrii, kolejni prezesi Światowego i Europejskiego Stowarzyszenia

Psychiatrów (WPA, *World Psychiatric Association*; EPA, *European Psychiatric Association*) przyjeżdżali do Polski, mieliśmy wsparcie i przekonanie, że coś wreszcie musi się zmienić. W 2015 roku Minister Zdrowia Marian Zębala powołał mnie na przewodniczącego zespołu ds. opracowania II edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), dzięki Jackowi Wciórce i Markowi Balickiemu w kilka miesięcy Program był gotowy. Pozostawało tylko przekonanie ministrów zdrowia, że to oni będą odpowiedzialni za sukces lub klęskę reformy. Pamiętam, jak z Markiem Balickim w 2017 roku wyszliśmy od wiceministra Zbigniewa Króla na ul. Miodową i po raz pierwszy z uśmiechem stwierdziliśmy, że to chyba się uda. Były minister zdrowia i psychiatra Marek Balicki, Jacek Wciórka — ideowy patron reformy, ja — wtedy już dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii, poczuliśmy swoją siłę. I tak zaczął się program pilotażowy, powołanie w Instytucie Biura ds. pilotażu NPOZP, pozyskanie na ten cel środków, zaczęły powstawać Centra Zdrowia Psychicznego, jest ich dzisiaj trzydzieści i się sprawdzily. Pilotaż to jednak stałe weryfikowanie często nieprzystających przepisów, konieczność wprowadzania zmian ustawowych, przekonywanie NFZ do słusznego kierunku przekazywania środków na populację z obszaru działania Centrum Zdrowia Psychicznego, a nie rozliczania za wykonane świadczenie. Na tym polu stykamy się jeszcze z nieufnością płatnika i jego lękiem przed utratą wpływu na świadczeniodawców.

S.M.: A co będzie się działo w przyszłości? Gdybym był dziennikarzem, zapytałbym, jakie wyzwania stoją przed polską psychiatrią w przyszłości. Ale zapytam inaczej — czy w zmieniającym się świecie, w dobie tych wszystkich wyzwań informatycznych, społecznych, zmian klimatu, pandemii — polska psychiatria sobie poradzi?

J.H.: Bardzo dobre pytanie. Tu faktycznie nie chodzi o snucie wizji przyszłości, ale o dostosowanie się do czasu, w którym przyszło nam żyć. Wreszcie trzeba, by wszyscy zaczęli dostrzegać, jak ważne jest zdrowie psychiczne i jak wpływa ono na jakość życia i na jego długość, która w ostatnim czasie w Polsce uległa zahamowaniu. To też nie jest nic nowego, według Światowej Organizacji Zdrowia zaburzenia zdrowia psychicznego staną się pierwszym problemem ludzkości. Paradoksalnie przyspieszy ten proces pandemia COVID-19, ale też globalizacja, zmiany klimatyczne, kulturowe, cywilizacyjne, ekonomiczne. Gdyby nie łatwość migracji i przemieszczania się ludzi nie doszłoby do tak błyskawicznego ogarnięcia przez pandemię całego świata. Zmiana trybu życia osób aktywnych, nie tylko w Polsce, ale na całym świecie, doprowadza do funkcjonowania

