"Pobyt tutaj to nie życiowa tragedia". Doktor Anna Betley-Duda odczarowuje mity o oddziale psychiatrycznym iławskiego szpitala

data aktualizacji: 2019.12.25

Oddziały Psychiatryczne Powiatowego Szpitala im. Wł. Biegańskiego w Iławie istnieją już ponad 30 lat, zmieniając w tym czasie swoje oblicze, metody leczenia, zakres oferowanych usług. Łącznie dysponują 52 łóżkami przeznaczonymi dla pacjentów powyżej 18. roku życia, zapewniając całodobową opiekę psychiatryczną z pełną diagnostyką zaburzeń psychicznych.

Oprócz lekarzy specjalistów psychiatrii zatrudnieni są psychologowie oraz terapeuci. Pacjenci zapewnione mają także konsultacje lekarzy innych specjalności, np. internisty, neurologa, czy chirurga. Centrum Zdrowia Psychicznego to oczko w głowie samorządu Powiatu Iławskiego i dyrekcji Powiatowego Szpitala im. Wł. Biegańskiego w Iławie. Jeszcze 2 lata temu informowaliśmy o trwającym remoncie pawilonu psychiatrycznego, który zakończył się w 2018 roku. To była ogromna inwestycja, o wartości ponad 5 milionów złotych, z czego ponad 3 miliony pozyskane zostały ze środków unijnych. Przypomnijmy, w 2015 roku oddano do użytku wyremontowany Oddział Terapii Uzależniania od Alkoholu, która to inwestycja rozpoczęła tworzenie przy szpitalu Centrum Zdrowia Psychicznego. Remont pawilonu psychiatrycznego był końcowym etapem tego projektu, który dziś świeci pełnym blaskiem i jest w pełni do dyspozycji pacjentów.

Rozmowa z lek. Anną Betley-Dudą, koordynatorem oddziału, lekarzem specjalistą psychiatrą i seksuologiem.

Zaburzenia i choroby psychiczne dotykają coraz większej liczby osób. Szacuje się, że kryzysów psychicznych doświadcza w Polsce około 30 procent społeczeństwa. O tym, że w sytuacji kryzysu psychicznego można otrzymać pomoc i gdzie jej szukać wie nadal niewiele osób… Zgadza się pani z tym stwierdzeniem?

– Zgadzam się ze stwierdzeniem, że coraz więcej osób zmaga się z zaburzeniami psychicznymi, kryzysami tej natury, i jest to znak naszych czasów. Jestem już długo w zawodzie i mogę powiedzieć, że kiedyś świat był spokojniejszy, a już na pewno nie było kolejek do psychiatry, które dziś są. Nasze czasy w tym zakresie mają też dobre strony. Myślę o roli Internetu, która jest niebagatelna. Korzystamy z jego dobrodziejstw, kiedy czujemy, że coś złego się z nami dzieje, czytamy, szukamy informacji. W wielu przypadkach ta wiedza jest bardzo przydatna, jeśli nie w leczeniu, to choćby w uświadomieniu sobie problemu i konieczności skonsultowania go.

Czy pacjentami psychiatrii są ludzie w podeszłym wieku, czy raczej młodzi?

– Częściej są to osoby młode. Co niepokojące, jest wielu pacjentów, którzy poza problemem psychicznym mają inne choroby, takie jak cukrzyca, miażdżyca, itd. Są w naszym oddziale konsultowane ze specjalistami z innych oddziałów, bywa, że leczenie jest prowadzone kilkutorowo. Kiedyś takich sytuacji było mniej. Ale sporo jest także przypadków chorób dotykających osoby starsze, najczęściej jest to tzw. zespół otępienny i depresja.

Czym charakteryzuje się zespół otępienny, co powinno zaniepokoić rodzinę osoby starszej?

– Na pewno kłopoty z pamięcią, osłabienie funkcji intelektualnych i obniżony krytycyzm wobec siebie. Bywa, że zespół otępienny jest mylony z depresją, która ma podobne objawy, ale są one płytsze, przejściowe. Wystarczy jedno spotkanie z psychiatrą i można szybko wykluczyć jedno lub drugie zaburzenie. Depresja jest o tyle szczęśliwsza, że jest skutecznie leczona i chory wraca do normalnego funkcjonowania. Z otępieniem jest gorzej, bardzo trudno jest przywrócić coś, co przez lata było zaniedbywane, mówię tu o funkcjach mózgu. Lekami można jedynie powstrzymywać dalszy rozwój choroby, ale nie cofnąć. Pamiętam przypadek pacjenta już w bardzo podeszłym wieku, który był przekonany, że małżonka go zdradza i postanowił wykłuć sobie oczy, żeby tego nie oglądać. To oczywiście przypadek dość drastyczny, ale jest do opanowania w psychiatrii…

Czy otępieniu można zapobiegać?

