



FORUM¹:

CZY PSYCHIATRY SĄ GATUNKIEM ZAGROŻONYM?

ARE PSYCHIATRISTS AN ENDANGERED SPECIES?

Czy psychiatrzy są gatunkiem zagrożonym? Obserwacje dotyczące wewnętrznych i zewnętrznych wyzwań stojących przed naszym zawodem

*Are psychiatrists an endangered species? Observations
on internal and external challenges to the profession*

HEINZ KATSCHNIG

Medical University of Vienna, Ludwig Boltzmann Institute of Social
Psychiatry, Lazarettgasse 14A-912, A-1090 Wiedeń, Austria

STRESZCZENIE

Ze względu na wyrażane ostatnio zaniepokojenie kryzysem w psychiatrii zidentyfikowano i omówiono sześć wyzwań, jakie stoją przed naszym zawodem. W oczekiwaniu na nowe wersje ICD-10 i DSM-IV coraz częściej kwestionowana jest trafność definicji diagnostycznych i systemów klasyfikacji w psychiatrii, również przez samych psychiatrów. Poza tym maleje zaufanie do wyników badań nad interwencjami terapeutycznymi. Kolejne wyzwanie stanowią frakcje o de facto przeciwstawnych ideologiach – w konsekwencji takiej sytuacji profil roli zawodowej psychiatrii jest niejasny. Do wyzwań pochodzących z zewnątrz należy rosnący krytycyzm ze strony pacjentów i ich opiekunów, wdzieranie się innych zawodów w tradycyjny obszar kompetencji psychiatrii oraz niski status psychiatrii w medycynie i w ogóle w społeczeństwie. Z badań wynika, że obserwowany w wielu krajach spadek liczby kandydatów wybierających specjalizację w psychiatrii może wiązać się z problemami spowodowanymi przez te wyzwania. Nie wiadomo, czy psychiatria przetrwa jako jednolita dyscyplina medyczna, czy też odłączą się te segmenty, które są bardziej opłacalne zarówno finansowo, jak prestiżowo, zostawiając nieatrakcyjne zadania do wykonania temu, co z psychiatrii pozostanie. Do takiego rozwoju wypadków może się przyczynić schyłek epoki omnibusa, który zna się na wszystkim i rozkwit roli specjalisty we współczesnym społeczeństwie. Różne gremia zawodowe podejmują obecnie próby zdefiniowania profilu „psychiatrii ogólnej”. Takie dyskusje należy uzupełnić o analizę czynników sprzyjających tendencjom odśrodkowym w psychiatrii.

SUMMARY

Based on recently voiced concerns about a crisis in psychiatry, six challenges to our profession are identified and discussed. As we approach the revisions of ICD-10 and DSM-IV, the validity of psychiatry's diagnostic definitions and classification systems is increasingly questioned also from inside psychiatry. In addition, confidence in the results of therapeutic intervention studies is waning. A further challenge is the existence of de facto subgroups with opposing ideologies, a situation which is responsible for an unclear role profile of the psychiatrist. Challenges from outside include mounting patient and carer criticism, intrusion of other professions into psychiatry's traditional field of competence, and psychiatry's low status within medicine and in society in general. Studies suggest that the decline of the recruitment into psychiatry, as it is observed in many countries, might be related to problems arising from these challenges. It is unclear whether psychiatry will survive as a unitary medical discipline or whether those segments which are more rewarding, both financially and in status, will break away, leaving the unattractive tasks to carry out by what remains of psychiatry. The demise of the generalist and the rise of the specialist in modern society may contribute to this development. Attempts are underway by professional bodies to define the profile of a "general psychiatrist". Such discussions should be complemented by an analysis of the incentives which contribute to the centrifugal tendencies in psychiatry.

Słowa kluczowe: przyszłość psychiatrii / diagnoza / leczenie / krytyka ze strony użytkowników i opiekunów, rywalizacja zawodowa

Key words: future of psychiatry / diagnosis / treatment / user and carer criticism / professional competition

W *New Oxford Textbook of Psychiatry* wydanym w roku 2009, w którym nasz zawód imponująco przedstawiono na ponad 2000 stron, P. Pichot, były przewodniczący WPA

i od wielu lat autorytet w dziedzinie historii psychiatrii, kilka ostatnich paragrafów swego rozdziału pt. „Historia psychiatrii jako specjalności medycznej” poświęca omówieniu

¹ Przedruk z *World Psychiatry* 2010; 9(1): 21-40, za życzliwą zgodą wydawcy i redakcji. *World Psychiatry* jest organem Światowego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (WPA, *World Psychiatric Association*).

potencjalnego kryzysu w psychiatrii. Doszedł do wniosku, że psychiatrii grozi albo wchłonięcie przez inne specjalności medyczne, albo pozbawienie jej charakteru medycznego [1]. W czasopismach psychiatrycznych dyskutuje się nad kwestią: czy i w jaki sposób psychiatria „przetrwa do drugiej połowy XXI wieku” [2], oraz opisuje się „duży pesymizm i złe przeczucia wśród psychiatrów” [3]. Piszę się, że w wielu krajach brakuje psychiatrów [4,5]. Zadano nawet pytanie, czy psychiatria powinna „istnieć” [6]. A koledzy neurologi radzą nam, aby zrezygnować z terminu „choroba psychiczna” i zastąpić go określeniem „choroba mózgu” [7].

Co kryje się za takimi wypowiedziami? Czy wyrażają one tylko czyjeś osobiste poglądy lub problemy lokalne? Jest to nieprawdopodobne. Dlaczego WPA ostatnio podjęło działania i rozpoczęło projekty dotyczące takich tematów, jak stygmatyzacja psychiatrii i psychiatrów, promowanie wyboru psychiatrii jako specjalizacji zawodowej wśród studentów medycyny, oraz ułatwianie wczesnej kariery zawodowej w psychiatrii [8,9]?

Czy zatem w 200 lat po narodzinach psychiatrii [10] dzieje się z nią coś niedobrego? A jeśli tak, na czym to polega? Aby rzucić trochę światła na to zagadnienie słuchałem, o czym się mówi w środowisku, przyjrzałem się czterdziestu latom własnej pracy w zawodzie psychiatry oraz szukałem w literaturze oznak kryzysu, między innymi w ogólnej literaturze dotyczącej pracy zawodowej.

Na psychiatrię jako zawód można popatrzeć z punktu widzenia socjologii pracy, gdzie analizuje się relacje między poszczególnymi zawodami a ogółem społeczeństwa. W okresie kryzysu może się to przydać dla uzupełnienia oglądu danego zawodu „od środka”, z perspektywy wewnętrznej, która zwykle koncentruje się na relacji między zawodem a jego klientami, w tym również na zawodowych systemach wartości definiujących ową relację [11]. Z punktu widzenia socjologii zawód generalnie można scharakteryzować na tej podstawie, że ma: (a) specjalistyczną wiedzę i umiejętności definiujące obszar kompetencji i rodzaj potencjalnych klientów, a także granice oddzielające dany zawód od innych; (b) wysoki status w społeczeństwie (pod względem zarówno finansowym, jak i innych korzyści); (c) autonomię (a przez to władzę) nadaną przez społeczeństwo, np. w zakresie przyjmowania i wykluczania swoich członków; d) w zamian za to wszystko zobowiązuje się zapewnić wysoką jakość świadczonych usług („funkcjonować profesjonalnie”) oraz przestrzegać zasad etycznych [12, 13].

Omówię tutaj sześć wyzwań, jakie wiążą się z pierwszymi dwoma spośród powyższych kryteriów: trzy wyzwania pochodzące „z wewnątrz”, odnoszące się w zasadzie do spadku zaufania wobec wiedzy, jaką dysponuje psychiatria oraz do braku spójnych podstaw teoretycznych, oraz trzy „z zewnątrz”, czyli niezadowolony klientów, konkurencja ze strony innych zawodów, oraz negatywny wizerunek psychiatrii. Niewątpliwie istnieją jeszcze inne wyzwania, takie, jak coraz większa ingerencja państwa i firm ubezpieczeniowych, domaganie się lepszej jakości opieki mimo rosnących restrykcji – ale dotyczy to całej medycyny i nie będzie tu omawiane.

WYZWANIA WEWNĘTRZNE

Spadek zaufania do zasobu wiedzy: diagnoza i klasyfikacja

Kategorie chorób i ich klasyfikacja stanowią dominującą zasadę organizacyjną w większości dziedzin medycyny, z psychiatrią jako specjalnością medyczną włącznie. Rozpoznanie (diagnozy) mają stanowić podstawę decyzji terapeutycznych, refundacji kosztów, definiowania populacji pacjentów w badaniach naukowych, wyników statystycznych, mają też służyć do celów dydaktycznych. W psychiatrii mamy sytuację powodującą zamieszanie, a mianowicie na całym świecie używa się dwóch różnych systemów diagnostycznych. W każdym państwie członkowskim Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przy wypisie pacjenta ze szpitala trzeba wybrać jakieś rozpoznanie z V. Rozdziału Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10). Jednak po to, by opublikować badania z dziedziny psychiatrii w czasopiśmie o wysokim wskaźniku wpływu (*impact factor*), wskazane jest posługiwanie się Diagnostycznymi i Statystycznymi Podręcznikami (DSM-IV) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA).

Paralelizm tych dwóch głównych systemów diagnostycznych istnieje od niemal 60 lat. W roku 1949 po raz pierwszy włączono zaburzenia psychiczne do szóstego wydania Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób [ICD-6, 14] – w wydaniach wcześniejszych uwzględniano jedynie śmiertelność. Trzy lata później APA wprowadziło swój własny system klasyfikacji [DSM-1, 15]. Doszliśmy obecnie do ICD-10 [1992] i DSM-IV [1994], zaś kolejne wydania „wielkiej dwójki” powinny ukazać się w ciągu kilku lat [DSM-V w roku 2013; ICD-10 w 2014]. Zatem nadal równolegle będą istniały dwa systemy.

Taki paralelizm jest możliwy ze względu na sam charakter definicji większości diagnoz psychiatrycznych: składają się one z kombinacji kryteriów fenomenologicznych, takich, jak objawy przedmiotowe i podmiotowe oraz ich przebieg w czasie, rozmaicie zestawianych przez komisje ekspertów w kategorii chorób psychicznych, wielokrotnie definiowane i redefiniowane w ciągu ostatniego półwiecza. Większości tych kategorii diagnostycznych nie poddano walidacji na podstawie kryteriów biologicznych (którą przeprowadza się dla większości chorób somatycznych); chociaż nazywa się je „zaburzeniami”, jednak wyglądają jak rozpoznania medyczne i udają, że reprezentują choroby o takie, jak w medycynie. W rzeczywistości są one osadzone w odgórnie ustalonych klasyfikacjach, porównywalnych z wczesnymi botanicznymi klasyfikacjami roślin w XVII i XVIII wieku, kiedy to eksperci *a priori* decydowali, jakim kryterium klasyfikacyjnym będą się posługiwać: na przykład, czy podstawowym kryterium klasyfikacji roślin ma być owocnia czy kształt liści [16].

Podejście DSM-III polegające na tworzeniu „definicji operacyjnych” [np. muszą występować „2 spośród 5 objawów” wymienionych w definicji] niewątpliwie zwiększyło rzetelność procesu dochodzenia do diagnozy, w tym sensie, że możemy mieć większą pewność, iż jeśli różni psychiatrzy przeprowadzają badanie diagnostyczne pacjenta, to oceniwszy objawy i inne kryteria częściej otrzymują

ten sam wynik. Ale rzetelność jest czym innym niż trafność. Zjawiska psychopatologiczne z pewnością istnieją i jako takie mogą być obserwowane oraz doznawane. Rozpoznanie psychiatryczne są jednak definiowane arbitralnie i nie istnieją w takim sensie, jak istnieją zjawiska psychopatologiczne.

To nic nowego. Choć psychiatryczne systemy klasyfikacji diagnostycznej oraz definicje chorób krytykowano od dawna, zmienił się jednak charakter tych ataków. Pół wieku temu pochodziły one głównie spoza psychiatrii [np. 17,18]. Ataki te trwają nadal w dzisiejszych czasach [19], lecz dyskusje dotyczące trafności rozpoznania psychiatrycznych nabierają rozpędu również w naszym zawodzie (niewątpliwie napędzane przez oczekiwania na nowe wersje „wielkiej dwójki”, które mają się wkrótce ukazać) [20,21]. Sytuacja się zmieniła – psychiatryczne rozpoznania i systemy klasyfikacji nie są już krytykowane przez „tych samych podejrzanych, co zawsze”; dyskusja toczy się teraz w samym sercu naszego zawodu.

Na przykład, psychiatrzy mówią o „genetycznej dekonstrukcji psychozy” [22], o nietrafności rozpoznania psychiatrycznych, mimo ich przydatności [23], oraz o niewielkiej stałości diagnostycznej zaburzeń psychicznych [24]. Od genetyków psychiatrycznych słyszy się, że muszą posługiwać się „technologią wojen gwiazdnych w odniesieniu do rozpoznania z epoki łuku i strzały”. Wybitny badacz w dziedzinie psychiatrii niedawno tak skomentował: „Sugerowano, że ta debata ma charakter polityczny. Jednak tak nie jest, ponieważ sedno sporu polega na tym, że solidne dowody naukowe świadczą o braku trafności nozologicznej kategorii diagnostycznych, które tym niemniej paradoksalnie ulegają reifikacji psychiatrycznej” [25].

Socjolog A. Abbott zauważa, że opanowanie podstaw wiedzy socjologicznej przez inne zawody umożliwia im uchwycenie nowych problemów i zdefiniowanie na nowo zakresu ich zainteresowań [26]. Pamiętając o tym, można twierdzić, że chociaż niektóre zaburzenia psychiczne mają pewnego rodzaju „trafność kliniczną” [np. zaburzenie dwubiegunowe], to DSM „ogólną trudną sytuację człowieka przerobiło na rozpoznania psychiatryczne o niesprawdzonej trafności” [27]. Psychiatria „opuściła wyspę choroby psychicznej i pograżyła się w bezkresnym morzu ludzkich problemów”, jak ujął to F. Redlich ponad 50 lat temu, mając na myśli psychoanalizę [28, cytuję za 17]. Pytanie, czy jesteśmy w stanie „odróżnić rzeczywiste zaburzenia psychiczne od homeostatycznych reakcji na niepomyślne zdarzenia życiowe” [29] jest bardziej palące niż kiedykolwiek wcześniej.

Podjmuje się wszelkiego rodzaju akcje ratunkowe wobec takich zagrożeń dla wiedzy diagnostycznej zgromadzonej w psychiatrii i wysuwa się aż za dużo propozycji: aby zidentyfikować „metastruktury” [30], uzupełnić kategorie diagnostyczne o metody oceny wymiarów [21] lub podejście „międzydiagnostyczne” [31], aby posługiwać się „iteracją epistemiczną” [16], lub formułować „integracyjną diagnozę skoncentrowaną na osobie” [32]. Niedawno grupa psychiatrów poprosiła o powołanie zespołu koncepcyjnego do pracy nad DSM-V, zwracając uwagę, że przy poprzednich wydaniach DSM zagadnieniami koncepcyjnymi zajmowały

się tylko *ad hoc* poszczególne zespoły oraz główna grupa robocza [33]. Wszystkie te możliwości mamy do wyboru.

Proponowano również, aby położyć większy nacisk na kliniczną przydatność diagnozy, czyli na łatwość jej stosowania i komunikowania, oraz użyteczność w planowaniu leczenia [34]. W praktyce klinicznej wybór leków ma jednak niewielki związek z rozpoznaniem [np. leki przeciwdepresyjne stosuje się w wielu różnych zaburzeniach] [35], w środowiskowej opiece psychiatrycznej rozpoznania służą głównie jako podstawa do uruchamiania i rozdzielania zasobów finansowych, zaś w codziennej pracy z klientami używa się różnych klasyfikacji [36].

Z tych dyskusji płynie groźny wniosek, że jeśli nasze dotychczasowe kategorie diagnostyczne nie były trafne, to tak samo nietrafne są wszelkiego rodzaju badania – epidemiologiczne, etiologiczne, patogenetyczne, terapeutyczne, biologiczne, psychologiczne czy społeczne – o ile przeprowadzono je stosując te rozpoznania jako kryterium kwalifikacji do badania.

Spadek zaufania do zgromadzonej wiedzy: interwencje terapeutyczne

Żyjemy w epoce medycyny opartej na dowodach naukowych [37]. Na podstawie meta-analiz i systematycznych przeglądów starannie wybranych, rzetelnych metodologicznie badań opracowuje się wytyczne dla postępowania w praktyce, które stają się zalecaną normą – nie możemy już opierać się na samym doświadczeniu klinicznym. Ale tak naprawdę w jakim stopniu możemy być pewni swoich decyzji leczniczych?

Kiedy w roku 2008 opublikowano meta-analizę badań dotyczących leków przeciwdepresyjnych [38], której głównym wnioskiem było to, że w przypadkach łagodnej i umiarkowanej depresji leki przeciwdepresyjne nie są lepsze niż placebo, wynik ten natychmiast obiegł cały świat – przy czym dla mediów szczególną atrakcją był fakt, że autorzy uwzględnili w swojej meta-analizie również badania niepublikowane, lecz zgłoszone do Amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków [US Food and Drug Administration]. Wnioski te potwierdzono w innych badaniach na ten temat [39], co doprowadziło do ożywionej dyskusji w psychiatrii [40]. Fakt, że próby lekowe, w których uzyskano pozytywne wyniki, są publikowane częściej i szybciej niż te, których wyniki są negatywne, wzbudził duże zaniepokojenie nie tylko w psychiatrii, ale także w całej medycynie [41].