w permanentnym stresie i stałym uczuciu zmęczenia. Czy sobie poradzimy? Jestem optymistą — w zdecydowanej większości tak. Jako społeczeństwo zaczynamy być bardziej zorganizowani i zdyscyplinowani. O pandemii zaczynamy myśleć jak o wojnie, a na wojnie są wydawane rozkazy. Wykonujemy je, liczymy na to, że ci, którzy je wydają, biorą za nas odpowiedzialność. Nie mają innego wyjścia, czeka ich albo chwata, albo pogarda, gdyby doszło do klęski. Walki z pandemią, tak jak wojny, nie wygrywają jednak dowódcy, tylko żołnierze. Na froncie walki stają wszyscy. Każdy obywatel na swoim stanowisku pracy — również ci, którzy wcześniej te stanowiska zbudowali, i ci, którzy się dopiero uczą i je obejmą jutro. Front walki z pandemią tworzą też ci dający innym wsparcie, autorytety w swojej wspólnotce. Wśród nich są też odpowiedzialni za zdrowie psychiczne i cały system psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Pandemia pokazała, że reforma psychiatrii rozpoczęła się w dobrym momencie. Deinstytucjonalizacja, odejście od szpitala psychiatrycznego jako najważniejszego ogniw w systemie pokazały, że skutecznej psychiatrycznej pomocy można udzielać poza szpitalem. Działający w obrębie Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) Punkt Zgłoszeniowo-Koordinacyjny może udzielać przedlekarskich porad telefonicznych, a spotkanie z psychiatrą czy z psychoterapeutą można zrealizować w ramach teleporady. E-recepta, zapewnia ciągłość leczenia, szczególnie w chorobach przewlekłych, takich jak schizofrenia, w których farmakoterapia musi być zapewniona przez wiele, wiele lat. W obliczu pandemii to przecież opieka środowiskowa będzie najbardziej sprzyjała bezpieczeństwu epidemicznemu. Dla osób dotkniętych atakami paniki, psychicznym wyczerpaniem, stanami depresyjnymi i szeregiem innych objawów potraumatycznych najważniejszy nie będzie szpital z bezpośrednią możliwością wirusowej transmisji, lecz znający środowisko chorego pracownik lokalnego CZP. Pandemia pokazała, że w szpitalach psychiatrycznych konieczna jest zmiana infrastruktury, oddziały muszą być unowocześnione, posiadać większą przestrzeń, możliwość wydzielenia stref zakaźnych, konieczne jest ich rozluźnienie. To jest dopiero początek pandemii, ale już widać nowe zadania stojące przed psychiatrią, która będzie musiała leczyć rany będące konsekwencją długotrwałego braku poczucia bezpieczeństwa, przewlekłego lęku, zaburzonych zachowań, przemocy i agresji w rodzinie, uzależnień i zaburzeń snu. Zaburzone relacje międzyrodzicielskie i międzypokoleniowe, efekt zdalnej pracy i nauki, tak zwana infodemia — narażenie na nawał pandemicznych informacji i dezinformacji medialnych, e-uzależnienia, przemoc i hejt w e-komunikatorach, stres braku obecności w sieci — same się nie rozwiążą. Może się okazać, że za mało będzie psychiatrów i terapeutów.

Konieczne stanie się szukanie sojuszników w lekarzach podstawowej opieki zdrowotnej, pedagogach, powszechna psychoedukacja i wzajemne uczenie się, jak udzielać sobie wsparcia. Psychiatria odegra kluczową rolę w zmianie mentalności, jak wyjść z kryzysu, jak minimalizować straty, jak na nowo określać życiowe priorytety. Większość społeczeństwa sama się upora z pandemiczną traumą psychiczną, ale prawie 20% będzie potrzebowało wsparcia, z czego co najmniej 2% — fachowej, profesjonalnej psychiatrycznej pomocy. Uczy nas tego epidemiologia zespołu stresu pourazowego (PTSD, *post-traumatic stress disorder*). Popandemiczne zaburzenia stresowe podwoją zatem dotychczasową liczbę naszych pacjentów. Dlatego kontynuacja reformy psychiatrii nie może nie tylko być odroczone, ale wręcz musi być przyspieszona.

S.M.: Przychodzi mi do głowy takie pytanie — czy pacjenci ze schizofrenią, których obserwujemy obecnie, prezentują się inaczej niż dawniej? Czy obraz kliniczny schizofrenii się zmienia? Czy osoby, u których jest ona rozpoznawana, różnią się od tych, które pamiętasz z wcześniejszych lat pracy?