– Oczywiście. Zapobiegamy tej chorobie przez całe życie, tak naprawdę. Kondycja intelektualna i dbanie o ciągłą aktywność są bardzo ważne. Podobnie jak aktywność fizyczna. Bezruch w tych sferach powoduje otępienie w wieku podeszłym. Co się zaleca? Różnorodną aktywność umysłową, nieukierunkowaną tylko w jedną stronę. Krzyżówki

owszem, ale nie wyłącznie. Nauka języka, obsługi komputera, czytanie książek. Chodzi o to, by zmieniać obszar aktywności i by mózg wykonywał pracę. Te zabiegi muszą iść w parze z aktywnością fizyczną, jakąkolwiek.

Pacjent z zaburzeniami psychicznymi zazwyczaj najpierw odbywa wizytę u psychiatry, jest diagnozowany, otrzymuje leki i funkcjonuje lub trafia na oddział…

– To byłaby sytuacja idealna. Nie zawsze to jednak przebiega w taki sposób. Owszem są pacjenci, którzy zaniepokojeni swoim stanem, swoimi myślami zwracają się do psychiatry. Większość przypadków to jednak inny rodzaj pacjentów, którzy odbywają wizytę u psychiatry, by coś „załatwić". Pamiętam jednego z nich, który potrzebował zaświadczenia od psychiatry, by otrzymać prawo jazdy. Ktoś już na tym etapie uznał, że jest to zaświadczenie potrzebne. To był człowiek bardzo chory, który potrzebował hospitalizacji. Tłumaczę wówczas takiej osobie, że bez obserwacji nie ma mowy o wydaniu takiego dokumentu. Opuszcza gabinet, delikatnie mówiąc, rozczarowany. Ten konkretny pacjent trafił w końcu do naszego oddziału i po pobycie zażądał zaświadczenia, gdyż mu obiecałam.

Najczęstszą przyczyną pobytu w oddziałach psychiatrycznych szpitala są zespoły zależności alkoholowej, schizofrenia, nerwice i depresje. Które z tych chorób dominują?

– Dominują schizofrenie i zespoły zależności alkoholowej. Nerwice i depresje rzadko są hospitalizowane, bo nie ma takiej potrzeby. Leki, psychoterapia plus zaangażowanie pacjenta zazwyczaj są wystarczające. W szpitalu przebywają najczęściej pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi, to schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa oraz z zaburzeniami świadomości spowodowanymi uzależnieniem od alkoholu. W zasadzie wszystkim chorobom i zaburzeniom psychicznym mogą towarzyszyć lęki.

A co z zaburzeniami osobowości, czy są leczone w naszym oddziale?

– Zaburzenia osobowości leczą wyspecjalizowani w tej dziedzinie psychiatrzy przy współpracy z psychologami. To leczenie, które trwa długo i wymaga ogromnej woli pacjenta. Zaburzeń osobowości nie można cofnąć, można nauczyć się z nimi żyć i minimalizować ich skutki.

Jest pani specjalistą psychiatrii, ale i seksuologii. Czy wielu jest pacjentów z zaburzeniami seksualnymi, dewiacjami? Czy są oni leczeni i hospitalizowani w naszych placówkach?

– Nie są, ponieważ NFZ nie refunduje takiego leczenia. Na pewno jest takich pacjentów znacznie więcej, niż się zgłasza (do prywatnego gabinetu). Wielu z nich szkoda zachodu i pieniędzy, także na leki, które są drogie, na coś z czym od biedy można żyć. Ale też bywa, że odbieram telefon od mężczyzny, który chce wizyty natychmiast i okazuje się, że miał świeżo jeden raz kłopot z erekcją i jest przerażony. A taki kłopot może się zdarzyć zupełnie zdrowemu mężczyźnie.

Kiedy pojawiają się przesłanki, że pacjent powinien być hospitalizowany?

– Kiedy nie skutkuje leczenie ambulatoryjne, choroba nie chce się cofnąć, lub stan pacjenta się pogarsza. Kiedy stanowi on niebezpieczeństwo dla samego siebie lub dla otoczenia. To są podstawowe przesłanki.

Bywa, że przebieg choroby jest nagły i dynamiczny. Czy w takiej sytuacji pacjent trafia prosto do oddziału?