Kolejną sprawą były randomizowane, kontrolowane próby lekowe w schizofrenii, które krytykowano za ich ograniczenia i proponowano, by prowadzić badania „pragmatyczne” czy „w świecie rzeczywistym” [42]. Kiedy przeprowadzono takie pragmatyczne badania lekowe „w realu”, replikacja nie powiodła się – nie udało się ponownie wykazać wyższości leków drugiej generacji nad lekami pierwszej [43, 44].

Oczywiście, że takie wyniki zwiększają niepewność, tym bardziej, że – ze względu na brak trafności rozpoznania psychiatrycznych oraz na trudności z uzyskaniem jednorodnych grup pacjentów – wcale nie świadczą one, że pierwotne badania były błędne, a nowe są poprawne. Starając się opracować wytyczne dla praktyki klinicznej oparte na wynikach

badania natykamy się na wewnętrzną sprzeczność w metodologii randomizowanych badań kontrolowanych: dążąc do trafności wewnętrznej bada się wysoce wyselekcjonowane grupy pacjentów, co oznacza, że nie można z łatwością generalizować uzyskanych wyników na świat rzeczywisty, natomiast dążąc do dużej reprezentatywności badanych grup powoduje się systematyczne błędy metodologiczne [45,46]. W tym kontekście proponowano wprowadzenie dwóch równoległych ocen danych empirycznych: zwykle dane z badań naukowych nad skutecznością interwencji, oraz dowody „potwierdzające” możliwość przenoszenia wyników tych badań na świat rzeczywisty [47,48]. Wiąże się z tym inny problem: w praktyce klinicznej powszechnie podaje się równocześnie kilka środków farmakologicznych w leczeniu skojarzonym [49], podczas gdy większość dostępnych dowodów naukowych dotyczy tylko monoterapii.

Na dodatek do tych problemów, wskutek konfliktu interesów wynikającego z powiązań między lekarzami a przemysłem [50] powstają dalsze wątpliwości. Zarówno w środowisku naukowym [51], jak w mediach i wśród polityków [52] coraz więcej uwagi poświęca się ostatnio „pisanemu za kogoś” (*ghost-writing*, firmowaniu przez lekarzy własnym nazwiskiem tekstów dostarczonych przez firmy farmaceutyczne, przyp. tłum.) jako problemowi „wiarygodności”. Jeśli dodamy do tego obawy dotyczące interwencji psycho-terapeutycznych i ich niezamierzonych skutków ubocznych [53,54], to nic dziwnego, że my sami, nasi pacjenci i opinia publiczna coraz bardziej tracimy zaufanie do danych naukowych świadczących, że nasze interwencje zawodowe działają prawidłowo.

Brak spójnej podstawy teoretycznej

„Zapytaj trzech psychiatrów, a otrzymasz cztery odpowiedzi”. Słyszałem to w wielu wariantach od polityków i osób zarządzających opieką zdrowotną jako wymówkę, żeby nic nie robić, ilekroć usiłowałem namówić ich do naprawy opieki psychiatrycznej i zwiększenia nakładów finansowych. Zbyt wysoko cenione przekonania i panacea to w medycynie nic nadzwyczajnego, ale chyba nigdzie nie kwitnie tak wiele różnych ideologii, jak w psychiatrii.

Truizmem jest stwierdzenie, że psychiatria jest podzielona na wiele głównych i pomniejszych szkół myślenia. Biorąc pod uwagę, że wspólny zasób wiedzy stanowi podstawowe kryterium definicyjne każdego zawodu, podział ten jest dużym zagrożeniem dla spójności naszej profesji. W podręcznikach zwykle uwzględnia się wszystkie aspekty psychiatrii [55], oraz chętnie popiera się integrację, lecz wcale nie wprowadza się jej w praktyce. Istnieją światowe towarzystwa psychiatrii biologicznej, psychoterapii i psychiatrii społecznej – każde z nich za główny cel stawia sobie lepszą opieką nad pacjentem (często w mocnym powiązaniu lub współpracy z sąsiadującymi dyscyplinami czy zawodami). Każde podejście ma swój zasób wiedzy, konferencje i czasopisma fachowe. We wzajemnych kontaktach dominuje ton coraz większej irytacji [56-60], czego niebłahą przyczyną są implikacje dotyczące środków finansowych [61].

Trudno lub wręcz nie sposób się zmienić, kiedy żyje się i pracuje przez dłuższy czas z określonym nastawieniem i ma się do czynienia tylko z ograniczonymi grupami pa-

cjentów. Odnosi się to także do naszych poprzedników, którzy swoje koncepcje stworzyli w określonych warunkach – na przykład, E. Kraepelin pracując głównie z pacjentami psychotycznymi w szpitalach psychiatrycznych, a Z. Freud pracując głównie z pacjent [k?]jami nerwicowymi w praktyce prywatnej. Żaden z nich nie miał doświadczenia (lub tylko bardzo niewielkie) w pracy o takiej specyfice, z jaką miał do czynienia ten drugi – wobec czego doszli do zupełnie odmiennych koncepcji [2]. Naprawdę trudno orientować się „na bieżąco” we wszystkich dziedzinach psychiatrii, chociaż organizacje zawodowe (takie, jak WPA) regularnie organizują kongresy, na których dostępna jest wszelkiego rodzaju wiedza zawodowa.

Dobłą ilustracją niebezpieczeństwa podziału lub wchłonięcia przez inne zawody [1] w psychiatrii amerykańskiej jest przepaść między „dwoma kulturami”: psychiatrii biologicznej i psychoterapii, opisana przez neutralnego naukowca z zewnątrz [63], a także wzajemne stereotypy – „bezmysłnych” (*mindless* – dosłownie: pozbawionych psychiki, bezdusznych? przyp. tłum.) i „bezmózgich” (*brainless*) [64]. W wytycznych kładzie się zwykle nacisk na kombinację obu tych podejść, lecz systemy finansowania nie sprzyjają takiej integracji.

WYZWANIA Z ZEWNĄTRZ

Niezadowolone klientów

Krytykowanie psychiatrii przez przedstawicieli tego zawodu ma miejsce od dawna [17,18] i trwa nadal obecnie [65], natomiast niezadowolenie z naszego zawodu coraz bardziej nagłaśniane jest również przez naszych „klientów”, czyli pacjentów. Podczas gdy krytykę wewnętrzną można uznać za przyczynę do dynamicznego rozwoju zawodu, niezadowolenie z psychiatrii wyrażane przez klientów może być szkodliwe.

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat spotkałem się z kilkoma nowymi terminami na określenie naszych pacjentów. Najpierw było to „klient” (*client*), później „konsument” (*consumer*; co implikowało domaganie się prawa do uzyskania odpowiednich usług). Następnie pojawiły się nazwy „użytkownik” i „odbiorca świadczeń” (*user*, *service user*), termin trudny do przetłumaczenia z angielskiego na wiele innych języków, który jednak wydaje się w dzisiejszych czasach popularny w świecie anglojęzycznym, również wśród profesjonalistów, a także w dokumentach rządowych. Same te nazwy implikują zmianę w relacji lekarz-pacjent: tradycyjny, „asymetryczny”, paternalistyczny model przeżył się i został zastąpiony przez nowe modele, bardziej symetryczne (takie, jak model „informacyjny”, „interpretacyjny” czy „deliberacyjny”) [66]. Określenia te zastępując słowo „pacjent” wskazują na dystans wobec medycyny. Na koniec pojawiły się takie terminy, jak „były użytkownik” (*ex-user*), „były pacjent” (*ex-patient*), oraz „ocalały z psychiatrii” (*survivor of psychiatry*), które sugerują całkowite oderwanie się od psychiatrii.

„Niezadowolone” obejmuje szerokie spektrum, począwszy od pojęcia „ocalały z psychiatrii” [67], które implikuje, że psychiatria w ogóle nie powinna istnieć, a skończywszy na innych formach niezadowolenia, gdzie krytykuje się

psychiatrię „taką, jaka jest obecnie” [68]. Dzisiaj Internet umożliwia wymianę doświadczeń osobom, które przebyły leczenie psychiatryczne. A mają one, oprócz pozytywnych, całkiem sporo doświadczeń negatywnych – wszystkie podaje się do publicznej wiadomości na całym świecie, w postaci osobistych historii [np. 69, 70]. Porusza się rozmaite tematy, od diagnozy do leczenia farmakologicznego, od środków przymusu do lekceważenia spraw związanych z jakością życia. Również członkowie rodzin [w krajach anglojęzycznych nazywani obecnie „opiekunami” (*carers*) wyrażają swoje niezadowolenie z psychiatrii, chociaż często z innej perspektywy niż użytkownicy.

Wszędzie powstają organizacje samopomocowe zajmujące się sprawami zdrowia psychicznego, zakładane przez „klientów” [71] i przez „opiekunów” [72]. Takie stowarzyszenia mają znaczenie nie tylko dla „wzmacniania pozycji” (*empowerment*) i „zwiększania pewności siebie” swoich członków, co realizują również poprzez organizowanie konferencji i tworzenie firm szkoleniowych i konsultingowych [np. 73], ale także na poziomie politycznym, gdzie w zależności od współpracy z osobami decydującymi o polityce zdrowotnej i zarządzaniu opieką zdrowotną mogą uczestniczyć w procesie planowania.

Wiele grup i organizacji użytkowników koncentruje się dzisiaj na koncepcji powrotu do zdrowia [74], którą coraz powszechniej zaleca się jako naczelną zasadę polityki w zakresie zdrowia psychicznego w wielu krajach anglojęzycznych. Niektórzy eksperci twierdzą, że jest to tylko „retoryczny konsensus” i wskazują na potrzebę różnicowania między wyzdrowieniem „klinicznym” a „osobistym” (*personal*) [75] oraz zdrowieniem rozumianym jako „proces” lub jako „wynik” (*outcome*). Nieporozumienia powstają również przy przekładzie tych terminów na inne języki.

Koncentrację na potrzebach klientów i ich integracji społecznej (*inclusion*) wspierają obecnie dokumenty wydane przez takie organizacje międzynarodowe, jak ONZ [76], Komisja Europejska [77], Rada Europy [78] oraz Światowa Organizacja Zdrowia [WHO, 79]. Do tego stanowiska wniosła swój wkład również psychiatria jako zawód: na przykład, opracowano wytyczne w sprawie „lepszej opieki w obszarze zdrowia psychicznego”, gdzie za jednakowo ważne uznano „etykę”, „dowody naukowe”, oraz „doświadczenie”, w tym doświadczenie użytkowników [80], a także uwzględniono kwestię jakości życia [81]. Ale krytyka ze strony klientów trwa nadal.

Konkurencja ze strony innych zawodów

Jak zauważył Abbott [26], we wszystkich zawodach nie tylko definiuje się własny zasób wiedzy i rozszerza zakres kompetencji, ale także czujnie wypatruje się intruzów. W epoce postmodernizmu, w której rozwinęła się kultura ekspertów, fachowości zawodowej [82], coraz więcej „intruzów” wkracza na terytorium, które psychiatria uważa za swoje. I aby przyciągnąć pacjentów, niechcący czy namyślnie często wykorzystują oni stygmatyzację związaną z leczeniem się u psychiatry.

Ze strony medycznej to neurologi, lekarze ogólni oraz lekarze zajmujący się medycyną alternatywną stanowią konkurencję dla psychiatrów. Na przykład, w wielu krajach znacz-

nie więcej leków przeciwdepresyjnych przepisują na receptę lekarze pierwszego kontaktu niż psychiatry. Zrozumiałe, że neurologi zastrzegają dla siebie organiczne zespoły mózgowo, ale w zależności od systemu finansowania, w wielu krajach leczą również pacjentów psychiatrycznych.

Psychologowie, psychoterapeuci i kliniczni pracownicy socjalni to kolejne duże grupy zawodowe konkurujące z psychiatrami. W Austrii oficjalnie uznanych psychologów klinicznych/psychologów zdrowia/psychoterapeutów jest mniej więcej dziesięć razy więcej niż psychiatrów. W USA do roku 1990 w socjo-psychologicznym obszarze psychiatrii działało 80 000 klinicznych pracowników socjalnych, z tego jedna czwarta w praktyce prywatnej [1]. Psychologowie konkurują z psychiatrami nie tylko w sektorze psychologicznym i psychoterapeutycznym. Na przykład w USA według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [APA] w 23 różnych stanach sto razy rozpatrywano projekty ustaw przyznające psychologom prawo wystawiania recept. Projekty te odrzucono 96 razy, lecz w czterech stanach [Nowy Meksyk, Luizjana, Wisconsin i Oregon] wprowadzono legislację zgodną z projektem [83].

Istnieją również wyzwania bardziej planowe, takie, jak program „Poprawa dostępu do terapii psychologicznych” w Anglii, w ramach którego szkoli się w zakresie terapii poznawczo-behawioralnej 3.600 „terapeutów psychologicznych” [84]. Ponadto, w Anglii dokument rządowy pt. „Nowe metody pracy” [85] przyznaje psychiatrom w większym stopniu rolę superwizora, jednocześnie zwiększając bezpośredni kontakt z pacjentem innym zawodom z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. Biorąc pod uwagę brak psychiatrów w krajach rozwijających się, takie właśnie rozwiązanie się tam proponuje [86]. Ta propozycja stwarza dylemat, który angielski psychiatra przekonująco wyraża tak: „Psychiatry muszą nadal przyjmować pacjentów, również jako lekarze prowadzący, a nie tylko jako superwizorzy. Jeśli jako konsultanci będziemy przyjmowali niewielu pacjentów, jednocześnie prowadząc superwizję innych terapeutów, którzy przyjmują nieporównanie więcej ludzi niż my sami, to jest tylko kwestią czasu, kiedy stracimy szacunek, wiarygodność i kompetencje” [87].

Jak mamy reagować na taki rozwój wypadków? Jak zachować równowagę między tożsamością własną a tożsamością innych zawodów w dziedzinie, w której nasze działania częściowo się pokrywają, i to w coraz większym zakresie? Jak można w sposób zadowalający zorganizować współpracę? Powstają tu kwestie zasadnicze, m.in. firma prywatna a zatrudnienie w instytucji państwowej, praktyka jednoosobowa a grupowa, odpowiedzialność zawodowa i zarządzanie ryzykiem, a także leczenie szpitalne a środowiskowe. Na szczególną uwagę zasługuje praca zespołowa [88].

Negatywny wizerunek

Uważam się za człowieka o przeciętnym wyglądzie i sposobie zachowania. W kontaktach towarzyskich z nowymi znajomymi spoza mego środowiska zawodowego po pewnym czasie nie da się ukryć, kim jestem z zawodu. I często spotykam się z niedowierzaniem: „Ty jesteś psychiatrą!?”. Nie zawsze jestem pewien, co ludzie chcą przez to powiedzieć, ale nauczyłem się przyjmować to jako komplement.

Co oni sobie właściwie wyobrażają, że jak wygląda i zachowuje się psychiatra?

Wie to i doznał tego każdy psychiatra: w naszym zawodzie jest coś szczególnego – chodzi o to, jak ludzie nas spozstrzegają. Leczenie psychiatryczne rzadko bywa pozytywnie przedstawiane na filmach [89], krąży też szereg stereotypów o nas, również w dowcipach, takich, jak „zwariony profesor”, „psychoanalityk”, oraz „zimny śledczy”. Niektóre z tych stereotypów mogą pochodzić z czasów, gdy psychiatrzy pracowali jeszcze przeważnie w dużych szpitalach psychiatrycznych, z dala od normalnego życia, i uznawano, że przez to sami stają się dziwni, niespecjalnie różniąc się od swoich pacjentów [91].

Przypuszcza się, że takie czynniki wizerunkowe mogą wpływać na decyzję studentów medycyny, aby nie wybierać specjalizacji w psychiatrii [92] lub na przedwczesne przerywanie szkolenia specjalizacyjnego w psychiatrii [93]: lekarze, którzy w Anglii zaczęli, lecz przerwali szkolenie specjalizacyjne w psychiatrii, najczęściej zgadzali się ze stwierdzeniem, że psychiatria ma kiepski wizerunek w opinii publicznej i że nie są dostatecznie szanowani przez lekarzy z innych dziedzin.

Jeśli chodzi o kontakty pacjentów z psychiatrią, w badaniach przeprowadzonych w Niemczech na populacji ogólnej metodą opisów przypadków stwierdzono, że tylko mniejszość respondentów wskazała wizytę u psychiatry jako swój pierwszy wybór [94]. Podobne wyniki uzyskano w Austrii i Australii [95]. Prawdopodobnie ludzie boją się, że mogą być stygmatyzowani i dyskryminowani, kiedy inni się dowiedzą o ich kontakcie z nami. W populacji ogólnej istnieje silne pragnienie utrzymywania dystansu społecznego od osób z zaburzeniami psychicznymi [96], zaś stygmatyzacja i dyskryminacja są dobrze udokumentowane [97]. Wie to każdy, kto zaczął mieć problemy psychiczne i zastanawia się nad poszukaniem profesjonalnej pomocy. Ludzie mogą również zakładać, że psychiatrzy (w odróżnieniu od psychologów i psychoterapeutów) będą ich leczyć głównie farmakologicznie, zaś większość się na to nie zgadza: w ankietywnych badaniach w Austrii zdecydowana większość respondentów opowiedziała się za psychoterapią, nawet w przypadku otępienia, gdzie odsetek zwolenników psychoterapii wynosił aż 73% [95].

