

”Problemy psychiatryczne pacjenta z rozpoznaną
chorobą hematologiczną
o poważnym rokowaniu i długotrwałym przebiegu.”

W oparciu o doświadczenia własne

Kim jestem i czemu piszę o doświadczeniach hematologicznych?

1. psychiatra
2. psychoterapeuta
3. konsultant hematologii

Wprowadzenie

Ta prezentacja ma zadanie pokazać z jakimi problemami psychiatrycznymi spotykają się hematolodzy u swoich pacjentów - zarówno tych leczonych ambulatoryjnie jak i szpitalnie. Tych u których problem psychiatryczny jest pierwotny jak i wtórny do chorób hematologicznych.

Z jakim pacjentem spotyka się hematolog?

Dla potrzeb tej prezentacji (i ogólnie myślenia o pacjentach w gabinecie hematologicznym) podzieliłbym pacjentów na następujące grupy:

- 1) pacjenci już zdiagnozowani psychiatrycznie, gdzie historia leczenia zaczyna się zwykle na długo przed rozpoznaniem hematologicznym,
- 2) pacjenci z problemami psychiatrycznymi którzy nie są zdiagnozowani ani leczeni ale problemy trwają już długo,
- 3) pacjenci których problemy psychiatryczne są ściśle związane z problemami hematologicznymi - czyli których stan psychiatryczny wikła leczenie hematologiczne.

W dalszej części postaram się przybliżyć tak zdefiniowany problem.

Pacjenci “pierwotnie” z problemami psychiatrycznymi. cz1

Pacjent z pierwszego punktu z poprzedniego slajdu - czyli już zdiagnozowani psychiatrycznie.

Zwykle ci pacjenci mają wiedzę na temat swojej choroby, leczenia, mają przepisane leczenie - zwykle głównym problemem lekarza jest dostosować leczenie hematologiczne do leczenia psychiatrycznego. Może nie być to łatwe i wtedy warto skorzystać z konsultacji psychiatry.

Znacznym problemem mogą być sytuacje wymagające dokonania wyboru postępowania, szczególnie gdy leczenie hematologiczne grozi zaostrzeniem stanu psychiatrycznego.

Trudności w modyfikacji leczenia. Najczęstsze problemy.

Konieczność	możliwy efekt
włączenie sterydu	psychoza posterydowa, nasilenie zaburzeń depresyjnych
karbamazepina u pacjenta	Karbamazepina jest substratem i induktorem CYP3A4 co skutkuje koniecznością modyfikacji dawki wielu innych leków metabolizowanych na tym cytochromie.
lit (węglu litu)	lek ma konkretne okno terapeutyczne (0,6-1,2 mmol/l) w związku z tym konieczne jest uważne stosowanie innych leków z którymi może wchodzić w interakcje (tetracykliny, metronidazol, leki moczopędne, inhibitory angiotensyny, neuroleptyki, NPLZ, Ca blokery) oraz kontrolowanie bilansu płynów - wszystko to jest konieczne aby stężenie w surowicy nie weszło na poziom toksyczny).

Pacjenci “pierwotnie” z problemami psychiatrycznymi. cz2

Wiedza o diagnozie pacjenta jest istotna z punktu widzenia postępowania oraz potencjalnych trudności w postępowaniu z pacjentem.

Psychiatria zajmuje się 4 grupami pacjentów - grupy te oczywiście są teoretyczne, bo też mamy współchorobowość:

- 1) choroby
- 2) upośledzenia
- 3) uzależnienia
- 4) zaburzenia

Potencjalne problemy spotykane w poszczególnych grupach pacjentów.

W każdej z grup możemy spotkać pewne typy problemów z którymi należy się liczyć:

Grupa pacjentów	potencjalny problem
pacjenci z chorobą psychiczną	choroby - schizofrenia i CHAD. Problem - zaostrzenie choroby i przejście w psychozę. Z czym wiąże się konieczność hospitalizacji psychiatrycznej i działania zgodnie z UOOZP
upośledzenia	pacjenci ubezwłasnowolnieni
uzależnienia	pacjenci "odporni" na wiele leków z grup psychotropów, możliwość zespołów odstawiennych, abstynencji, nadużywania leków, narkotyków, alkoholu, dostarczania leków przez rodziny, znajomych
zaburzenia	dużo lęku, możliwe problemy z dostosowaniem się, niepewną zgodą na procedury, silne spadki nastroju.