– Trafiają do nas pacjenci po incydentach nagłych, kiedy np. po alkoholu lub innych środkach psychoaktywnych robią coś, co stanowi bezpośrednie zagrożenie dla niego samego lub otoczenia. I w tym miejscu dochodzimy do tematu dość drażliwego, mianowicie, czy oddział psychiatryczny jest odpowiednim miejscem dla takich pacjentów… Nie jesteśmy w stanie przeprowadzić badania z taką osobą, musimy czekać, aż się uspokoi, wytrzeźwieje. W sytuacjach skrajnych jest przypięty do łóżka pasami. Bardzo rzadko okazuje się, że jest to osoba chora psychicznie, najczęściej mamy do czynienia z incydentalną niedyspozycją spowodowaną alkoholem i narkotykami. Do oddziału wracają też pacjenci, którzy z jakichś przyczyn przestają brać leki, a chorują np. na schizofrenię. To efekt nieregularności.

Proszę nieco rozwinąć watek zespołów zależności alkoholowej, które są tak częste. Poza tym często w filmach i literaturze pojawiają się wątki alkoholizmu, które nieraz wprawiają w osłupienie, przerażają…

– Oczywiście jest sporo pacjentów, którzy trafiają do nas z tzw. zespołem odstawiennym, z nasilonymi objawami. Jeśli ogranicza się to do objawów somatycznych, to problemu poważnego jeszcze nie ma. Jeśli jednak przeradza się w psychozę alkoholową, to konieczna jest hospitalizacja. Zespół odstawienny powstaje w wyniku nadużywania alkoholu, zwykle po wielu latach trwania w nałogu, choć to sprawa indywidualna. Pojawia się w ciągu 2-4 dni po odstawieniu alkoholu i występuje w kilku odmianach. Najczęstsze i najniebezpieczniejsze jest majaczenie alkoholowe, tzw. delirium. Pacjent ma urojenia, zaburzoną świadomość, nie wie, gdzie się znajduje i co się z nim dzieje, bywa agresywny, towarzyszą temu drgawki. Pojawiają się halucynacje, omamy słuchowe i wzrokowe – białe myszki, insekty. Majaczenia to ostry przebieg zespołów zależności alkoholowej. Jest również znany tzw. zespół Otella (paranoja alkoholowa) – psychoza dotykająca uzależnionych od alkoholu mężczyzn (w pewnych przypadkach dotyka również kobiet). Przejawia się nadmierną, chorobliwą zazdrością wynikającą z paranoicznego urojenia o rzekomej zdradzie partnerki. W skrajnych przypadkach mamy do czynienia z psychozą Korsakowa – dla tej odmiany psychozy alkoholowej charakterystyczne są problemy z pamięcią. Chory ma „dziury w pamięci”, następuje utrata wielu wspomnień, które wypełniane są zmyślonymi historiami, konfabulacjami. Wszystkie te zespoły chorobowe są poważnymi zaburzeniami psychicznymi i są bardzo niebezpieczne dla pacjenta, zagrażają jego życiu i zdrowiu, dlatego konieczna jest hospitalizacja. 20 procent tych zaburzeń kończy się niestety śmiercią pacjenta. Trzeba pamiętać, że alkohol uszkadza wiele organów – wątrobę, trzustkę i mózg. Przypominam sobie, że będąc jeszcze studentką, robiliśmy sekcję zwłok alkoholika i kiedy otworzyliśmy czaszkę, to buchnął w nas swąd alkoholu i jego opary. To było doświadczenie, które

dobrze zapamiętaliśmy. Zatem alkohol rozprzestrzenia się w całym organizmie i jest szalenie szkodliwy.

Czy po takim leczeniu, przy założeniu, że pacjent zachowuje abstynencję, można normalnie funkcjonować, pracować, zajmować się rodziną?

– Jeśli pacjent przejdzie pomyślnie leczenie w naszym oddziale, zachowuje abstynencję – najlepiej, jeśli od razu z naszego oddziału trafia do oddziału odwykowego, jest szansa na powrót do normalnego życia. Po leczeniu szpitalnym powinien aktywnie uczestniczyć w mityngach Anonimowych Alkoholików (AA) i pojawiać się w poradni odwykowej, żeby jego stan był monitorowany i żeby terapia trwała, najlepiej indywidualna. Wszystkie te usługi gwarantujemy w ramach NFZ.

Które z tych chorób wymagają najdłuższej hospitalizacji i dlaczego?

– Czas pobytu pacjenta w oddziale jest określony w kontrakcie z NFZ. Każdy przypadek chorobowy pacjenta jest traktowany indywidualnie, może to być sześć tygodni, a mogą być 3-4 miesiące. Nie ma reguł i nie ma też gwarancji, że w danym czasie pacjent jest gotów zakończyć leczenie. Jest u nas tyle czasu, ile jest to konieczne.

Czy leczenie w oddziale jest dobrowolne?

– Leczenie w naszym oddziale jest dobrowolne, ale oczywiście są przypadki, kiedy osoba jest kierowana do oddziału decyzją sądu.

Jak przebiega dzień w oddziale?