Zbyt mało badań poświęcono „stygmatyzacji” psychiatrów [98], jeśli porówna się je z pracami dotyczącymi stygmatyzacji naszych pacjentów. Związek między tymi dwoma tematami może też być bardziej złożony. Wysłunięto przypuszczenie, że przedstawiciele zawodu psychiatry mogą być równocześnie osobami stygmatyzującymi, nosicielami piętna, oraz mogą mieć potężne działanie destygmatyzujące [99]. Przy tak wielkiej liczbie kwestii otwartych nic dziwnego, że WPA finansuje obecnie projekt badawczy poświęcony „stygmatyzacji psychiatrii i psychiatrów” [9].

DOKĄD ZMIERZA PSYCHIATRIA I KTO TAM IDZIE?

Według informacji otrzymanych z Sekretariatu WPA, na całym świecie jest ponad 200.000 dyplomowanych psychiatrów zrzeszonych w 134 Towarzystwach Członkowskich

WPA. Istnieją różnice regionalne, zwłaszcza głęboka przepaść między krajami rozwiniętymi a rozwijającymi się. Trudno zatem nakreślić ogólny obraz trendu rozwojowego dotyczącego osób zatrudnionych w psychiatrii. Wpływają na to rozmaite czynniki, a sytuacja w poszczególnych krajach bardzo się różni.

Ogólnie wydaje się jednak, że ma miejsce spadek liczby kandydatów do tego zawodu. I chociaż prognozy w wielu krajach wskazują na wzrost zapotrzebowania na psychiatrów [100], a przynajmniej na opiekę psychiatryczną [101], zwłaszcza w krajach rozwijających się [86], to wątpliwe, czy my jako profesja będziemy w stanie zaspokoić te potrzeby. WPA konsekwentnie podejmuje działania promujące wybór psychiatrii jako pracy zawodowej przez studentów medycyny, oraz zmierzające do wzrostu atrakcyjności tej specjalizacji poprzez zwiększenie szans na wczesną karierę zawodową w psychiatrii [8,9].

W USA liczba studentów medycyny wybierających psychiatrię jako zawód spadała od ponad dwudziestu lat, jak podano w pracy opublikowanej w roku 1995 [102]. Bardziej optymistyczny obraz wynika z raportu z roku 2008, lecz ponad 30% psychiatrów odbywających szkolenie na stażu to absolwenci medycyny pochodzący z innych krajów [101]. W Anglii w roku 2008 psychiatrzy ogólni znajdowali się na „liście zawodów, których brakuje w kraju” opracowanej przez *Migration Advisory Committee*, który ułatwia nabór pracowników z zagranicy, zaś 80% kandydatów przystępujących do egzaminu specjalizacyjnego na MRCPsych (*Member of the Royal College of Psychiatrists*, Członka Królewskiego Kolegium Psychiatrów) było absolwentami zagranicznych uczelni medycznych [100]. *The Royal College of Psychiatrists* w Zjednoczonym Królestwie ocenia, że „nabór do zawodu psychiatry osiągnął punkt krytyczny” [103].

W krajach rozwijających się zdecydowanie brakuje psychiatrów, na przykład w Pakistanie na 640 000 ludności przypada tylko jeden psychiatra [4]. Grupa robocza WPA dyskutowała nad „drenażem mózgow” z krajów rozwijających się do uprzemysłowionych (głównie USA, Zjednoczonego Królestwa, Kanady i Australii) [104]. Poza innymi motywami, całkiem oczywiste jest, że niedobór psychiatrów w krajach uprzemysłowionych przyczynia się do owego drenażu mózgow.

Niektóre przyczyny spadku liczby kandydatów do zawodu mogą być tylko lokalne, takie, jak np. zmiany w programie kształcenia, długie godziny pracy, niepłatne nadgodziny, niskie zarobki, czy przeciążenie obowiązkami administracyjnymi. W przyszłości coraz większego znaczenia może nabierać głęboki podział na sektor publiczny i prywatny, przy czym ten ostatni staje się coraz bardziej atrakcyjny w wielu krajach. Wydaje się, że w Australii to właśnie brak psychiatrów w sektorze publicznym doprowadził do napływu psychiatrów z Afryki, Indii i Chin [105]. W Niemczech jest za mało psychiatrów pracujących w lecznictwie zamkniętym, częściowo dlatego, że Holandia i Szwajcaria oferują lepsze warunki pracy [5].

Nabór kandydatów do psychiatrii jest procesem złożonym, zależnym od postaw studentów medycyny, wizerunku psychiatrii, dostępności miejsc pracy, oraz innych czynników [106]. Jedną z ciągle powtarzających się przyczyn spadku

liczby kandydatów do zawodu psychiatry [92,93,107], jest negatywny obraz psychiatrii w percepcji studentów medycyny i osób wcześniej przerywających specjalizację, związany z brakiem wyzwań intelektualnych, wątpliwościami dotyczącymi skuteczności leczenia psychiatrycznego, kiepską opinią rówieśników i nauczycieli akademickich o psychiatrii, oraz niskim prestiżem psychiatrii w medycynie, chociaż problemem może być także lęk przed agresywnym zachowaniem [108]. W badaniach niedawno przeprowadzonych w Anglii absolwenci medycyny, którzy początkowo wybrali psychiatrię, lecz nie pracują w tym zawodzie, jako istotne przyczyny swojej rezygnacji podawali niski status psychiatrii wśród innych dyscyplin medycznych, brak poprawy lub niewielką poprawę u wielu pacjentów, oraz brak dowodów naukowych jako podstawy dla diagnozy i leczenia [93]. Niektórzy autorzy twierdzą, że można by zwiększyć nabór do zawodu przez nadanie psychiatrii wyraźniejszej tożsamości neuronaukowej [56,57,109]. Ale można także twierdzić, że słuszne jest stanowisko wręcz przeciwne [59].

Niewątpliwie ważnymi czynnikami zachęcającymi i zniechęcającymi kandydatów do wyboru zawodu są: tożsamość zawodu oraz jego status w medycynie i społeczeństwie – stąd tytuł tego paragrafu: „Dokąd zmierza psychiatria i kto tam idzie?”, zaczerpnięty z artykułu w *Academic Medicine* [110], w którym powiązано nabór do psychiatrii w USA ze zmianą granic jurysdykcji zawodowej oraz z niejasnościami dominującego w psychiatrii teoretycznego układu odniesienia. Ale dokąd zmierza psychiatria?

PRZYSZŁOŚĆ PSYCHIATRII

Wiele osób byłoby zdania, że status psychiatrii wzrósł dzięki ogromnemu przyrostowi wiedzy zgromadzonej w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Są jednak oznaki wskazujące, że nastąpił kryzys wiarygodności podstawowej wiedzy diagnostycznej i terapeutycznej, oraz że spójności naszej dyscypliny zagraża istnienie podgrup *de facto* ideologicznych. Ponadto, coraz częściej krytykują nas nasi pacjenci i ich opiekunowie, przy czym Internet stwarza nowe możliwości w tym zakresie. Inne zawody w coraz większym stopniu roszczą sobie prawa do segmentów naszego obszaru kompetencji, zaś nasz wizerunek w społeczeństwie i medycynie jest mniej pozytywny niż wielu z nas mogłoby sądzić. Dla postronnego obserwatora zatem zagrożonych jest wiele kryteriów definiujących zawód.

Tym niemniej, niektórzy autorzy są całkiem pewni, że psychiatria przetrwa. P. Pichot, który uważa, że psychiatrii grozi „wcielenie w inne specjalności medyczne lub pozbawienie charakteru medycznego”, patrząc z długofalowej perspektywy historycznej dochodzi do wniosku, że kryzys w psychiatrii „jest jeszcze jednym przejściowym epizodem w historii psychiatrii” [1]. Zaś autor wzmiankowanego już artykułu w *Academic Medicine* [110] po obszernym przeanalizowaniu trudności, jakie przeżywa psychiatria, wyraża przekonanie, że „sztuka trwa długo, życie krótko, lecz psychiatria z pewnością przetrwa”, opierając swą pewność na „intelektualnym bogactwie środowiska” oraz „swobodnym stylu życia”, którego mogłyby oczekiwać osoby odbywają-

ce w przyszłości szkolenie specjalizacyjne. Ale czy możemy pokładać nadzieje w tym, że historia się powtarza oraz w potencjalnej atrakcyjności środowiska intelektualnego, nie mówiąc już o obietnicy swobodnego stylu życia [111]?

Po wniosku, że „sztuka trwa długo, życie krótko, lecz psychiatria na pewno przetrwa” [110] zamieszczono mały, lecz decydujący dopisek, ujawniający, że autor jednak nie ma jasności: „Tylko nie bardzo wiadomo, w jakiej formie lub z czym udziałem miałyby to nastąpić”. Nie ma wątpliwości, że psychiatria oferuje usługi potrzebne społeczeństwu. Ale nie bardzo wiadomo, czy w przyszłości będzie je świadczyła jako jeden zawód [choć z odrębnymi specjalizacjami, np. sądową, dzieci i młodzieży, geriatryczną] i we współpracy z innymi zawodami, czy też cała [lub w części] ulegnie w mniejszym lub większym stopniu „wrogiemu przejściu” przez inne zawody.

Częściowo w reakcji na omówione powyżej wyzwania, w obrębie psychiatrii daje się zauważyć proces „zbierania śmietanki”, polegający na tym, że spore podgrupy przedstawicieli naszego zawodu koncentrują się na specyficznych, intelektualnie i finansowo bardziej opłacalnych segmentach i metodach leczenia, często wiążących się z mniejszą stigmatyzacją, wyższym statusem, większymi możliwościami zrobienia kariery akademickiej, oraz bardziej swobodnym stylem życia – wobec czego pozostawiają innym zadania mniej opłacalne, takie, jak opieka nad osobami z tendencjami samobójczymi, pacjentami agresywnymi, z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi lub z uzależnieniem od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Pokrewnym procesem ogólnym potęgującym tendencje odśrodkowe w psychiatrii jest schyłek roli profesjonalisty znającego się ogólnie na wszystkim, oraz rozkwit roli specjalisty we współczesnym społeczeństwie, przy czym ten ostatni zwykle ma większy prestiż i lepiej zarabia, ale często funkcjonuje na zasadzie „Znam odpowiedź, czy ma pan [i] jakieś pytanie?” – pozostawiając w niewiedzy osoby potrzebujące pomocy.

Jeśli psychiatria ma nadal trwać jako zawód, musi mieć jakiś ośrodek koncepcyjny. Nie bardzo wiadomo, co miałyby nim być w przyszłości. Tradycyjne mocne strony psychiatrii – doświadczenie kliniczne, wszechstronna znajomość psychopatologii oraz umiejętności porozumiewania się z chorymi – mogą utracić znaczenie jako wspólny mianownik w dzisiejszym świecie specjalizacji, wysunięto więc przypuszczenie, że „renesans psychopatologii” może być niezbędny [112]. Różne ciała [organizacje] profesjonalne podejmują wysiłki mające na celu zdefiniowanie profilu zawodowego psychiatry ogólnego [113, 114]. Warto włączyć się w tę dyskusję na szerszym forum. Powinno się ją jednak uzupełnić o dokładną i szczerą analizę motywów – dlaczego psychiatrzy wybierają pracę w określonych kontekstach i popierają określone podejścia. Inaczej mówiąc, należy przeanalizować korzyści i interesy kryjące się za widocznymi rolami, jakie pełnią dziś psychiatrzy w różnych kontekstach.

PIŚMIENNICTWO

1. Pichot P. The history of psychiatry as a medical profession. In: Gelder MG, Lopez- Ibor JJ, Andreasen N et al (eds). New Oxford textbook of psychiatry, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2009:17-27.

2. Malhi G.S. Professionalizing psychiatry: from 'amateur' psychiatry to a mature profession. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118: 255-8.
3. Brown N, Bhugra D. 'New' professionalism or professionalism derailed? *Psychiatr Bull* 2007;31:281-3.
4. Gadit AA, Khalid N. Human rights and international recruitment of psychiatrists: dilemma for developing countries. *J Pak Med Assoc* 2006;56:474-6.
5. Schneider F. Zunehmender Ärztemangel in Psychiatrie und Psychotherapie: Neue Wege für die Nachwuchsförderung. In: Raueiser S. (ed). *Psychiatrie gestalten: Qualität – Finanzierung – System*. Isee: Grizeto (in press).
6. Poole R, Bhugra D. Should psychiatry exist? *Int J Soc Psychiatry* 2008;54:195-6.
7. Baker M, Menken M. Time to abandon the term mental illness. *BMJ* 2001;322:937.
8. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
9. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
10. Marneros A. Psychiatry's 200th birthday. *Br J Psychiatry* 2008;193:1-3.
11. Cruess SR, Cruess RL. Understanding medical professionalism: a plea for an inclusive and integrated approach. *Medical Education* 2008;42:755-7.
12. Siegrist H. Professionalization/professions in history. W: Smelser NJ, Baltes PB (eds). *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*. Amsterdam: Elsevier, 2004: 12154-60.
13. Coady M. The nature of professions: implications for psychiatry. In: Bloch S, Green SA (eds). *Psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2009:85-98.
14. World Health Organization. *International statistical classification of diseases, injuries, and causes of death*. Sixth revision of the international list of diseases and causes of death. Geneva: World Health Organization, 1949.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 1st ed. Washington: American Psychiatric Association, 1952.
16. Kendler K. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychol Med* 2009;39: 1935-41.
17. Hartung FE. Manhattan madness: the social movement of mental illness. *Sociological Quarterly* 1963;4:261-72.
18. Scheff TJ. *Being mentally ill*, 2nd ed. Piscataway: Aldine Transaction, 1984.
19. Halliwell E. Psychiatric diagnoses are less reliable than the stars. www.timesonline.co.uk.
20. Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. *World Psychiatry* 2009;8:129-30.
21. Regier D, Narrow W, Kuhl EA et al. The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry* 2009;166:645-50.
22. Owen MJ, Craddock N, Jablensky A. The genetic deconstruction of psychosis. *Schizophr Bull* 2007;33:905-11.
23. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003; 160:4-12.
24. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *Br J Psychiatry* 2007;190:210-6.
25. Van Os J. 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120: 363-72.
26. Abbott AD. *The system of professions: an essay on the division of expert labour*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
27. Summerfield D. Depression: epidemic or pseudo-epidemic? *J Roy Soc Med* 2006;99: 161-2.
28. Redlich F. The concept of health in psychiatry. W: Leighton AH, Clausen JA, Wilson RN (eds). *Explorations in social psychiatry*. New York: Basic Books, 1957:138-64.
29. Maj M. Are we able to differentiate between true mental disorders and homeostatic reactions to adverse life events? *Psychother Psychosom* 2007;76:257-9.
30. Andrews G, Goldberg DP, Krueger W et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med* 2009;39: 1993-2000.
31. Kaymaz N, van Os J, Murray et al. (2004) revisited: is bipolar disorder identical to schizophrenia without developmental impairment? *Acta Psychiatr Scand* 2009;120: 249-52.
32. Mezrich JE, Salloum IM. Clinical complexity and person-centered integrative diagnosis. *World Psychiatry* 2008;7:1-2.
33. Kendler KS, Appelbaum PS, Bell CC et al. Issues for DSM-V: DSM-V should include a conceptual issues work group. *Am J Psychiatry* 2008;165:174-5.
34. Mullins-Sweatt S, Widiger T. Clinical utility and DSM-V. *Psychological Assessment* 2009;21:302-12.
35. Shorter E, Tyrer P. Separation of anxiety and depressive disorders: blind alley in psychopharmacology and classification of disease. *BMJ* 2003;327:158-60.
36. Dobransky K. The good, the bad, and the severely mentally ill: official and informal labels as organizational resources in community mental health services. *Soc Sci Med* 2009;69:722-88.
37. Sackett D, Rosenberg WMC, Muir Gray JA et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
38. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5:260-8.
39. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60.
40. Mathew EJ, Charney DS. Publication bias and the efficacy of antidepressants. *Am J Psychiatry* 2009;166:140-5.
41. Hopewell S, Loudon K, Clarke MJ et al. Publication bias in clinical trials due to statistical significance or direction of trial results. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1:MR000006.
42. Gilbody S, Wahlbeck K, Adams C. Randomized controlled trials in schizophrenia: a critical perspective on the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:243-51.
43. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-32.
44. Jones PB, Barnes TRE, Davies L et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia. Cost utility of the latest antipsychotic drugs in schizophrenia study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1079-87.
45. Jane-Llopis E, Katschnig H, McDaid D et al. Evidence in public mental health. Commissioning, interpreting and using evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer. Luxembourg: European Commission, www.thl.fi.
46. Fleischhacker WW, Goodwin GM. Effectiveness as an outcome measure for treatment trials in psychiatry. *World Psychiatry* 2009;8:23-7.
47. Weightman A, Ellis S, Cullum A. et al. Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting a framework. London: Health Development Agency, 2005.