J.H.: Pandemia unaoczniła, że zmiana w obrazie schizofrenii jednak następuje. Coraz rzadziej spotykamy się z tradycyjnie definiowanymi postaciami klinicznymi schizofrenii, takimi jak schizofrenia prosta, paranoidalna, hebefreniczna i katatoniczna. Zdecydowanie częściej stawia się diagnozę schizofrenii nieodróżnianej. Obecnie w obrazie klinicznym częściej dominują objawy negatywne, poczucie obcości i nienadążania za światem, za „zwariowanym” tempem życia. Chorujący na schizofrenię zamykają się we własnym „bezpieczniejszym”, w obliczu otaczających zagrożeń, świecie. Narasta niemożność zaadaptowania się w grupie, wycofanie się ze wspólnych celów, które są coraz bardziej niezrozumiałe. W pandemii zalecenie „utrzymywania społecznego dystansu” to przysłowiowa „woda na młyn” psychozy. Utrwala chorego w swoim dobrym wyborze odsuwania się od innych, zamykania w sobie. Mimo że urojenia prześladowcze w schizofrenii są najczęściej opisywanym objawem, w pandemicznym świecie ulegają one racjonalizacji, bo każdy każdemu może zagrażać, maseczki nie tylko chronią epidemicznie, ale czynią anonimowymi. Dzisiaj chorujący na schizofrenię to „chory znikający”. Mniej jest go w szpitalu, nie ujawnia na zewnątrz zdezorganizowanego zachowania, rzadziej przychodzi do poradni po receptę na te same od lat leki, bo otrzymuje ją w formie elektronicznej w ramach teleporady. Kontrola nad leczeniem coraz bardziej się rozluźnia. A tak naprawdę chorujących na schizofrenię nie ubywa, nadal stanowią największą grupę naszych

pacjentów wymagających wsparcia i medycznego i materialnego. Ta grupa chorych bardziej jest narażona na stres pandemiczny, przerwanie leczenia, ryzyko uzależnienia choćby od alkoholu i palenia tytoniu. Odszukanie tego chorego, zaproponowanie mu bliższej relacji terapeutycznej w środowisku, gdzie mieszka, to między innymi cel reformy. Trzeba brać pod uwagę, że w okresie pandemii pogarsza się dostęp do zinstytucjonalizowanych form psychiatrycznej pomocy. Pandemia wysyła personel szpitala na kwarantannę, nawet zamyka całe oddziały, ogranicza dostęp do terapeutów, zaburza ciągłość opieki. Oddziały funkcjonujące stają się bardziej zamknięte, obwarowane zakazami dostępu. Ryzyko epidemii w zatłoczonych salach szpitalnych jest większe, pogarsza się możliwość diagnozowania i leczenia somatycznych chorób współistniejących. Nie możemy zapominać o tym, że długość życia chorujących na schizofrenię jest prawie o 20 lat krótsza niż średnia dla populacji. Okres pandemii z zaniedbaniem leczenia chorób współistniejących może ten wskaźnik jeszcze pogłębić.

S.M.: A jeśli chodzi o potrzeby terapeutyczne tych osób — dawniej, jeśli pacjent nie miał objawów aktywnej psychozy, to już było to uważane za pełny sukces terapii. Czy pacjenci w obecnej dobie powinni być inaczej leczeni, bo inne są cele terapeutyczne i, przede wszystkim, życiowe pacjentów?

J.H.: Na pewno pandemia COVID-19 nie może cofnąć nas w postępie leczenia. Nie powinniśmy dopuszczać do częstszych nawrotów psychozy, zerwania współpracy w leczeniu, samodzielnego odstawienia leków, zwiększenia ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych. Konieczne stało się dzisiaj jeszcze większe położenie nacisku na edukację pacjentów i zwiększanie ich umiejętności w zarządzaniu własnym zdrowiem. Dzisiaj chorujący na schizofrenię bardziej niż inni tracą poczucie bezpieczeństwa, żyją w stanie zagrożenia, gorzej zaspokajają swoje podstawowe potrzeby życiowe, bardziej dokuczają im poczucie osamotnienia i bezradności. Co ciekawe, błędą na tym tle objawy pozytywne psychozy, są bardziej powiązane z czasem i sytuacją zewnętrzną. To, czego można się obawiać, to narastanie w spektrum objawowym schizofrenii zaburzeń nastroju, jego obniżenia i zwiększenia ryzyka prób samobójczych. Czy mamy obecnie jakieś narzędzia, by temu zapobiegać? Ideą jest bliskość centrum zdrowia psychicznego i tak zwana odpowiedzialność terytorialna za pacjenta, troska opieki środowiskowej o jego potrzeby, zapobieganie bezdomności i opuszczeniu. Mamy jednak możliwości utrzymania pacjenta w stabilnej farmakoterapii przy zastosowaniu choćby nowoczesnych leków przeciwpsychotycznych o przedłużonej formie uwalniania.