– Po pobudce zapraszamy wszystkich pacjentów na gimnastykę, co jest dobrowolne. Po ćwiczeniach jest śniadanie, przyjęcie leków (co też bywa problemowe, bo czasem pacjenci stosują różne zabiegi, by ich nie połknąć) i tradycyjny obchód. To ważny moment dnia z tego względu, że bywa jedynym, kiedy lekarze skupiają całą swoją uwagę na pacjencie – jest rozmowa o tym, jak się czuje, jakie ma obawy, lęki i jak w najbliższym czasie będzie przebiegać jego leczenie. Potem są przeróżne zajęcia terapeutyczne, rozmowy o życiu, o przyszłości, analiza przeszłości. Odbywają się one w pracowniach terapii, gdzie przy okazji wykonywania czasem przepięknych rzeczy, jest po prostu rozmowa z terapeutami, psychologami. To się dzieje jakby przy okazji, przy wspólnej pracy. W oddziale pojawia się też zaprzyjaźniony z nami ksiądz grekokatolicki, który zagospodarowuje tę duchową sferę życia pacjentów. Jest bardzo lubiany i szanowany. Odwiedziny są codziennie. Na pewnych etapach leczenia pacjenci wychodzą sobie na krótką przepustkę, do sklepu, np. po kawę, papierosy, czy coś słodkiego. Bywa, że przepustki są dłuższe – oczywiście wyłącznie w przypadku pełnego zaufania i gwarancji przyjmowania leków (otrzymują torebki z lekami na każdy dzień).

Odczarowała pani nieco oddział, który na pewno w wielu osobach budzi niepokój…

– Pobyt w naszym oddziale nie jest żadną tragedią życiową, to oddział jak każdy inny. Jest po remoncie, co także sprzyja psychice pacjentów – jest po prostu ładnie i przyjemnie. Zagospodarowana jest okolica – patio, ale także miejsce bardziej intymne, za budynkiem, gdzie jest miejsce na ognisko, biesiadowanie – nazywamy je Ciechocinkiem.

Co dzieje się z pacjentem po leczeniu szpitalnym, czy jego stan zdrowia jest monitorowany?

– Pacjent otrzymuje od nas Kartę Informacyjną (z diagnozą, przebiegiem choroby i leczeniem) i kierowany jest do przyszpitalnej Poradni Zdrowia Psychicznego i tam jego stan zdrowia jest monitorowany. Do dyspozycji jest także Dzienny Oddział Psychiatryczny, który jest przeznaczony dla pacjentów niewymagających hospitalizacji w oddziale całodobowym. Ważna informacja! Pacjentami Dziennego Oddziału Psychiatrycznego nie mogą być osoby z chorobą alkoholową i osoby z upośledzeniem intelektualnym.

M. Rogatty
www.powiat-ilawski.pl

Część personelu Oddziałów Psychiatrycznych Powiatowego Szpitala im. Wł. Biegańskiego w Iławie.

~~galeriaspc~~4976~~

PERSONEL LEKARSKI:
Lek. med. Anna Betley-Duda, lek. med. Marek Mełus oraz lekarze dyżurujący: lek. med. Wiktor

Kowalski, lek. med. Piotr Punda, lek. med. Anna Skiepko-Grigorjew, Magdalena Więckiewicz-Okuniewska, Joachim Rudnicki.

PERSONEL PIELĘGNIARSKI:
Pielęgniarka oddziałowa – Irena Rozmanowska.
Pielęgniarki: Elżbieta Sajkowska, Bożena Semczuk, Elżbieta Kusz-Maślak, Marzanna Swatek, Agnieszka Modras, Renata Nietupska, Jolanta Kolbusz, Renata Kozłowska, Beata Świątkowska, Krystyna Pieńczewska, Anna Balenis, Bożena Rudnicka, Renata Górzyńska, Marta Świta, Maria Kuczek, Gabriela Jackowska, Irena Kowalewska, Wioletta Matusewicz.
Mateusz Czarnota – ratownik medyczny.
Katarzyna Łuszczyńska – psycholog kliniczny.
Janina Janikowska – psycholog kliniczny.
Agnieszka Zambrzycka – psycholog.
Ewa Majewska – psycholog.
Kinga Milewska – psycholog.
Małgorzata Matej – terapeuta zajęciowy.
Beata Komacka- terapeuta zajęciowy.
Monika Śliziewicz – pracownik socjalny.
Elżbieta Gutkowska – sekretarka.

KOORDYNATOR ODDZIAŁU: lek. med. Anna Betley-Duda, specjalista psychiatrii i seksuologii.
Z-ca koordynatora: lek. med. Marek Meus.

Źródło:
https://www.infoilawa.pl/aktualnosci/item/59733-pobyt-tutaj-to-nie-zyciowa-tragedia-doktor-anna-betley-duda-odczarowuje-mity-o-oddziale-psychiatrycznym-ilawskiego-szpitala