48. Rush AJ. The role of efficacy and effectiveness trials. *World Psychiatry* 2009;8:34-5.
49. Ghaemi SN (ed). *Polypharmacy in psychiatry*. New York: Dekker, 2002.
50. Schowalter JE. How to manage conflicts of interest with industry? *Int Rev Psychiatry* 2008;20:127-33.
51. Dunbar CE, Tallman MS: 'Ghostbusting' at Blood. *Blood* 2009;113:502-3.
52. Singer N, Wilson D. Medical editors push for ghostwriting crackdown. *New York Times*, 18 September 2009.
53. Mayou RA, Ehlers A, Hobbs M. Road traffic accident victims: three-year follow-up of a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2000;176:589-93.
54. Berk M, Parker G. The elephant on the couch: side effects of psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:787-94.
55. Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N et al (eds). *New Oxford textbook of psychiatry*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2009.
56. Goodwin GM, Geddes JR. What is the heartland of psychiatry? *Br J Psychiatry* 2007;191:189-91.
57. Craddock N, Antebi D, Attenburrow M et al. Wake-up call for British psychiatry. *Br J Psychiatry* 2008;193:6-9.
58. Nutt DJ, Sharep M. Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *J Psychopharmacol* 2008; 22:3-6.
59. Fava GA. The decline of pharmaceutical psychiatry and the increasing role of psychological medicine. *Psychosom* 2009;78:220-7.
60. Kingdon D, Young AH. Debate: Research into putative biological mechanisms of mental disorders has been of no value for clinical psychiatry. *Br J Psychiatry* 2007; 191:285-90.
61. Fava GA. Financial conflicts of interest in psychiatry. *World Psychiatry* 2007;6:19-24.
62. Katschnig H. Hundert Jahre wissenschaftliche Psychiatrie. Sigmund Freud, Emil Kraepelin, Émile Durkheim und die moderne Psychiatrie. *Wiener Klinische Wochenschrift* 1998;110:207-11.
63. Luhrmann TM. *Of two minds. An anthropologist looks at American psychiatry*. New York: Vintage Books, 2000.
64. Lipowsky ZJ. Psychiatry. Mindless or brainless? Both or neither? *Can J Psychiatry* 1989;34:249-54.
65. Bracken P, Thomas P. *Postpsychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
66. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;267:2221-6.
67. European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry. www.enusp.org.
68. Morgan G on behalf of the Highland user group. Why people are often reluctant to see a psychiatrist. *Psychiatr Bull* 2006;30: 346-7.
69. Alaska Mental Health Consumer Network. *Recovery stories*. akmhweb.org.
70. InfoScotland. www.wellscotland.info.
71. Intervoice. www.intervoiceonline.org.
72. European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness. www.eufami.org.
73. Working to Recovery. www.workingtorecovery.co.uk.
74. Amering M, Schmolke M. *Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities*. Chichester: Wiley Blackwell, 2009.
75. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psichiatra Soc* 2008;17:128-37.
76. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. *Convention on the rights of persons with disabilities*. www2.ohchr.org.
77. European Union. *European pact for mental health and well-being*. ec.europa.eu.
78. European Health Committee. *Recommendation CM/Rec (2009)3 of the Committee of Ministers to member states on monitoring the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder*. wcd.coe.int.
79. World Health Organization Regional Office for Europe. *Mental health declaration for Europe: facing the challenges, building solutions*. www.euro.who.int.
80. Thornicroft G, Tansella M. *Better mental health care*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
81. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006.
82. Whitley R. Postmodernity and mental health. *Harv Rev Psychiatry* 2008;16:352- 64.
83. Stotland NL. Presidential address. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2009;166:1100-4.
84. Improving Access to Psychological Therapies. www.iapt.nhs.uk.
85. Department of Health. *New ways of working for psychiatrists: enhancing effective, person-centred services through new ways of working in multidisciplinary and multiagency contexts*. www.dh.gov.uk.
86. Patel V. The future of psychiatry in low- and middle-income countries. *Psychol Med* 2009; 39:1759-62.
87. Gee M. New Ways of Working threatens the future of the psychiatric profession. *Psychiatr Bull* 2007;31:315.
88. Burns T. *Community mental health teams. A guide to current practice*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
89. Byrne P. Why psychiatrists should watch films (or What has cinema ever done for psychiatry?). *Advances in Psychiatric Treatment* 2009;15:286-96.
90. Von Sydow K. *Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit*. *Psychotherapeut* 2007; 52:322-33.
91. Appel KE, Pearson MM. Facilities for psychiatric education survey of psychiatric departments in medical school. *Am J Psychiatry* 1959;115:698-705.
92. Tamaskar P, McGinnis R. Declining student interest in psychiatry. *JAMA* 2002; 287:1859.
93. Lambert TW, Turner G, Fazel S et al. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychol Med* 2006;36:679-84.
94. Riedel-Heller S, Matschinger H, Angermeyer MC. Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preference of a lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:167-74.
95. Jorm AF, Angermeyer M, Katschnig H. Public knowledge of and attitudes to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services. In: Andrews G, Henderson S (eds). *Unmet need in psychiatry. Problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999:399-413.
96. Jorm AF, Oh E. Desire for social distance from people with mental disorders: a review. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:183-200.
97. Thornicroft G. *Shunned. Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
98. Persaud R. Psychiatrists suffer from stigma too. *Psychiatr Bull* 2000;24:284-5.
99. Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry* 2007;19:137-55.
100. Workforce Review Team, NHS. *Workforce summary - General psychiatry*. www.wrt.nhs.uk.
101. Vernon DJ, Salsberg E, Erikson C et al. *Planning the future mental health workforce: with progress on coverage,*

- what role will psychiatrists play? *Acad Psychiatry* 2009;33:187-91.
102. Sierles FS, Taylor MA. Decline of U.S. medical student career choice of psychiatry and what to do about it. *Am J Psychiatry* 1995;152:1416-26.
103. Royal College of Psychiatrists. www.rcpsych.ac.uk.
104. Gureje O, Hollins S, Botbol M et al. Report of the WPA Task Force on Brain Drain. *World Psychiatry* 2009;8:115-8.
105. Jablensky A. Personal communication, September 2009.
106. Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002;180:307-12.
107. Holm-Petersen C, Hansen VS, Gyrð-Hansen D. The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes towards psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:308-11.
108. Molyneux G, Wright B, Rush G et al. Psychiatric training – a dangerous pursuit. *Psychiatr Bull* 2009;33:189-92.
109. Sondergard L. Recruitment problems in psychiatry: just a matter of more exposition? *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:235-7.
110. Cooper RA. Where is psychiatry going and who is going there? *Acad Psychiatry* 2003;27:229-33.
111. Rao NR. Recent trends in psychiatry residency workforce with special reference to international medical graduates. *Acad Psychiatry* 2003;27:269-76.
112. Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172:458-60.
113. Royal College of Psychiatrists. Roles and responsibilities of the consultant in general adult psychiatry. Council Report C140. London: Royal College of Psychiatrists, 2006.
114. European Union of Medical Specialists. The profile of a psychiatrist. www.uemspsy psychiatry.org.

K O M E N T A R Z E – C O M M E N T A R I E S

Psychiatria w kryzysie? Powrót do podstaw

Psychiatry in crisis? Back to fundamentals

ASSEN JABLENSKY

School of Psychiatry and Clinical Neurosciences, University of Western Australia, Perth, Australia

H. Katschnig w swoim przemyślanym i erudycyjnym eseju zadaje ważne i aktualne pytania o obecny stan zawodu psychiatry oraz *raison d'être* psychiatrii jako dyscypliny medycznej.

W wielu „rozwinętych” krajach świata ma miejsce powolny, lecz stały spadek liczby absolwentów medycyny, którzy wybierają szkolenie specjalizacyjne w psychiatrii. W większości krajów „rozwijających się” chroniczny brak psychiatrów powoduje, że „luka lecznicza” między zapotrzebowaniem na choćby podstawową opiekę lekarską dla większości psychicznie chorych świata a zapewnieniem im takiej opieki nie zmniejsza się [nie mówiąc o jej zlikwidowaniu]. W takich krajach, jak Zjednoczone Królestwo, Australia i Stany Zjednoczone nastąpiłaby zapaść publicznego leczenia psychiatrycznego bez wielu lekarzy-immigrantów z krajów o niskim lub średnim poziomie rozwoju ekonomicznego, którzy zajmują wakujące stanowiska pracy [1]. Publiczny wizerunek psychiatrii skażony jest stygmatyzującymi stereotypami, które wcale nierzadko dzielają nasi koledzy z innych dziedzin medycyny. Jak głęboki jest widoczny kryzys naszej dyscypliny i zawodu, i jakie czynniki się do niego przyczyniają?

Zgadając się w dużej mierze z diagnozą Katschniga chciałbym przedstawić argumenty świadczące o tym, że pierwotną przyczyną tego problemu nie jest regresja w dziedzinie psychiatrii, lecz utrata konkurencyjności w stosunku do innych dyscyplin medycznych. Niezwykły postęp w zakresie podstawowych nauk biologicznych w ciągu ostatnich dwudziestu lat przekształcił całe gałęzie medycyny wewnętrznej

i chirurgii, między innymi onkologię, kardiologię oraz immunologię kliniczną. Medycyna ogólna staje się coraz bardziej „molekularna”, i przez to bardziej atrakcyjna i prowokująca intelektualnie dla młodych umysłów. Tego rodzaju transformacja nie nastąpiła w psychiatrii. Chyba żadnego z najnowszych odkryć w dziedzinie neuronauk, genetyki molekularnej i genomiki nie przełożono na praktyczne narzędzia kliniczne, markery choroby, metody leczenia, czy nowe paradygmaty teoretyczne w pojmowaniu przez nas natury zaburzeń psychicznych. Pomimo hiperboli i pojawiających się od czasu do czasu fałszywych zapowiedzi bliskich już przełomowych odkryć, przyrost rzeczywistej wiedzy o genetycznych i związanych z układem nerwowym podstawach głównych zaburzeń psychicznych był skromny, natomiast oczywista stała się olbrzymia złożoność tego zadania.

Nie można zatem obecnie twierdzić, że teoria i praktyka psychiatrii jest mocno zakotwiczona w naukach neurobiologicznych czy „genetyce psychiatrycznej”, natomiast w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat dopuszczono do zaniedbania jej rzeczywistego „specjalistycznego i niełatwo dostępnego zasobu wiedzy i umiejętności” [2]. Ów zasób wiedzy i umiejętności obejmuje psychopatologię i fenomenologię kliniczną, które stały się przedmiotem ezoterycznym dla wielu [a może i większości] studentów medycyny i lekarzy w trakcie specjalizacji z psychiatrii. Ciekawość intelektualną, połączoną z solidnym opanowaniem semiotyki psychiatrycznej, w coraz większym stopniu zastępuje szkolenie psychiatrów w bezkrytycznym wyliczaniu kryteriów diagnostycznych DSM-IV. Chociaż kryteria

DSM-IV i ICD-10 są niezwykle przydatne w celu porównywania się, nie zastąpią wnikliwości klinicznej. Przekonanie, że przyjęcie quasi-operacyjnych kryteriów raz na zawsze rozwiązało problem rzetelności diagnozy psychiatrycznej może okazać się iluzoryczne, jeśli da się wykazać, że trafność określania objawów podmiotowych i przedmiotowych w rzeczywistej praktyce klinicznej jest wątpliwa. Taki trend polegający na oddzielaniu psychiatrii klinicznej od jej zakorzenienia w psychopatologii i fenomenologii jest wzmacniany przez rosnącą dominację zarządzania w organizacji i ewaluacji opieki psychiatrycznej, powodującą, że codzienna praktyka w tym zawodzie stała się intelektualnie i emocjonalnie niesatysfakcjonująca, a nawet po prostu nudna.

Chociaż może się wydawać, że przeglądowy artykuł Katschniga dotyczący stanu naszego zawodu uzupełniony o moje komentarze przedstawia dość ponury obraz psychiatrii w kryzysie, nadal jestem optymistą jeśli chodzi o przyszłość psychiatrii. Jako zawód powinniśmy pójść naprzód drogą, jaką wyznacza potrzeba asertywnego odzyskania solidnego „podstawowego zasobu wiedzy” z zakresu psychopatologii, łączącego dwie perspektywy: „rozumienia” i „wyjaśniania” [3] zjawisk choroby psychicznej, z jednocześnie zdolnością do dynamicznego integrowania nowych koncepcji, danych i postępów technologicznych z nieustan-

nie zmieniających się dziedzin: neuronauk, genetyki oraz epidemiologicznych badań populacyjnych. Ponadto, jak ujął to nieżyjący już profesor L. Eisenberg [4], psychiatria pozostaje dzisiaj „jedyną specjalnością medyczną, która jest ciągle zainteresowana pacjentem jako osobą, w epoce coraz bardziej zdominowanej przez podspecjalności medyczne nastawione na poszczególne narządy”.

Tym, czego potrzebujemy, jest podjęcie wspólnego wysiłku, aby wychować nowego typu „naukowców- klinicystów”, zdolnych do zebrania w całość podstawowych wątków dyscypliny psychiatrii, które w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat oddaliły się od siebie.

PIŚMIENNICTWO

1. Torres D. What, if anything is professionalism. Institutions and the problem of change. *Research in the Sociology of Organizations* 1991;8:43-68.
2. Brown N, Vassilas CA, Oakley C. Recruiting psychiatrists – a Sisyphian task? *Psychiatr Bull* 2009;33:390-2.
3. Jaspers K. *General psychopathology*. Manchester: Manchester University Press, 1963.
4. Eisenberg L. Is psychiatry more mindful or brainier than it was a decade ago? *Br J Psychiatry* 2000;176:1-5.

Pacjenci muszą odnosić maksimum korzyści z umiejętności medycznych i szeroko zakrojonego kształcenia psychiatrów

Patients must be able to derive maximum benefit from a psychiatrist's medical skills and broad training

NICK CRADDOCK¹, BRIDGET CRADDOCK²

¹Department of Psychological Medicine and Neurology, School of Medicine, Cardiff University, Heath Park, Cardiff, CF14 4XN, UK

²Mental Health Directorate, ABMU Health Board, Princess of Wales Hospital, Bridgend, UK

H. Katschnig podsumowuje wiele zagadnień, które stają przed psychiatrią i psychiatrami na początku trzeciego tysiąclecia. Chociaż w artykule stosunkowo mało miejsca poświęcono na omówienie pytania postawionego w tytule [„Czy psychiatrzy są gatunkiem zagrożonym?”], autor konkluduje, że trudno mu sobie wyobrazić zniknięcie psychiatrii, oraz przyznaje, że ta specjalność powinna wypracować sobie pozytywną tożsamość. Na zakończenie podkreśla, że w jego przekonaniu istotą problemu są umiejętności terapeutyczne psychiatrów, które muszą obejmować interwencje biologiczne, psychologiczne i społeczne.

Zasadniczo zgadzamy się z dużą częścią jego artykułu, między innymi z tym, jak ważne jest, aby psychiatria wypracowała jaśniejszą definicję swego zakresu kompetencji i specjalistycznej wiedzy, a także szkolenia wymaganego od praktyków [1]. Podejrzewamy jednak, iż obecne problemy z tożsamością częściowo wynikają ze zbyt

szeroko zakrojonego, często niejasnego i bezkrytycznego wprowadzania w życie opinii, że psychiatrzy muszą opanować wszystkie podejścia: biologiczne, psychologiczne i społeczne [2]. Oczywiście, niezmiernie ważną sprawą jest uwzględnianie wszystkich tych obszarów w prowadzeniu pacjenta, zaś psychiatrzy muszą mieć taką wiedzę i umiejętności, by rozumieć, jakie interwencje są najważniejsze i najważniejsze w każdym z nich – m.in. muszą wiedzieć, kiedy określone interwencje będą nieskuteczne lub szkodliwe. Jednak, jak powiada Katschnig, mamy obecnie duży wybór wysokokwalifikowanych kolegów profesjonalistów pracujących w dziedzinie zdrowia psychicznego, zaś w zakresie wielu interwencji psychologicznych i społecznych ci inni profesjonalści mogą być (i często są) lepiej przygotowani i bardziej doświadczeni niż psychiatra, a ponadto niemal zawsze owa interwencja w przeliczeniu na jednostkę czasu będzie mniej kosztowała w ich wykonaniu. A zatem,

choć psychiatrzy mogą mieć miłe poczucie, że potrafią czy powinni sami przeprowadzać wszelkiego rodzaju interwencje terapeutyczne, czy jest to realistyczne lub sensowne? Uważamy, że nie jest. Trzeba raczej zapytać, jakie specyficzne umiejętności i fachową wiedzę mogą wykorzystać psychiatrzy z pożytkiem dla pacjentów? W języku marketingu: jakie są specyficzne mocne strony produktu? Z pewnością to właśnie stanowi istotę pozytywnej tożsamości psychiatry.

Psychiatrzy mają wykształcenie lekarskie. W zespole zajmującym się zdrowiem psychicznym są fachowcami w zakresie rozpoznawania i leczenia choroby fizycznej. Mają przygotowanie w zakresie dyscyplin biologicznych: fizjologii, biochemii, anatomii, patologii i farmakologii. Mają przygotowanie w zakresie diagnostyki. Biorąc pod uwagę, jak ważne jest możliwie wczesne zidentyfikowanie kluczowych problemów i ustawienie leczenia pacjenta w najważniejszym kierunku, psychiatrę można efektywnie wykorzystać do rozpoczęcia/koordynowania procesu wstępnej diagnozy, a także do odpowiedniego modyfikowania diagnozy w miarę uzyskiwania nowych informacji. Psychiatra ma wyjątkową pozycję, jeśli chodzi o określanie roli choroby fizycznej, która może zarówno przyczynić się do obrazu choroby psychicznej (na przykład, kiedy dysfunkcja tarczycy przyczynia się do zaburzeń afektywnych), współwystępować z nią (na przykład, kiedy rozpoznaje się chorobę serca współwystępującą z depresją), jak i stanowić skutek uboczny leczenia psychiatrycznego (na przykład, cukrzyca typu 2 związana z podawaniem leków przeciwpsychotycznych). Wreszcie, oprócz podstawowych umiejętności lekarskich, psychiatra ma przygotowanie w zakresie problemów psychologicznych i społecznych. Psychiatra ma zatem wyjątkową pozycję, która daje mu ogłęd „w szerokim kadrze”, obejmujący obszar biologiczny, psychologiczny i społeczny w diagnozie. Co więcej, w wykształceniu medycznym kładzie się nacisk na pragmatyzm [czyli gotowość do wykorzystania wszystkiego, co działa, zamiast ścisłego trzymania się określonych szkół myślenia], a także na potrzebę opierania się na dowodach naukowych.