S.M.: Zwróciłeś uwagę na rolę leków w iniekcjach o przedłużonym działaniu, czyli LAT (*long acting treatments*). Czy ich stosowanie zmienia współpracę w leczeniu, czy jeszcze inne wymiary prowadzenia leczenia?

J.H.: Schizofrenia nie jest chorobą łatwą w leczeniu, jej przebieg i częste nawroty, zaostrzenia objawów nie dotyczą tylko chorego, ale w równym stopniu jego opiekunów, najczęściej matki. Opiekunowie chorujących to „cisi pacjenci”, którzy też wymagają wsparcia, pomocy, odciążenia. Bez tego nawet najlepsze leczenie może się nie udać. Niestety, schizofrenia pociąga za sobą niesprawność i niesamodzielność, prowadzi do całkowitego załamania wizji szczęśliwego życia: edukacji, pracy, rozwoju rodziny. Niesie za sobą zaniedbanie ekonomiczne, żywieniowe, higieniczne. To często rodzi konflikty i agresję. Dlatego o schizofrenii mówimy, że jest chorobą opresyjną, obciążającą rodzinę ogromnym ciężarem opieki, pełną dokuczliwości, dyskomfortu, niedogodności, biedy i udręki. Dlatego tak istotne jest wdrożenie skutecznego leczenia farmakologicznego. Niestety, chory często nie akceptuje konieczności leczenia i nie ma świadomości choroby. Gdy tylko poczuje się lepiej, przerywa terapię, a przecież często wyniki leczenia bardziej zależą od tego, czy i jak pacjent przyjmuje lek. Brak współpracy chorego w leczeniu, gdy raz się go stwierdzi, najczęściej utrzymuje się długotrwale. Celem wdrożenia nieprzerwanego w dłuższej perspektywie leczenia farmakologicznego jest wyeliminowanie nawrotów psychozy i przez to choćby — ograniczenie liczby zgonów spowodowanych wyborem samobójstwa. W badaniach stwierdzono, że nieregularne przyjmowanie leków — aż o 37 razy zwiększa liczbę zgonów spowodowanych samobójstwem. Sama świadomość takiego ryzyka uzasadnia stwierdzenie braku współpracy, pozwala na podjęcie decyzji o wdrożeniu dostępnego, refundowanego przez państwo leczenia. Warunkiem jest udokumentowanie tego stanu. O braku współpracy nie musi świadczyć sam fakt hospitalizacji. Przecież nie chodzi o to, by pacjent przebywał jak najczęściej i jak najdłużej w szpitalu i przez to „czuł się dobrze”, czyli nie ujawniał ostrych objawów psychozy, tylko o to, by poza szpitalem, w swoim środowisku normalnie funkcjonował. Możliwość stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji o przedłużonej formie uwalniania (LAT) w formie iniekcji, pozwala na utrzymywanie stabilnego stężenia substancji czynnej w organizmie przez dłuższy czas, dają gwarancję skuteczności leczenia, ustąpienia objawów psychozy, braku działań niepożądanych, ograniczenia objawów negatywnych i zaburzeń poznawczych. Sposobność uzyskania w dłuższej perspektywie braku nawrotów, przeniesie się na akceptację leczenia i poprawę relacji z otoczeniem. Stosowanie LAT chociaż powinno być włączone jak naj-