Druga grupa pacjentów.

Druga grupa pacjentów z którą może się spotkać hematolog w swojej pracy to pacjenci wykazujący jakiś charakter problemów psychiatrycznych ale nigdy nie diagnozowani, nie leczeni, nie zdający sobie sprawy z problemu a często negujący problem.

Przytaczenie w niniejszej prezentacji trybu postępowania byłoby cytowaniem całego podręcznika psychiatrii - czego nie uważam za stosowne. Mogę zaproponować tylko (dla chętnych) zapoznanie się z obecnie obowiązującymi podręcznikami całościowymi do psychiatrii np. 3 tomowa "Psychiatria" pod redakcją profesorów Pużyńskiego, Wciórki i Rybakowskiego)

No ale kiedy coś robić? Kiedy poprosić psychiatrę o konsultację? diagnostykę? leczenie?

Kluczowym terminem jest **dysfunkcjonalność** pacjenta odnosząca się do całego procesu leczenia hematologicznego. Jeśli pacjent wykazuje dysfunkcjonalność - należy poprosić o pomoc psychiatrę.

Trzecia grupa pacjentów

Trzecia grupa pacjentów najtrudniejsza: pacjenci których stan psychiatryczny jest powikłaniem stanu hematologicznego.

Pod uwagę trzeba brać kilka aspektów:

- 1) proces chorobowy skutkujący zmianami w obrębie OUN
- 2) używane w terapii leki i ich skutki uboczne
- 3) świadomość u pacjenta choroby hematologicznej oraz jego wiedzy o swoim stanie zdrowia, planowanym leczeniu, rokowaniu
- 4) czas oczekiwania na efekty leczenia
- 5) leczenie stacjonarne - związane z długoterminową izolacją

Proces chorobowy skutkujący zmianami w obrębie OUN

Wszystkie choroby i procesy terapeutyczne skutkujące zmianami w OUN na każdym poziomie - makro, mikro czy biochemicznym mogą skutkować objawami psychiatrycznymi - ostrymi lub rozwijającymi się wolniej.

Nawet jeśli zmiany są klinicznie nieuchwytne - mogą dawać objawy psychiatryczne. Np. hiperprolaktynemia.

Używane w terapii leki i ich skutki uboczne

leki somatyczne a działania UBOCZNE leków LPD

mechanizmy działania leków - szczególnie warto pamiętać o cytochromie CYP450

BZD <> Z

Neuroleptyki - niekoniecznie w schizofrenii

80% leków off label

Pacjent psychiatrycznie zdrowy w procesie leczenia hematologicznego

Pacjent w leczeniu hematologicznym jest narażony na bardzo silne czynniki psychiczne:

- 1) świadomość bardzo poważnej choroby zagrażającej życiu
- 2) brak "namacalności" charakterystycznych objawów
- 3) leczenie szpitalne - przeszczepy:
 - a) długość izolacji
 - b) okres "niesamodzielności" poza szpitalem
- 4) odłożenie "na bok" całego życia - "okno" czyli komputer.

A personel?

Personel jest kompletnie zaniedbany. Personel wiązuje się z pacjentami, szczególnie gdy długo leżą, "walczy" się o nich. Jeśli leczenie się nie powiedzie - w najtrudniejszej sytuacji psychicznej zostaje personel.

Nikt o personel nie dba.

W świadomości społecznej lekarz jest zawsze uśmiechnięty, zdenerwowany lub przemęczony - ale nigdy nie czuje straty, samotności, bezsilności.

Przy SIL powstała Grupa Balinta dla lekarzy.



Dziękuję!

Kontakt ze mną:

Jacek Przybyło

Poradnia Zdrowia Psychicznego

ul. Lompy 16, Katowice

email: jprzybylo@gmail.com