Chociaż zatem poszczególni psychiatrzy będą się znacznie różnili przygotowaniem zawodowym, specjalistyczną wiedzą i umiejętnościami oraz zainteresowaniami, to podstawowy, specyficzny wkład, jaki mogą wnieść w pracę zespołu zdrowia psychicznego, obejmuje: a) diagnozę opartą na szerokich podstawach, b) rozumienie styku między chorobą fizyczną a chorobą psychiczną, c) rozumienie „biologicznych” części spektrum bio-psycho-społecznego [1,3]. Dzięki rozwojowi biologii molekularnej [4] i badań obrazowych [5] coraz więcej wiadomo o działaniu mózgu i o procesach związanych z chorobą psychiczną, wobec czego można oczekiwać, że fachowe zrozumienie aspektów biologicznych będzie coraz ważniejsze w diagnozowaniu i leczeniu choroby psychicznej. Zasadnicze znaczenie

będzie też miała obecność klinicystów – badaczy i praktyków z odpowiednimi kwalifikacjami i umiejętnościami, którzy będą umieli zapewnić przełożenie owych postępów wiedzy i rozumienia na korzyści dla pacjentów [1].

Psychiatria jest „kościółem szerokim” i mieści w sobie cały wachlarz poglądów. W gruncie rzeczy można uznać sam model bio-psycho-społeczny za dość słabo zdefiniowaną koncepcję, która pozwala „złapać się” praktykom posiadającym niemal dowolne poglądy na psychiatrię i robić, co tylko chcą [2]. Być może, trzeba nam teraz złapać byka za rogi i zabrać się do klarowniejszego zdefiniowania zakresu kompetencji psychiatrii w 21. wieku, z naciskiem na specyficzny wkład, jaki mogą wnieść psychiatrzy w opiekę nad pacjentami z chorobą psychiczną. Musi to mieć ściśle uzasadnienie w postaci dowodów z badań naukowych oraz analizy opłacalności.

Kończąc posłużymy się analogią, jakiej używa Katschnig w tytułowym pytaniu („Czy psychiatrzy są gatunkiem zagrożonym? ”). Naszym zdaniem istnieje obecnie ryzyko, że psychiatria znajdzie się na liście gatunków zagrożonych. Jest wiele gatunków walczących o miejsce w tym samym siedlisku. O ile psychiatrzy nie przekażą swoich optymalnych cech przyszłym pokoleniom psychiatrów, to wyginą i powinni wyginąć. Jeśli w sposób opłacalny zapewnią pacjentom korzyści, będzie to jedyny powód utrzymania się psychiatrów. Jesteśmy bardzo mocno przekonani, że wkład psychiatrów w opiekę może przynieść pacjentom istotny pożytek, i że bez takiego udziału psychiatrów byłoby zagrożenie i w niekorzystnej sytuacji [1].

Być może, wchodzimy w okres intensywnego doboru naturalnego, z którego prawdopodobnie wyłonią się lekarze-praktycy specjalizujący się w chorobach psychicznych, efektywnie korzystający ze swej fachowej wiedzy medycznej i biologicznej oraz umiejętności diagnostycznych, doceniający przy tym czynniki psychospołeczne oraz dostępne modalności leczenia. Wydaje się nam, że Reil uznałby takich lekarzy za godnych reprezentantów psychiatrii jako specjalności medycznej, którą opisał przed dwoma wiekami [6].

PIŚMIENNICTWO

1. Craddock N, Antebi D, Attenburrow MJ et al. Wake-up call for British psychiatry. *Br J Psychiatry* 2008;193:6-9.
2. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry* 2009; 195:3-4.
3. Bullmore E, Fletcher P, Jones PB. Why psychiatry can't afford to be neurophobic. *Br J Psychiatry* 2009;194:293-5.
4. Craddock N, Owen MJ. The Kraepelinian dichotomy: going, going, but still not gone. *Br J Psychiatry* 2010;196:92-5.
5. Bassett DS, Bullmore ET. Human brain networks in health and disease. *Curr Opin Neurol* 2009;22:340-7.
6. Marneros A. Psychiatry's 200th birthday. *Br J Psychiatry* 2008; 193:1-3.

Złote lata psychiatrii są przed nami

The golden years of psychiatry are in the future

RODRIGO MUÑOZ

University of California, San Diego, USA

Na mój odbiór artykułu H. Katschniga wielki wpływ wywiera szkolenie, jakie przebyłem w Stanach Zjednoczonych i praktyka, jaką tam prowadzę. Chociaż stwierdzenia autora dotyczące obecnych wyzwań nie budzą moich wątpliwości, mam odmienną wizję przyszłości.

Robins i Guze [1] niemal czterdzieści lat temu zaproponowali grupę czynników określających trafność diagnoz psychiatrycznych schizofrenii i innych zaburzeń. Na podstawie tych czynników opracowano kryteria diagnostyczne przeznaczone do użytku w badaniach naukowych w psychiatrii [2]. Kryteria te zmodyfikowano do użytku w praktyce klinicznej w DSM-III, DSM-IV, DSM-IV-R, oraz w przygotowanym obecnie DSM-V. Żadnego z nich nie odrzucono na podstawie nowych badań, lecz dokonywano modyfikacji uwzględniając nowe wyniki. Nie różni się to od procesów diagnostycznych toczących się w innych gałęziach medycyny. Osobiście uważam, że wymagający mrówczej pracy proces przekładania badań naukowych na lepsze diagnozy nadal będzie ostro krytykowany, zwłaszcza przez osoby mniej zainteresowane badaniami naukowymi nad diagnozą. Ci zainteresowani zawsze mogą wrócić do każdego rozpoznania i zaproponować nowe projekty badawcze, z których powinny wynikać nowe podejścia diagnostyczne oparte na faktach klinicznych.

Właściwości kliniczne pacjentów nie pasują w sposób doskonały do odpowiedzi terapeutycznych, tak, że postęp nadal zależy od nowych koncepcji i nowego sposobu rozumienia. Wiele badań wykazało, że psychoterapia wspomaga leczenie somatyczne, oraz że pacjenci z tym samym rozpoznaniem mogą różnie reagować na to samo leczenie. Podobnie jak wiele innych osób myślę, że większość, a prawdopodobnie wszyscy pacjenci potrzebują interwencji werbalnych, zaś podział na psychoterapię i leczenie farmakologiczne jest właściwie sztuczny. Osobiście zgadzam się, że potrzebujemy „mega-prób lekowych” z udziałem specjalistów psychofarmakoterapeutów i psychoterapeutów, a także rygorystycznych schematów eksperymentalnych i pomiarów. W międzyczasie trzeba rozsądnie korzystać z najlepszych dostępnych informacji, zakładając, że stanowisko nihilistyczne jest nie do obrony. Tak samo jak w całej medycynie musimy eksperymentować z najlepszymi dostępnymi metodami terapii, spodziewając się możliwie najlepszych rezultatów.

Praca H. Katschniga potwierdza, że wszyscy dzielimy jeden duży namiot, w którym jest miejsce na niemal każdy sposób myślenia o zaburzeniach psychicznych. Przekrojowy przegląd psychiatrii pokazuje, że niepowiązane ze sobą, a nawet wzajemnie sprzeczne koncepcje wydają się mieć jakąś reprezentację w naszej dziedzinie. Cieszę

się, że w ciągu ostatnich pięćdziesięciu lat induktywizm medyczny coraz bardziej przenikał do psychiatrii, stopniowo zastępując inne podejścia. Myślenie indukcyjne dało nam podejścia wprowadzające psychiatrię prosto w obszar medycyny. A co z tymi, którzy odmawiają posługiwania się indukcyjnym sposobem myślenia i wysuwają koncepcje, których trafność minimalnie zweryfikowano w badaniach naukowych? Moim zdaniem powinno się ich traktować zgodnie z weryfikowalną wartością ich koncepcji.

Droga do gabinetu psychiatry jest uciążliwa, pełna bocznych dróg prowadzących w innym kierunku [3]. Opóźnienie leczenia wynosi od 6 do 8 lat w przypadku zaburzeń nastroju i od 9 do 23 lat w przypadku zaburzeń lękowych. Większość pacjentów z zaburzeniami psychicznymi nie kontaktuje się z żadnym profesjonalistą zajmującym się zdrowiem psychicznym, a minimalna ich liczba trafia do psychiatrii [4]. Fakt, że psychologom zezwolono na wystawianie recept nigdy nie opierał się na wykazanym przez nich przygotowaniu zawodowym, zdolnościach czy funkcjonowaniu. Przyczyną tego zjawiska było dążenie powiększenia swojej praktyki przez niektóre osoby. Problem nie wygaśnie dopóty, dopóki są pełni entuzjazmu lobbyści i chętni legislatorzy [5]. Główną przeszkodą ze strony psychologów jest brak ich przygotowania zawodowego, doświadczenia lub wiedzy potrzebnej do praktykowania medycyny.

Odwiedzając wiele ośrodków w Stanach Zjednoczonych i rozmawiając z kolegami o ich pracy doszedłem do wniosku, że przyjmujemy wszystkich pacjentów, których tylko możemy, i że jest nadmiar chętnych, którzy nie mieli dostępu do psychiatrii. Wyraźnie potrzebujemy więcej psychiatrów oraz większych możliwości, by zapewnić pacjentom łatwy dostęp do naszych gabinetów.

W ramach *National Comorbidity Survey Replication* [3] badano pacjentów z zaburzeniami lękowymi, nastroju, kontroli impulsów, oraz nadużywających substancji psychoaktywnych. W grupie osób chorujących od 12 miesięcy 41,1% uzyskało jakiś rodzaj leczenia w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w tym 21,3% było leczonych przez psychiatrę, 16,0% przez nie-psychiatrę, specjalistę z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, 22,8% przez lekarza ogólnego [pierwszego kontaktu], 8,1% było leczonych przez przedstawiciela opieki społecznej, a 6,8% przez dostawcę uzupełniających lub alternatywnych świadczeń medycznych. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że sytuacja nie zmieni się bez strategii edukacyjnych, zwiększających wiedzę społeczeństwa o chorobach psychicznych i ich leczeniu. Powinny im towarzyszyć programy ułatwiające dostęp do opieki psychiatrycznej dobrej jakości, oraz programy promujące integrację psychiatrii z innymi specjalnościami [4].

Lepsze informowanie i formalna integracja wydają się najlepszym rozwiązaniem wobec obecnego bałaganu w skierowaniach.

W swojej historii psychiatria stopniowo zyskiwała uznanie ze strony zorganizowanej medycyny, decydentów planujących świadczenia, legislatorów, rodzin, i wreszcie, najwolniej, została uznana przez opinię publiczną. Po wielu latach izolacji w szpitalach stanowych, psychiatria ma obecnie swoje miejsce w szpitalach lokalnych w środowisku i niemal we wszystkich ośrodkach opieki medycznej w Stanach Zjednoczonych. Na poziomie ogólnokrajowym, stanowym i lokalnym psychiatria uczestniczy w wysiłkach ukierunkowanych na poprawę medycyny i zwiększenie dostępu do świadczeń wysokiej jakości. W naszym kraju nowa legislacja zapewnia równość finansowania usług psychiatrycznych. Wprowadzenie takiej legislacji często było możliwe dzięki współpracy ze strony kluczowych decydentów, którzy mieli osobiste doświadczenia rodzinne dotyczące skutków choroby psychicznej.

W grudniu 2008 w Stanach Zjednoczonych w akredytowanych programach leczenia psychiatrycznego pracowało 4.751 lekarzy rezydentów [6]. Powinniśmy uruchomić więcej miejsc szkolenia w psychiatrii i rzeczywiście to robimy, lecz psychiatria nadal przyciąga solidną liczbę najlepszych spośród młodych lekarzy.

Ponieważ moje bliskie kontakty z psychiatrią trwają od czasu studiów medycznych, tożsamość „psychiatrii” towarzyszy mi od kilkudziesięciu lat. Jak dotąd nie miałem okazji, żeby tego żałować, nie zdarzyło mi się też spotkać

z lekceważącymi uwagami z powodu profesji, którą wykonuję odczuwając to jako wielki zaszczyt i wyróżnienie.

Psychiatria ogromnie zyskuje, jeśli chodzi o pozycję naukową, solidną wiedzę diagnostyczną, lepsze strategie ewaluacji leczenia, pozycję wśród organizacji medycznych, szacunek tych, którzy nas znają i korzystają z naszych usług, oraz programy, które lepiej służą naszym pacjentom i społecznościom. Pesymizm co do przyszłości psychiatrii nie ma uzasadnienia w faktach. Wręcz odwrotnie, złote lata psychiatrii są przed nami.

PIŚMIENNICTWO

1. Robins E, Guze SB. Establishing of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970;126:983-7.
2. Feighner JP, Robins E, Guze SB et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26:57-63.
3. Wang PS, Berglund P, Olfson M et al. Failure and delay in initial treatment contact after first episode of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:603-13.
4. Wang PS, Lane M, Olfson M et al. Twelvemonth use of mental health services in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:629-40.
5. Riba M. Presidential address. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 2040-4.
6. Brotherton SE, Etzel SI. Graduate medical education, 2008-2009. *JAMA* 2009;302: 1357-72.

Zmniejszanie różnic kulturowych w medycynie: rola dla psychiatrów?

Bridging a cultural divide within medicine: a role for psychiatrists?

SHEILA COLLINS

St. George's University of London, Zjednoczone Królestwo

W bogatszych krajach jest obecnie więcej psychiatrów niż chirurgów i ta różnica powiększa się. Ostatni Przewodniczący UK Royal College of Surgeons skomentował, że za dziesięć lat większość chirurgów o różnych specjalnościach nie będzie potrzebna, bo ich pracę w dużej mierze będą wykonywali mniej inwazyjnie i skuteczniej radiolodzy interwencyjni. Takich perspektyw nie ma psychiatria w dającej się przewidzieć przyszłości. Naszym końcowym celem jako zawodu powinno być zdobycie kompetencji eksperckich, zaś celem naszych kolegów z innych dyscyplin – opracowywanie lub wspieranie interwencji zarówno mniej inwazyjnych, jak i bardziej skutecznych niż stosowane obecnie.

Jednym z zarzutów stawianych psychiatrii przez innych lekarzy jest to, że nasz zasób dowodów naukowych jest słaby, a rokowanie w ciężkich chorobach psychicznych – niepomysłne. Z pewnością jest to krytyka typu „przyganiał

kocioł garnkowi”. Podstawy naukowe dużej części praktyki medycznej są słabe. Różnica polega na tym, że inni lekarze mają bezpodstawne zaufanie do przydatności swoich metod leczenia, zaś my, psychiatrzy, fałszywą skromność, jeśli chodzi o skuteczność naszych [1]. Weźmy na przykład leczenie arytmii serca: jedną z proponowanych metod jest ablacja drogi dodatkowej w mięśniu sercowym – wprawdzie zabieg ten przeważnie bywa bardzo skuteczny, lecz w niewielkim procencie przypadków wiąże się z ryzykiem poważnych komplikacji, takich, jak udar, atak serca, czy zgon. Albo weźmy fakt, że rokowanie przy pierwszym rozpoznaniu cukrzycy u osoby dorosłej jest gorsze niż rokowanie przy pierwszym rozpoznaniu schizofrenii. Czy ta informacja pomoże spojrzeć na nasze rozpoznania z nieco innego punktu widzenia?

Zgadzam się z Katschnigiem, że jako zawód musimy przyjąć podejście biopsychospołeczne, lecz wprowadzenie

tego niezbędnego holistycznego podejścia jest zadaniem dla wykładowców psychiatrii, organizatorów opieki zdrowotnej i nabywców świadczeń psychiatrycznych. Podejmowane przez neuropsychiatrów i psychofarmakologów próby przypisywania sobie wyższości nad psychiatrami społecznymi czy psychoterapeutami, i *vice versa*, są ostatecznie szkodliwe dla naszego zawodu i naszych pacjentów. Ale niektórzy psychiatrzy koncentrujący się na wysoce specjalistycznych aspektach badań nad mózgiem, czy jacyś specjaliści z sektora usługowego przeprowadzający interwencje techniczne oparte na dowodach naukowych, powinni pozostawić szerszą praktykę biopsychospołeczną innym kolegom.

Moim zdaniem wniosek Katschniga był zbyt ograniczony. Chciałabym zobaczyć, jak psychiatria zacieśnia współpracę nie tylko z innymi dyscyplinami medycyny, ale także z organizacjami pacjentów i osób działających na ich rzecz, oraz z większym zrozumieniem wspiera paradygmat zdrowienia.

W obrębie medycyny oznacza to dążenie, by coraz więcej osób uświadamiało sobie związek między zdrowiem psychicznym a fizycznym i zdawało sobie sprawę, że dysfunkcja jakiejś części organizmu w jakimś stopniu negatywnie wpływa na wszystkie układy. Fascynujące i nieoczekiwane problemy podważają nasze rozumienie przyczyny i skutku. Na przykład, dobrze wiadomo, że ataki serca częściej występują u ludzi w depresji, ale dlaczego jest tak, że po wyzdrowieniu z depresji ryzyko zawału mięśnia sercowego nie zmniejsza się [2]?

Te przykłady wyjaśniają, dlaczego uważam, że psychiatria powinna ponownie zintegrować się z medycyną. Taka reintegracja sama w sobie spowodowałaby w dużym stopniu destygmatyzację choroby psychicznej i psychiatrii w zawodzie lekarza.