wcześniej, zawsze musi być poprzedzone przynajmniej jednym nawrotem i wcześniejszą stabilizacją, czyli reagowaniem na tę samą cząsteczkę neuroleptyku w formie doustnej bez objawów nietolerancji. Równocześnie musi jednak zaistnieć warunek braku pożądanego efektu terapeutycznego w dłuższej perspektywie z powodu przerywania leczenia, samodzielnej zmiany dawkowania, niezgłaszania się na kolejne wizyty. Iniekcje LAT są leczeniem podtrzymującym, te podawane raz na 3 miesiące powinny być poprzedzone podawaniem tej samej substancji czynnej LAT raz na miesiąc, a te z kolei iniekcjami podawanymi co dwa tygodnie lub lekami doustnymi. Przy stosowaniu LAT obowiązuje nas zasada ostrożności, by nie doszło do niekorzystnych interakcji z innymi lekami (np. wydłużającymi odstęp QT, przeciwarytmicznymi, ale też anksjolitykami, lekami nasennymi, innymi lekami przeciwpsychotycznymi czy alkoholem). Zawsze trzeba wybierać najniższą skuteczną dawkę i nie musimy określać zakończenia leczenia, bowiem im jest ono dłużej prowadzone, tym mniejsze jest ryzyko odstawienia leku, wystąpienia kolejnego nawrotu i konieczności hospitalizacji.

S.M.: Zaczynaliśmy od tematów aktualnych wyzwania stojących przed psychiatrią. Zakończmy także bardzo aktualnym tematem, czyli COVID-19. Jak widzisz sytuację pacjentów leczonych z rozpoznaniem schizofrenii w dobie pandemii? Jakie leczenie może być optymalne w sytuacji tych wszystkich zjawisk, które jej towarzyszą, jak izolacja, restrykcje, ograniczenia dostępności pomocy?

J.H.: Ryzyko zakażenia wirusem w czasie pandemii COVID-19 może być wielokrotnie wśród osób chorujących na schizofrenię. Ograniczenie dostępności do bezpośredniego kontaktu z psychiatrą, tylko 31 działających centrów zdrowia psychicznego, gdzie bez czekania można uzyskać informację, wsparcie i leczenie mogą przyczynić się do zbyt późnego postawienia rozpoznania i terapii. Niepewność co przyniesie jutro, jak rozwinie się pandemia, a obserwujemy jej stałą ekspansję, może spowodować przyjęcie asekuranckiej postawy części psychiatrów, ograniczenie się do tradycyjnego, niepostępowego leczenia. Zagrożenie wirusem SARS-CoV-2 wpływa na utrudnienia w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej, co wśród chorujących na schizofrenię, już wcześniej niechętnie korzystających z badań diagnostycznych spowoduje narastanie w tej grupie chorób współistniejących. Jak wiadomo, około 60% chorujących na schizofrenię nadużywa palenia tytoniu, w przypadku zakażenia wirusem związanym z rozwijaniem się ostrej niewydolności oddechowej, jej przebieg może być cięższy. Pandemia niewątpliwie ogranicza współpracę z rodzinami i opiekunami pa-

cjentów, a przecież są to osoby im najbliższe, dające empatyczne wsparcie i wzmocnienie, dlatego psychiatrzy nie mogą rezygnować ze współpracy z rodzinami. W formie teleporady możliwe jest prowadzenie psychoedukacji i przekazywanie informacji rodzinie, zwłaszcza gdy pacjent unika jakiegokolwiek kontaktu z lekarzem. Część chorych jest też dotknięta większym wykluczeniem społecznym z uwagi na zaburzenia krytycyzmu, upośledzenie poznawcze, niezachowywanie ostrożności, niestosowanie się do sanitarnych zaleceń. Mogą zwiększać ryzyko COVID-19. Tym bardziej mogą być stygmatyzowani, a nawet atakowani. Zadaniem

psychiatrii w tym szczególnie trudnym okresie jest dawanie wsparcia i poczucia bezpieczeństwa. Nie możemy straszyć i indukować lęku. Powinniśmy uczyć pacjentów brania odpowiedzialności za swoje zdrowie, skłaniać ich do aktywności i racjonalnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Chorujący na schizofrenię nie może zniknąć w chaosie pandemicznego świata. Jego absencja wcale nie musi być remisją, wręcz przeciwnie — może stanowić zaostrzenie psychozy. By tego uniknąć, warto pomyśleć o wdrożeniu leczenia LAT, bo mamy dzięki temu możliwość ograniczenia ryzyka transmisji wirusa, ochronę przed nawrotem i hospitalizacją.