Równocześnie jednak nie spełnilibyśmy swoich obowiązków, gdybyśmy nie utrzymywali i nie rozwijali partnerskich relacji w społeczeństwie. To również zwiększałoby nasz wkład w szerszej rozumianą dziedzinę medycyny, gdzie nadal ograniczone jest zrozumienie, jak duże znaczenie dla

dobrego zdrowia mają osobiste związki i środowisko człowieka. Gdybyśmy się nie rozwijali jako psychiatrzy społeczni, oddalilibyśmy się od użytkowników leczenia psychiatrycznego, ich opiekunów, oraz kolegów z dyscyplin pokrewnych. Koniecznie musimy umieć uwzględniać w swojej pracy kontekst życia ludzi, oraz współdziałać z kolegami o bardziej sprecyzowanych umiejętnościach. I chociaż inne dyscypliny wspólnie z nami korzystają częściowo z naszej wiedzy i umiejętności, żadna z nich nie ma naszego przygotowania medycznego oraz zrozumienia powiązań między chorobą psychiczną a fizyczną.

Kilka lat temu C.P. Snow [3] napisał o „dwóch kulturach”, zwracając uwagę na przepaść między naukami przyrodniczymi a humanistycznymi. Opowiadał się za infuzją ponad barierami, która pomogłaby przeciwdziałać ignorancji elit o wykształceniu humanistycznym, ale także upraszczającemu przekonaniu, że wszystko da się wyjaśnić za pomocą nauk przyrodniczych. Przykładem może być skompromitowana opinia, że biedni mają ubóstwo w genach, bardzo popularna w czasach eugeniki na początku XX. wieku.

Jako psychiatrzy musimy sprzeciwiać się wszelkim takim próbom biologicznego redukcjonizmu i robić wszystko, co tylko możemy, aby zasypać przepaść między owymi dwoma kulturami. Psychiatria nadal musi przyciągać młodych, utalentowanych lekarzy, którzy wnoszą do zawodu lekarza naukowe podejście, ale także zrozumienie nauk humanistycznych i samego życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Academy of Medical Royal Colleges and Royal College of Psychiatrists. No health without mental health – The ALERT report. www.aomrc.org.uk.
2. Whooley MA. Depression and cardiovascular disease: healing the broken hearted. *JAMA* 2006;295:2874-81.
3. Snow CP. The two cultures. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

Psychiatria żyje i ma się dobrze

Psychiatry is alive and well

STEVEN S. SHARFSTEIN

Sheppard Pratt Health System oraz Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD, USA

Ponad 30 lat temu E. Fuller Torrey opublikował „Śmierć psychiatrii” [1]. Przewidywał zejście psychiatrii na tej podstawie, że zaburzenia mózgowe zostaną przejęte przez neurologię, a problemy psychiki – przez zawody psychologiczne. Teraz, kiedy wchodzimy w wiek XXI., psychiatria jako specjalność nie tylko żyje, ale wręcz kwitnie. Kwitnie dzięki poruszeniu, jakie wywołały odkrycia w badaniach naukowych nad mózgiem, dzięki praktycznym i coraz szerszym zastosowaniom psychofarmakologii, pojawieniu się

nowych gałęzi nauki w zakresie genetyki i zdrowia psychicznego, a także wznowieniu zainteresowania interwencjami psychospołecznymi i psychoterapią.

Najgłębsza przyczyna przetrwania i sukcesu psychiatrii jako zawodu wiąże się jednak ze ciągłą tajemniczością choroby psychicznej i lękiem przed chorobą psychiczną odczuwanym przez poszczególne osoby i ogół społeczeństwa. Stygma, wszechobecna i naznaczająca tak samo pacjentów, jak psychiatrów, paradoksalnie jest dla psychiatrii korzystna

i pomagają przetrwać tej specjalności medycznej. W zasadzie nikt nie chce naszych pacjentów, tylko my. Pacjenci z ostrą psychozą, otępieniem, ciężką depresją i tendencjami samobójczymi, z zaburzeniami paranoicznymi i stanami maniakalnymi, czy z zaburzeniami osobowości, nie są mile widziani przez lekarzy innych specjalności, a nawet przez przedstawicieli innych dyscyplin w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego, którzy z nami rywalizują, lecz wolą leczyć ludzi mniej zaburzonych czy nie tak chorych.

Problem udanej praktyki psychiatrycznej oraz przetrwania zawodu ma znacznie mniej wspólnego z rodzajem kierowanych do nas pacjentów niż z godziwym wynagrodzeniem za trudną pracę, jakiej wymaga diagnozowanie i leczenie ciężko chorych psychicznie. Płacenie za wysokiej jakości leczenie psychiatryczne jest wszędzie problemem, zwłaszcza że większość naszych pacjentów jest [albo w końcu będzie] biedna. Epidemiologia i potrzeby niewątpliwie istnieją, lecz finansowanie jest niedostateczne. W odpowiedzi na ten problem ekonomiczny mnożą się podspecjalizacje.

Nowe podspecjalności w psychiatrii, które w moim przekonaniu są mocną stroną tej dziedziny i źródłem optymizmu co do jej przyszłości, zwracają uwagę na przystosowawczy charakter praktyki psychiatrycznej. Dziesięć lat temu napisałem artykuł o przyszłości naszego zawodu, zatytułowany „W roku 2099” [2]. Sformułowałem szereg przewidywań, między innymi, że sama psychiatria rozszerzy się, obejmując cztery główne certyfikowane specjalności praktyczne: neuronauki, psychiatrię medyczną, psychoterapię oraz psychiatrię społeczną, z podspecjalnościami – geriatryczną, dorosłych, nadużywania substancji psychoaktywnych, niepełnosprawności rozwojowych oraz sądową. A ponieważ w roku 2099 badania nad mózgiem nadal będą w pierwszej linii frontu nauki, znacznie więcej lekarzy niż dzisiaj będzie się uważało za specjalistów psychiatrów.

Innym przykładem radzenia sobie i przystosowania się psychiatrów jest sprawa programu ubezpieczeń zdrowotnych dla pracowników instytucji federalnych w Waszyngtonie, DC, wprowadzonego na początku lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. Przez wiele lat psychiatrzy korzystali z refundacji w ramach znakomitego programu ubezpieczeń dla pracowników federalnych i osób na utrzymaniu budżetu federalnego, lecz w roku 1980 z powodu ograniczeń budżetowych obcięto te świadczenia. Leczenie szpitalne ograniczono do 60 dni rocznie, zaś wizyty ambulatoryjne do 30 na

rok. Z powodu nieograniczonych świadczeń zdrowotnych i wielkiej liczby pracowników federalnych, którzy z nich korzystali, Waszyngton DC, stał się Mekką dla psychiatrów prowadzących praktykę prywatną, zaś odsetek psychiatrów w praktyce prywatnej w stosunku do wielkości populacji był tam najwyższy w Stanach Zjednoczonych. Ze względu na wspomniane cięcia przewidywałem, że 100-200 psychiatrów będzie musiało się przenieść z rejonu Waszyngtonu, DC, aby znaleźć dostatecznie wielu pacjentów i móc nadal prowadzić praktykę prywatną. Pod koniec pierwszego roku naszych badań okazało się, że mimo tych ponurych przewidywań liczebność psychiatrów wzrosła o dziesięć netto.

Badanie ankietowe przeprowadzone wśród członków *Washington Psychiatric Society* [3] wyjaśniło przyczyny przetrwania (a nawet rozwoju) naszego zawodu mimo recesji finansowej wskutek obciążenia ubezpieczeń. Stwierdziliśmy, że psychiatrzy szybko znaleźli inną pracę o charakterze środowiskowym, sądowym, lub w opiece zdrowotnej; obniżyli swoje honoraria, wobec czego pacjenci byli w stanie sami płacić za to, co poprzednio pokrywały ubezpieczenia; a także przetrwali podejmując pracę etatową w niepełnym wymiarze i dostosowując do tego praktykę prywatną. Przewidywanie, że w Waszyngtonie, DC, psychiatria zginie, było zdecydowanie przesadzone.

Nie oznacza to lekceważenia wyzwań, które opisał H. Katschnig w swoim znakomitym eseju, ale też nie ma powodów do rozpacz. Nasze metody mogą być połowiczne, to znaczy pomagamy polepszyć stan zdrowia poszczególnych osób i społeczności, ale nie wyzdrowieć całkowicie, a większość naszych chorób ma charakter przewlekły i nawracający. Nasze sukcesy zwiększają jednak zapotrzebowanie na nasze specjalistyczne świadczenia i teraz po prostu musimy znaleźć sposób, aby nam godziwie płacono za wysoką jakość pracy przy wykonywaniu tego zadania.

PIŚMIENNICTWO

1. Torrey EF. The death of psychiatry. Radnor: Chilton Book Co., 1974.
2. Sharfstein SS. In the year 2099. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:1151-2.
3. Sharfstein SS, Eist H, Sack L et al. The impact of third-party payment cutbacks on the private practice of psychiatry: three surveys. Hosp Commun Psychiatry 1984;35:478-81.

Psychiatria: specjalistyczny zawód czy specjalność medyczna?

Psychiatry: a specialized profession or a medical specialty?

FERNANDO LOLAS

Interdisciplinary Center for Bioethics, University of Chile, Chile

Artykuł Heinza Katschniga przedstawia przemyślany opis wyzwań, przed jakimi stoją psychiatrzy na całym świecie i daje interesującą okazję do refleksji nad tym, co ten za-

wód tak naprawdę znaczy. Dylemat ten można ująć w postaci następującego pytania: jeśli psychiatria [i psychiatrzy] są rozwiązaniem, to jaki jest tak naprawdę problem? „Metoda

eliminacji” powinniśmy dojść do pytania, co by się stało, gdyby zawód psychiatry zniknął. Czy pogorszyłyby się zdrowie populacji? Czy ludzie by bardziej cierpieli? Czy ktokolwiek by zauważył, że już nie mamy psychiatrów?

Wszystkie te pytania są trudne. Trudno je zadać i trudno na nie odpowiedzieć. Zawód jest zinstytucjonalizowaną odpowiedzią na zapotrzebowanie społeczne. Zapotrzebowanie nie jest po prostu potrzebą czy pragnieniem. Są to potrzeby lub pragnienia świadomie spostrzegane przez ludzi, którzy gotowi są zapłacić za ich zaspokojenie, tzn. uhonorować osoby uprawiające ów zawód, dawać im pieniądze, prestiż, władzę lub miłość.

Należy podkreślić, że spostrzegane potrzeby czy pragnienia umiejscowione są w ludziach, a nie w świadczeniodawcach [1]. Jednym z najbardziej niefortunnych zjawisk w społeczeństwach postmodernistycznych jest powstanie ekspertokracji, czyli grup ekspertów przekonanych, że postęp i rozwój opiera się wyłącznie na ich własnych potrzebach i zainteresowaniach. Taka sytuacja prowadzi niekiedy do ignorowania pierwotnego zapotrzebowania, które stworzyło owych ekspertów. Eksperti troszczą się o powiększanie swego podstawowego zasobu wiedzy, dążą do uzyskania akceptacji i uznania ze strony kolegów, oraz twierdzą, że znają prawdziwe potrzeby ludzi, nie zwracając przy tym uwagi na zmieniającą się rzeczywistość. Typowy paternalizm zawodu lekarza, który charakteryzuje dobroczynność bez autonomii, z grubsza stanowi formę myślenia ekspertokratycznego, zakładającego, że „lekarze wiedzą najlepiej”.

Fakt, że psychiatrzy są krytykowani, stanowi przestrożę: zawód ten powinien zrewidować podstawy swojej rzekomej władzy i wpływu na sprawy człowieka. Jak w wielu innych zawodach opartych na wiedzy, jej stronę poznawczą uznano za podstawę profesjonalnej władzy psychiatrów. Jednak w kategoriach specjalistycznych informacji obecną psychiatrię można podciągnąć pod neurologię, psychologię, pracę socjalną, oraz politykę zdrowotną. Doszukiwanie się władzy w zasobie podstawowej wiedzy nie jest, albo nie było właściwe, zważywszy na rezultaty. Modna „oparta na dowodach naukowych” praktyka nie obejmuje wielu działań psychiatrów w zakresie diagnozy, leczenia i zapobiegania. Wiele aspektów pozornie niejednorodnego zawodu, począwszy od artystycznych spekulacji, a skończywszy na twardych badaniach empirycznych, nie znajduje sensownego i harmonijnego połączenia w praktyce poszczególnych psychiatrów. Aby uwzględnić wszelkie różnorodne dyskursy składające się na historyczny zasób podstawowej wiedzy, powinni przypominać „człowieka Renesansu”, a rzadko tak bywa, zwłaszcza

w epoce praktyki kontrolowanej przez państwo lub wolny rynek [2].

Jeśli w ogóle coś trzeba zrobić, to przede wszystkim na nowo zdefiniować rzeczywiste zapotrzebowanie na zawód obejmujący tyle rozmaitych dyskursów i tak różne sposoby postępowania. Redefinicji takiej można dokonać na podstawie bezstronnej analizy: czego ludzie naprawdę potrzebują i na co pozwalają obecne systemy opieki zdrowotnej. Obrony zawodu psychiatry w dzisiejszych czasach nie można jednak oprzeć wyłącznie na zasobie podstawowej wiedzy, kwestionowanej przez inne zawody i ograniczanej przez prawo, przepisy, oraz grupy nacisku w społeczeństwie.

Mam propozycję, wynikającą z mego mocnego przekonania, że tym, co by ludzie naprawdę wysoko cenili i co w związku z tym uzasadniałoby tego typu rolę eksperta, jaką mogliby pełnić psychiatrzy, jest nie tyle praktyka „oparta na dowodach naukowych”, ile „oparta na wartościach” integracja dyskursów i wiedzy [3]. Psychiatra mógłby funkcjonować jako taki ogólny harmonizator informacji, który rozważnie z nich korzysta i potrafi być doradcą, terapeutą oraz promotorem zdrowia nie wchodząc w kolizję z lekarzami, psychologami, prawnikami, czy pracownikami socjalnymi. Przechodząc od konkurencji do integracji poprzez pośrednie stadium współpracy, psychiatrzy mogliby być systemowymi organizatorami opieki zdrowotnej i badań naukowych, nie upierając się, by pozostać jedną z wielu specjalności medycznych, które, z konieczności, mogłyby uznać jej oczekiwania za nieistotne.

Psychiatria powinna stać się *specjalistycznym zawodem*, rozwiązującym istotne dla człowieka problemy integralności podejścia, czego nie mógłby zrobić żaden inny rozważny ekspert. Co, oczywiście, mogłoby oznaczać reorientację kształcenia, szkolenia i praktyki, lecz w oparciu o dostrzeżenie rzeczywistego zapotrzebowania oraz odpowiedź na obecnie odkrywane wyzwania, nad którymi się dyskutuje [4].

PIŚMIENNICTWO

1. Lolas F. Medical praxis: an interface between ethics, politics, and technology. *Soc Sci Med* 1994;39:1-5.
2. Lolas F. Theoretical medicine: a proposal for reconceptualizing medicine as a science of actions. *Journal of Medicine and Philosophy* 1996;21:659-70.
3. Lolas F. The axiological dimension of psychiatric diagnosis. *Acta Bioethica* 2009;15: 148-50.
4. Lolas F. La perspectiva psicosomática en medicina. *Ensayos de aproximación*, 2nd ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1995.

Medycyna, afekt i ochrona zdrowia psychicznego

Medicine, affect and mental health services

GEORGE IKKOS¹, NICK BOURAS², DANIEL McQUEEN³, PAUL ST.JOHN-SMITH⁴

¹Barnet Enfield and Haringey Mental Health NHS Trust, Edgware, UK

²Maudsley International, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

³West London Mental Health NHS Trust, London, UK

⁴Hertfordshire Partnership Foundation NHS Trust, St. Albans, UK

Historia daje podstawy zarówno do optymizmu, jak i ostrożności, jeśli chodzi o przyszłość psychiatrii [1].

Katschnig wykazuje, że brak zaufania publicznego do psychiatrów odzwierciedla spostrzeganie psychiatrii jako zawodu opartego w zbyt dużym stopniu na modelu biomedycznym. Zważywszy na brak pewności dotyczący wiedzy psychiatrycznej, nie jest to zupełnie niezrozumiałe. Tym, czego opinia publiczna być może nie rozumie jest fakt, że alternatywne punkty widzenia potwierdza jeszcze mniej dowodów naukowych [2,3], zaś różnice między psychiatrią a resztą medycyny są mniejsze niż niektórzy byliby skłonni uwierzyć.

Katschnig wykazuje również, że podejrzania budzą bliskie związki tego zawodu z przemysłem farmaceutycznym. Opinia publiczna obawia się, że ograniczenie naszych horyzontów intelektualnych w połączeniu z zainteresowaniem korzyściami osobistymi może działać wbrew najlepszym interesom pacjentów [4]. Być może trudniej jest dostrzec, jak wielką szkodę powoduje niedostępność czy opóźnienie diagnozy lub leczenia psychiatrycznego [3].

Według Jaspersa idealny psychiatra łączy w sobie sceptycyzm, wiarę egzystencjalną i silną osobowość [5]. Ważną rolę eklektyzmu w praktyce klinicznej podkreślono niedawno [6]. To nieprawda, że wszyscy jesteśmy zwolennikami wąskiego modelu biomedycznego. Jest to jednak raczej idea nadwartościowa niż urojenie, ponieważ wielu przedstawicieli naszego zawodu przyjmuje taki pogląd. Kendler [7] podsumowuje dowody naukowe świadczące, że podobne zjawiska w zdrowiu i chorobie można częściowo wyjaśnić za pomocą różnych modeli czy odmiennych perspektyw. Redukcjonizm, czy to biologiczny, psychologiczny, czy społeczny, jest intelektualnie nie do obrony, a praktycznie może być destruktywny [1,3,8].

Siedemnastowieczny filozof Spinoza twierdził, że materia i duch stanowią dwa aspekty jednej substancji uniwersalnej [9]. Możemy to tak sparafrazować: do zrobienia skrzypiec niezbędne jest drewno i struny, a fizyka może nam pomóc w wyjaśnieniu, jak powstaje dźwięk, lecz nie ma to szczególnego znaczenia dla stworzenia czy podziwiania Sonaty Kreutzerowskiej Beethovena. Współczesny nam filozof umysłu John Searle formułuje podobne stwierdzenie w świetle neuronauk [10]. Sprawy te mogą mało obchodzić neurologów, ale dla psychiatrów są bardzo istotne.

Niektórzy psychiatrzy są bardziej zainteresowani biologią, inni znaczeniem, ale dla zrozumienia pacjentów konieczne jest i jedno, i drugie [8]. Afekt, rozumiany jako uczucia, emocje i pobudzenia [11], przejawiający się w świa-

domości, zachowaniu oraz relacjach w rodzinie i społeczeństwie, stanowi specyficzną istotę psychiatrii. Teoria ewolucji pozwala nam to zrozumieć [12,13]. Zdolność rozumienia afektu w sposób biologiczny (a także społeczny i psychologiczny) zarówno w zdrowiu, jak w chorobie, jest czymś, co odróżnia naszą specjalność od dyscyplin siostrzanych, zwłaszcza od psychologii poznawczej i behawioralnej oraz pracy socjalnej. Gdyby psychiatria miała zniknąć, trzeba by ją na powrót wynaleźć. Najważniejsze jednak, aby wszystkie ogólnokrajowe towarzystwa psychiatryczne i programy szkolenia zapewniły teoretyczne i praktyczne szkolenie psychiatrów we wszystkich trzech dziedzinach: biologicznej, społecznej i psychologicznej, między innymi poprzez udział pacjentów jako nauczycieli [8,14,15]. Wiemy, że popiera to WPA [16].

Dowody z badań naukowych wskazują, że wtedy, gdy pacjenci mogą dokonywać wyboru, istnieje większe prawdopodobieństwo, że będą pozytywnie spostrzegali leczenie i przestrzegali zaleceń lekarskich [17]. Psychiatrów powinno obchodzić nie to, czy pacjenci wybierają innych profesjonalistów, ale: czy jeśli tak robią, jest to dla nich bezpieczne i skuteczne [3,8]. Bardzo wstępne wyniki badań wskazują na przykład, że w przypadkach niepowikłanego otępienia bezpieczeństwo pacjenta może być większe, gdy leki na receptę wypisują pielęgniarki, niż wtedy, gdy robią to młodzi lekarze [18].

Paradoksalnie, postulaty w sprawie przyznania nielekarzom prawa do wystawiania recept, m.in. wysuwane niedawno przez pielęgniarki w Zjednoczonym Królestwie, można by przyjąć z zadowoleniem, jeśli tylko będzie to bezpieczne [3,18,19], ponieważ eliminują zawiść jako źródło stygmatyzacji psychiatrów. Zdolność wystawiania recept przez inne zawody będzie zawsze bardziej ograniczona. Ważniejszym powodem do zmartwienia powinien być dla psychiatrów fakt [np. w przypadku angielskiej państwowej służby zdrowia], że pacjenci mają do nas ograniczony dostęp wówczas, gdy mogliby tego potrzebować i woleliby zgłosić się do nas niż do innych profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym [3].

Niebędący specjalistami pracownicy służby zdrowia mogą bezpiecznie i skutecznie prowadzić leczenie zaburzeń psychicznych w ramach funkcjonującego systemu podstawowej opieki zdrowotnej [20]. Jednak modele opieki zespołowej, w których specjaliści pełnią rozmaite role (takie, jak rozwijanie kompetencji zespołu, konsultacje, supervizja, dbanie o dobrą jakość opieki oraz o system kierowania pacjentów do leczenia), zwiększają efektywność i trwałość

tych programów opieki zdrowotnej kierowanych przez nie-specjalistę [21]. W przyszłości psychiatrzy mogą wzmocnić swoją pozycję zawodową poprzez ukierunkowanie szkolenia w większym stopniu na rozwój nowych umiejętności – kierowania zespołem i ułatwiania pracy zespołowej [19,22].

H. Katschnig przedstawił nasze relacje z innymi zawodami wyłącznie w kategoriach konkurencji. Profesjonalizm w psychiatrii jednak wzmocniany jest przez efektywne współdziałanie z innymi [1]. Przykładem pionierskiej współpracy interdyscyplinarnej między profesjonalistami w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego na poziomie instytucjonalnym jest *National Collaborating Centre for Mental Health* prowadzony wspólnie przez British Psychological Society i Royal College of Psychiatrists, przy coraz większym udziale innych zainteresowanych stron, czyli między innymi pacjentów i ich opiekunów [1].

PIŚMIENNICTWO

- Ikkos G. Psychiatry, professionalism and society; a note on past and present. In: Bhugra D, Malik A, Ikkos G (eds). *Psychiatry's contract with society*. Oxford: Oxford University Press (in press).
- Nutt DJ, Sharep M. Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *J Psychopharmacol* 2008;22: 3-6.
- St. John-Smith P, McQueen D, Michael A et al. The trouble with NHS psychiatry in England. *Psychiatr Bull* 2009;33:219-25.
- Carey B, Harris G. Psychiatric group faces scrutiny over drug industry funding ties. *New York Times*, July 12, 2008.
- Clare A. *Psychiatry in dissent*. London: Routledge, 1980. Shah P, Mountain D. The medical model is dead – long live the medical model. *Br J Psychiatry* 2007;191:375-7.
- Kendler KS. Explanatory models for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 2008;165: 695-70.
- McQueen D, Ikkos G, St. John-Smith P et al. Psychiatry's contract with society: what do clinical psychiatrists expect? In: Bhugra D, Malik A, Ikkos G (eds). *Psychiatry's contract with society*. Oxford: Oxford University Press (in press).
- Scruton R. *Spinoza: a very short introduction*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- Searle JR. *Freedom and neurobiology: reflections on free will, language and political power*. New York: Columbia University, 2007.
- Bennett MR, Hacker PMS. *The philosophical foundations of neuroscience*. London: Blackwell, 2003.
- Brune M. *Textbook of evolutionary psychiatry: the origins of psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- Ottesen Kennair LE. Evolutionary psychology and psychopathology. *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:691-9.
- Ikkos G. Engaging patients/users as teachers of interview skills to new doctors in psychiatry. *Psychiatr Bull* 2003;27:312-315.
- Ikkos G. Mental health services users involvement: teaching doctors successfully. *Primary Care Mental Health* 2005;3: 139-144.
- Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
- Sugarman P, Ikkos G, Bailey S. Choice in mental health: participation and recovery. *The Psychiatrist* 2010;34:1-3.
- Cubbin S. Training and assessing independent nurse prescribers: a model for old age psychiatry. *Psychiatr Bull* 2009; 33:350-3.
- McQueen D, St. John-Smith P, Ikkos G et al. Psychiatric professionalism, multidisciplinary teams and clinical practice. *European Psychiatric Review* 2009;2:50-6.
- World Health Organization and World Organization of Family Doctors. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors, 2008.
- Patel V. The future of psychiatry in low and middle income countries. *Psychol Med* 2009;39:1759-62.
- Bhugra D. Psychiatric training in the UK: the next steps. *World Psychiatry* 2008;7:117-8.

Psychiatria jako specjalność medyczna: wyzwania i możliwości

Psychiatry as a medical specialty: challenges and opportunities

WOLFGANG GAEBEL, JÜRGEN ZIELASEK, HELEN-ROSE CLEVELAND

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Heinrich Heine University, Düsseldorf, Niemcy

Kwestia tożsamości psychiatrii jako zawodu lekarskiego była przedmiotem licznych dyskusji w pierwszym dziesięcioleciu nowego wieku. Postępy technologiczne w zakresie wykrywania sygnałów mózgowych przy użyciu magnetoencefalografii, obrazowania rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej i innych metod, a także postępy terapii psychiatrycznej również zwiększyły potrzebę zdefiniowania tej specjalności oraz jej specyficznych metod diagnostycznych i terapeutycznych.

Trzeba podkreślić, że psychiatria jest integralną częścią medycyny. Jak ujął to G. Gabbard w roku 1999, psychiatrzy

zajmują „unikatową niszę” wśród specjalności medycznych, w tym sensie, że są „*par excellence* integratorami tego, co biologiczne i tego, co psychospołeczne, zarówno w diagnozie, jak w leczeniu” [1]. Psychiatra jest zatem lekarzem o kwalifikacjach najlepiej umożliwiających rozwikłanie często złożonych zależności między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi w zaburzeniach zarówno somatycznych, jak i psychicznych. Chociaż z tej koncepcji roli psychiatrii jako „biopsychospołecznego omnibusu” wynika, że aby poradzić sobie z rosnącą złożonością diagnostyczną i terapeutyczną naszej dziedziny

wskazane są dalsze zróżnicowania i specjalizacje, to istotne znaczenie ma dalszy rozwój tożsamości zawodu i jego mocy integracyjnej.

W dyskusji toczącej się we współczesnej psychiatrii na temat tożsamości psychiatrii i psychiatrów niektóre tematy wysuwają się na pierwszy plan. W Europie przy coraz większej unifikacji politycznej, psychiatria staje się coraz bardziej „zeuropeizowana”. *Union of European Medical Specialists* w roku 2005 zdefiniował podstawowe kompetencje psychiatry [2] i obecnie oferuje certyfikację specjalistycznych programów szkolenia w psychiatrii. Krajowe towarzystwa psychiatryczne zaczynają przyjmować orientację bardziej międzynarodową, na przykład *German Association for Psychiatry and Psychotherapy* od czasu swego dorocznego kongresu w Berlinie w roku 2007 zorganizowało kilka spotkań i dyskusji przewodniczących innych europejskich towarzystw psychiatrycznych w ramach Forum Liderów Europejskich. W ciągu ostatnich dwóch lat *European Psychiatric Association* badało nowe możliwości, na przykład podjęto próbę uruchomienia międzynarodowego programu w celu opracowania wytycznych europejskich, które mają poprawić jakość opieki w dziedzinie zdrowia psychicznego oraz zminimalizować różnice w opiece zdrowotnej w Europie poprzez dostarczanie informacji i porad opartych na dowodach naukowych. Co więcej, opracowanie międzynarodowych wytycznych stanowi ważny aspekt poszukiwania wspólnej płaszczyzny w psychiatrii na poziomie europejskim, a nawet globalnym, czego przykładem jest współpraca w ramach ADAPTE [3], w celu opracowania i stosowania międzynarodowych wytycznych poprzez adaptację już istniejących.

WPA wspiera współpracę międzynarodową w zakresie badań naukowych i opieki zdrowotnej w dziedzinie zdrowia psychicznego. Niedawno rozpoczęły pracę dwa nowe międzynarodowe programy badawcze zainicjowane przez WPA w roku 2009, poświęcone ważnym zagadnieniom: jak zwiększyć liczbę młodych lekarzy w psychiatrii, oraz jak przezwyciężyć stygmatyzację psychiatrii i psychiatrów [4,5]. Nabór młodych lekarzy do pracy w psychiatrii i utrzymanie ich w tym sektorze ma zasadnicze znaczenie dla naszej specjalności. Krajowe towarzystwa psychiatryczne, takie, jak DGPPN, podjęły różne inicjatywy, m.in. finansowanie uczestnictwa studentów medycyny w corocznych kongresach, oraz program mentorski, w którym eksperci udzielają młodym kolegom porad i wprowadzają ich w psychiatrię.

Podczas gdy prowadzono obszerne badania nad postawami studentów medycyny wobec psychiatrii oraz nad piętnem i publicznym wizerunkiem chorych psychicznie, brak literatury na temat stygmatyzacji psychiatrów i psychiatrii jako specjalności medycznej. Kolejnym pomijanym aspektem jest autostygmatyzacja psychiatrów. Jak wspomina Katschnig, zagadnieniami tymi zajmuje się obecnie WPA.

Młodych lekarzy często przyciąga do psychiatrii to, że istotą tej specjalności jest praca integrująca „psychikę” i „mózg”. Badania naukowe w tej dziedzinie postępują w zdumiewającym tempie i obejmują nie tylko badania obrazowe, ale także konceptualizację zaburzeń psychicznych i opracowywanie integracyjnej teorii psychiatrii – co stano-

wi jedno z największych wyzwań naukowych przyszłości. W tym kontekście obecne dyskusje naukowe przy opracowywaniu DSM-V i ICD-11 odgrywają istotną rolę, ponieważ dotyczą centralnych aspektów psychiatrii jako specjalności medycznej. Do tych najważniejszych zagadnień koncepcyjnych należy kwestia dodania zespołów ryzyka; pytania, czy oprócz oceny kategorii uzasadniona jest ocena wymiarów; czy neurobiologiczne podstawy patofizjologii zaburzeń psychicznych są na tyle znane, by włączenie ich do kryteriów diagnostycznych było zasadne; czy nowe ogólne wiązki (clusters) objawów (takie, jak „psychoza”) mogą być przydatne, lub jak operacyjnie zdefiniować specyfikatory uszczegółowienia przebiegu choroby i wyniku leczenia. Biorąc pod uwagę globalizację badań naukowych w psychiatrii, m.in. coraz większą liczbę międzynarodowych projektów badawczych, harmonizacja kryteriów w tych dwóch systemach klasyfikacji byłaby bardzo pożądana.

Oprócz operacjonalizacji systemów klasyfikacji ważnymi tematami są badania naukowe w psychiatrii i konceptualizacja zaburzeń psychicznych. Psychopatologia należy do podstawowych kompetencji psychiatry i powinna znowu znaleźć się w centrum uwagi, jak słusznie zauważa N. Andreasen [6]. Pogląd ten potwierdzają najnowsze trendy w dziedzinie neuronauk, ponieważ coraz wyraźniej widać, że do realizacji swoich normalnych funkcji mózg używa różnych modułów funkcjonalnych i że nieprawidłowe działanie takich modułów można uważać za przyczynę zaburzeń psychicznych [7], jak twierdził już dawno nieżyjący Kraepelin [8].

Oprócz takich pytań, które prawdopodobnie będą nadal przedmiotem badań w kolejnych dziesięcioleciach, istnieje pilna potrzeba poprawy opieki zdrowotnej w dziedzinie zdrowia psychicznego w bliskiej przyszłości. Coraz ważniejsza staje się opieka zintegrowana. Potrzeba przekazywania kompetencji psychiatrycznych innym profesjonalistom nie-lekarzom nie może być równoznaczna z zastępowaniem psychiatrów w tych obszarach, tego bowiem należy unikać [9]. Oprócz badań nad układem nerwowym i farmakologicznym, również badania nad opieką zdrowotną w zaburzeniach psychicznych powinny być w większym stopniu finansowane przez odpowiednie instytucje. Co więcej, oparte na dowodach naukowych badania nad psychoterapią są dziedziną wyraźnie dotychczas zaniedbaną. Można zatem mieć nadzieję, że skoordynowany i zintegrowany postęp we wszystkich tych aspektach opieki w zakresie zdrowia psychicznego, wspomagany z kilku stron, powinien doprowadzić do zmniejszenia stygmatyzacji, do poprawy opieki zdrowotnej oraz lepszych wyników leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Krajowe i międzynarodowe towarzystwa psychiatryczne odgrywają główną rolę w tych dążeniach, ponieważ integracja badań naukowych oraz opieki nad ciałem i psychiką była podstawowym założeniem psychiatrii w minionym stuleciu.

Wydaje się, że w 21. wieku psychiatria jako integralna część medycyny jest na dobrej drodze do osiągnięcia takiej integracji i skutecznego zmierzenia się z wyzwaniami wewnętrznymi i zewnętrznymi. Psychiatrzy nie są w niebezpieczeństwie, jeśli aktywnie stawiają czoła owym wyzwaniom.

PIŚMIENNICTWO

- Gabbard G. The psychiatrist as psychotherapist. In: Weissman S, Sabshin M, Eist H (eds). Psychiatry in the new millennium. Washington: American Psychiatric Press, 1999:163-78.
- Union of European Medical Specialists. www.uempsychiatry.org.
- ADAPTE Collaboration. www.adapte.org.
- M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008; 7:129-30.
- Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009;8:65-6.
- Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. Schizophr Bull 2007;33:8-12.
- Zielasek J, Gaebel W. Modern modularity and the road towards a modular psychiatry. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008; 258 (Suppl. 5): 60-5.
- Gaebel W, Zielasek J. The DSM-V initiative "Deconstructing psychosis" in the context of Kraepelin's concept on nosology. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008; 258 (Suppl. 2): 41-7.
- Gaebel W. Psychiatry as a medical discipline. Die Psychiatrie 2004;1:9-24.

Psychiatrzy będą górą

Psychiatrists shall prevail

FELICE LIEH-MAK

University of Hong Kong, Chiny

H. Katschnig zasługuje na uznanie za przedstawienie bardzo gruntownej oceny wyzwań, przed jakimi stoi psychiatria. Moja odpowiedź na jego pytanie, czy psychiatrzy są gatunkiem zagrożonym, brzmi „zdecydowanie nie”. Taka odpowiedź nie jest jakąś fantazją Panglossa. Psychiatria od ponad 200 lat jest mocno zakorzeniona w medycynie jako jedna ze specjalności. W historii psychiatrii ciągle powtarzały się jeremiady wieszczące jej koniec. Parafrazując Marka Twaina można powiedzieć, że pogłoski o jej śmierci były mocno przesadzone.

Zapotrzebowanie na psychiatrów jest wielkie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ocenia, że w każdym momencie 450 milionów ludzi cierpi na jakąś postać zaburzeń psychicznych lub mózgowych [1]. Dwadzieścia do 30% pacjentów z chorobami somatycznymi cierpi na jakieś zaburzenie psychiczne, a czynniki psychologiczne powodują przedłużanie się chorób fizycznych.

Katschnig ujmuje te problemy w kategoriach wyzwań. Jest to podejście pozytywne, ponieważ wyzwania mobilizują do działania. Jako psychiatrzy musimy stanąć do walki z tym morzem problemów. Strategie są różnorodne, a większość wymaga długotrwałego, spójnego i skoordynowanego podejścia.

Spośród wymienionych przez Katschniga pięciu cech zawodu tylko trzy można uznać za podstawowe: posiadanie specjalistycznego zasobu umiejętności i wiedzy, zobowiązanie do zapewnienia wysokiej jakości świadczeń oraz etyczne postępowanie. Autonomia w określaniu standardów przyjmowania lub wykluczania członków oraz uzyskanie wysokiego statusu społecznego to pochodne poprzednich trzech cech.

Skandale polityczne, degradacja środowiska w imię postępu, widoczne niepowodzenie globalizacji handlu, która nie pomogła pokrzywdzonym przez los, a także kryzys ekonomiczny, budzący wątpliwości, czy rządzący potrafią zarządzać gospodarką – wszystko to razem podsyca nastroje populistyczne w Ameryce Południowej, Europie i Ameryce

Północnej. Populizm ze swej natury jest anty-elitarny. W tym kontekście profesjonalści spostrzegani są jako elity o specjalnym statusie i władzy, które pozbawiają suwerenny lud jego praw, tożsamości i głosu. Z profesjonalistów zatem łatwo zrobić kozły ofiarne z lokalnych względów osobistych.

Czasopisma medyczne dają pierwszeństwo publikacji wynikom pozytywnym. Media wolą rozpowszechniać złe wiadomości. Jak by nie było, złe wiadomości budzą większe zainteresowanie. Przy obecnym *Zeitgeist* nic dziwnego, że wszystkie grupy profesjonalistów, z psychiatrami włącznie, są atakowane. Czasy są trudne i niektórzy profesjonalści mogą próbować kompromisu, rozluźniając swoje standardy etyczne czy wyrzekając się specjalistycznego zasobu wiedzy. Takie podejście jest nie tylko krótkowzroczne, ale także przynosi skutki przeciwne do zamierzonych. Psychiatrzy powinni się tego wystrzegać, bo inaczej bezpowrotnie utracimy swój status zawodowy. W obecnych czasach trzeba utrzymywać na stałym poziomie podstawowe właściwości naszego zawodu, ponieważ populizm to burza polityczna, która przemienie. W międzyczasie musimy żyć, walcząc o kolejny dzień.

Większości psychiatrycznych kategorii diagnostycznych nie poddano walidacji za pomocą obiektywnych testów. Stanowi to poważne ograniczenie, ale nie powinno nas powstrzymywać od korzystania z informacji fenomenologicznych w sposób możliwie najbardziej rygorystyczny. Mówienie, że DSM i ICD to ogólnie ustalone systemy jest niesprawiedliwe i nazbyt uproszczone. Kategorie w obu tych systemach są wynikiem kilkudziesięciu lat starannych obserwacji oraz dokumentacji zebranej przez klinicystów. Te z kolei były przedmiotem prac badawczych w terenie oraz dalszych badań naukowych i zostały odpowiednio udoskonalone. Zaburzenia uwzględnione w DSM i ICD nie są dogmatyczne. Podlegają popperowskiej próbie falsyfikacji.

Liczba naukowców zaangażowanych w badania z dziedziny genetyki, neuronauk i psychofarmakologii jest imponująca. Widzimy początki odkrywania neurobiologicznego i genetycznego podłoża niektórych zaburzeń psychicznych. Coraz więcej wiadomo o mechanizmach, za pomocą których czynniki psychologiczne i społeczne wchodzi w interakcję z genetycznymi, biochemicznymi i strukturalnymi. Choć trudno przewidzieć charakter następnej zmiany paradygmatu, nieprawdopodobne, aby prowadziła do końca psychiatrii. Odkrycie *Helicobacter pylori* nie doprowadziło do upadku chirurgów specjalizujących się w gastroenterologii. Wynalezienie endoskopu spowodowało, że interniści i chirurdzy rozwinęli nowe umiejętności fachowe. Zakresy działania różnych specjalności medycznych zawsze się częściowo pokrywają, jeśli chodzi o rodzaj leczonych pacjentów. Zmiana paradygmatu w dziedzinie zaburzeń psychicznych nie musi być dla psychiatrów i neurologów grą o sumie zerowej. Pracy wystarczy dla wszystkich.

Nie brakuje krytyków współczesnej medycyny. Znakomity społeczny filozof medycyny, T. McKeown [2] stwierdził, że interwencje medyczne mają niewielki wpływ na wskaźniki umieralności i znikome konsekwencje dla chorobowości. Polemista społeczny, I. Illich [3], powiedział, że „establishment medyczny stał się dużym zagrożeniem dla zdrowia. Obezwładniający wpływ kontroli zawodowej w medycynie osiągnął rozmiary epidemii”. Badania nad mechanizmem ataków serca wskazują, że coraz popularniejsze inwazyjne metody leczenia, takie jak pomostowanie [by-passy],

angioplastyka i wszczepianie stentów mogą być nie tylko bezużyteczne, ale także niebezpieczne.

Nic zatem dziwnego, że powstały wątpliwości co do skuteczności leków psychotropowych. Wskutek krytycznych wypowiedzi na ten temat psychiatrzy nie powinni z bezradności zastygać w bezruchu. Rzeczywistość jest taka, że leki psychotropowe pomogły poprawić życie wielu pacjentów psychiatrycznych. Badania nad nowymi interwencjami farmakologicznymi będą kontynuowane. Klinicyści powinni nadal postępować zgodnie z regułami dobrej praktyki w psychofarmakologii, ustalając właściwą diagnozę, identyfikując reagujące na lek objawy docelowe, monitorując skuteczność leczenia, oraz unikając polipragmazji [leczenia zbyt wieloma lekami jednocześnie].

Zakończę swój komentarz parafrazując W. Faulknera: my, psychiatrzy, nie tylko przetrwamy, ale będziemy górą, ponieważ duchowo jesteśmy zdolni do współczucia, poświęcenia i wytrwałości.

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization. The world health report. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. McKeown T. The role of medicine: dream, mirage, or nemesis? Princeton: Princeton University Press, 1979.
3. Illich I. Medical nemesis: the expropriation of health. London: Boyars, 1975.

Psychiatria i psychiatrzy mają wspaniałą przyszłość

Psychiatry and the psychiatrist have a great future

DAVID M. NDETEI

University of Nairobi oraz Africa Mental Health Foundation, Nairobi, Kenia

Podobnie jak Szasz [1], Katschnig twierdzi, że psychiatria jest w niebezpieczeństwie – dlatego, że albo po bliższym przyjrzeniu okaże się, że nie spełnia kryteriów specjalności medycznej, albo zostanie ukradziona przez profesjonalistów nie-lekarzy. Uważam, że: a] psychiatria przechodzi przez to, przez co inne dyscypliny już przeszły dawno temu i co je bardzo wzmocniło, b] psychiatrii i psychiatrom nic nie zagraża, oraz c] stawienie czoła stygmatyzacji zależy od psychiatrii.

Mimo pozornego paralelizmu DSM i ICD, kolejne wersje tych dwóch klasyfikacji są coraz bardziej, chociaż niezupełnie, zbieżne. Wykazano, że spełniają one swój cel, dając szczegółowy opis zaburzeń, na podstawie którego ustala się i wykonuje odpowiednie interwencje.

Wiele przykładów historycznych świadczy o tym, że nie powinniśmy pogardzać niewielką wiedzą, jaką mamy w danym momencie. Podstawowe klasyfikacje botaniczne z 17. i 18. wieku przez lata ewoluowały, zanim stały się skomplikowanymi systemami dzisiejszych czasów. To, co Hipokrates powiedział o padaczkę ponad 2.000 lat temu po-

świadczono dopiero niedawno, to samo odnosi się do choroby Alzheimera i wielu innych chorób fizycznych, dzięki nieustannym postępom technologicznym.

Nie zawsze jesteśmy w stanie różnicować między rzeczywistymi zaburzeniami psychicznymi a homeostatycznymi reakcjami na niekorzystne zdarzenia życiowe. Jest to teraz problem pilniejszy niż kiedykolwiek wcześniej, ale dotyczy chorób zarówno psychicznych, jak somatycznych, np. chorób sercowo-naczyniowych, immunologicznych, cukrzycy, itp., w odpowiedzi na stres.

Socjologiczne paradygmaty autonomii zawodowej [2] nie mogą w pełni odnosić się do żadnej poszczególnej dyscypliny medycznej ze względu na nieograniczoną dostępność i dostęp do informacji, prawo do informacji i domaganie się pacjentów i ich rodzin, żeby wiedzieć, coraz częstsze przekazywanie nie-lekarzom zadań tradycyjnie podejmowanych przez lekarzy [3], i coraz większy wybór w zakresie medycyny alternatywnej praktykowanej przez nie-lekarzy.

Psychoanaliza, jaką uprawiali Z. Freud i jego współcześni, niezmodyfikowana terapia elektrowstrząsowa, rutynowa angiografia tętnicy szyjnej w przypadkach udaru itp. – wszystko to zostało zastąpione przez stosowane dzisiaj podejścia, w większym stopniu oparte na dowodach naukowych. Podejścia te z kolei mogą być przestarzałe w nieodległej przyszłości. Wszystko to świadczy o rosnącym zaufaniu do dynamicznego zasobu wiedzy, będącej podstawą interwencji terapeutycznych. Jeśli chodzi o kwestie etyczne, psychiatria nie poddała się konfliktowi interesów bardziej niż inne dyscypliny medyczne, zwłaszcza w związku z przemysłem farmaceutycznym.

Definicja zdrowia przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia [WHO] daje spójną, wielodyscyplinarną podstawę teoretyczną wszystkim gałęziom medycyny. Rozwój podspecjalności w psychiatrii jest odzwierciedleniem tego samego rozwoju we wszystkich dyscyplinach medycznych, w następstwie powiększania się podstawowego zasobu wiedzy. Zarówno w psychiatrii, jak w medycynie fizykalnej pojawiły się nowe terminy. „Ocalały użytkownik” to nazwa wprowadzona przez grupy nacisku przeciwne psychiatrii. „Klient” ma pozytywną konotację sugerującą, że pacjent odgrywa pewną rolę w procesie zdrowienia. Używany we wszystkich dyscyplinach medycznych termin „konsument” jest właściwy o tyle, że podkreśla, iż wszelkie świadczenia medyczne powinny być udzielane w najlepszym interesie pacjenta.

Nie będąc w stanie zaspokoić wszystkich wymagań wszystkie dyscypliny medyczne, nie rezygnując ze starań o powiększenie swoich zasobów ludzkich, poszukiwały pomocy nie-lekarzy, profesjonalistów z pokrewnych dziedzin, czyli np. psychologów klinicznych w psychiatrii, oraz fizjoterapeutów, techników EEG i laborantów w medycynie fizykalnej. To prawda, że psychiatria jest jedną z dyscyplin w największym stopniu korzystających z takiej pomocy, lecz WPA podejmuje działania w tej sprawie. Bardziej w psychiatrii, ale także w niektórych innych dyscyplinach, stygmatyzacja stanowi przeszkodę, z którą trzeba się zmierzyć, tak samo, jak było w przypadku HIV/AIDS. W staraniach tych na pierwszej linii znajduje się WPA [4,5]. Takie wyzwania dają sposobność do rozwoju.

O przyszłości psychiatrii nie mogę powiedzieć nic więcej, niż zrobił to Kraepelin niemal 100 lat temu: „Charakter większości zaburzeń psychicznych jest teraz nieznany. Ale nikt nie zaprzeczy, że dalsze badania naukowe odkryją nowe fakty w tak młodej nauce, jak nasza; pod tym względem lekcją pogładową są choroby spowodowane przez syfilis. Logiczne będzie założenie, że uda się nam odkryć przyczyny wielu innych typów obłądki, którym będzie można zapobiec – a może nawet je wyleczyć – chociaż na razie nie mamy o tym najmniejszego pojęcia” [6]. Sto lat później wiemy nieporównanie więcej i niemal codziennie pojawiają się nowe odkrycia.

Zaburzenia psychiczne, a zwłaszcza depresja, szybko stają się jedną z głównych przyczyn obciążenia chorobą, wyprzedzając choroby zakaźne, metaboliczne, nowotworowe i sercowo-naczyniowe [7]. Zasób wiedzy powiększył się dzięki przebiegającemu w postępie geometrycznym rozwojowi technologii [dopasowywanie genotypu/fenotypu, metody obrazowania, itd.] oraz połączonym wysiłkom interdyscyplinarnym.

Psychiatria ma przyszłość. A psychiatrzy mają w tej przyszłości zapewnione miejsce.

PIŚMIENNICTWO

1. Szasz TS. Schizophrenia, the sacred symbol of psychiatry. *Br J Psychiatry* 1976;129:308-16.
1. Torres D. What, if anything is professionalism. *Institutions and the problem of change. Research in the Sociology of Organizations* 1991;8:43-68.
2. World Health Organization. *Task shifting: global recommendations and guidelines*. Geneva: World Health Organization, 2007.
3. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008; 7:129-30.
4. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
5. Kraepelin E. *One hundred years of psychiatry*. New York: Philosophical Library, 1917/1962.
6. World Health Organization. *Investing in mental health*. Geneva: World Health Organization, 2003.

Czy psychiatrzy są gatunkiem zagrożonym?²

Are psychiatrists an endangered species?

MARIO MAJ

Przewodniczący World Psychiatric Association

Niewykluczone, że psychiatrzy stają się gatunkiem zagrożonym, jak twierdzi H. Katschnig w artykule otwierającym Forum w tym numerze czasopisma [1]. Trzeba nam uchwycić istotę tego problemu i przekształcić możliwe zagrożenia w okazję do rozwoju.

W psychiatrii rzeczywiście istnieją różne orientacje teoretyczne, lecz należy na to patrzeć jako na nieuniknione odzwierciedlenie bio-psycho-społecznej złożoności zaburzeń psychicznych, wymagającej również złożonego podejścia bio-psycho-społecznego. Inne, pokrewne zawody mogą

² Przedruk z *World Psychiatry*; 2010; 9 (1): 1-2. Artykuł redakcyjny redaktora naczelnego czasopisma Prof. M. Maja nawiązujący do dyskusji nad artykułem Prof. H. Katschniga. Dołączony do komentarzy w wydaniu polskim.

mieć bardziej klarowną tożsamość i mogą się wydawać mniej podzielone niż my, lecz jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest większa jednostronność ich wizji i podejścia – wobec czego w niewystarczającym stopniu uwzględniają bio-psycho-społeczną złożoność zaburzeń psychicznych. Istnienie komponentu biologicznego, psychologicznego i społecznego w naszej dyscyplinie nie jest słabością, lecz dowodem jej szczególnie integracyjnego charakteru – i tak też powinno być postrzegane, przedstawiane i promowane. Zamiast ze sobą walczyć i wzajemnie się oczerniać, zwolennicy różnych podejść powinni dążyć do synergii i twórczej wymiany myśli. Dialektyka jest mile widziana, lecz powinno się aktywnie zniechęcać do destruktywnego fanatyzmu (zamiast mu przyklaskiwać, jak to niestety często bywa).

Rzeczywiście, w psychiatrii ciągle toczy się dyskusja o tym, co stanowi zaburzenie, o relacji między chorobą a zaburzeniem funkcjonalnym, o roli wartości przeciwstawianych dowodom naukowym w procesie diagnostycznym [2-6]. Nie jestem jednak przekonany, że ta dyskusja jest jedynie oznaką słabości podstaw teoretycznych naszej dyscypliny. Gdybym był internistą, śledziłbym tę debatę z zainteresowaniem. Psychiatria może po prostu wyprzedzać dyskusję, która w przyszłości ogarnie całą medycynę.

To prawda, że kryteria diagnostyczne dla zaburzeń psychicznych zmieniają się od czasu do czasu i że mamy dwa konkurencyjne systemy diagnostyczne. Ale czy to naprawdę narusza podstawy naszej praktyki klinicznej? Nie sądzę. Nie wierzę, by klinicyści w dzisiejszych czasach nie mieli jasności co do tego, czym jest schizofrenia czy depresja, albo żeby niecierpliwie wyczekiwali na ukazanie się nowej wersji obu systemów diagnostycznych, by się dowiedzieć, na czym te zaburzenia polegają. Główne pojęcia diagnostyczne w psychiatrii od kilkudziesięciu lat wykazują niezwykłą stałość: zważywszy, że są to tylko „arbitralne konwencje”, spisują się doskonale [a ich zdefiniowanie przyniosło dobroczynne skutki wielu tysiącom pacjentów]. Nie oznacza to oczywiście, że tych pojęć nie należy udoskonalać, zaś wielu klinicystów w przyszłości niewątpliwie z radością powita możliwość bardziej klarownego i spersonalizowanego formułowania rozpoznań [7-9] i z przyjemnością zobaczy ów „renesans psychopatologii”, o którym się ciągle ostatnio mówi [10, 11].

Istotnie, trwa obecnie dyskusja na temat skuteczności leków przeciwpsychotycznych i przeciwdepresyjnych [12]. Bardzo niedobrze się składa, że na tę debatę tak wielki wpływ mają finansowe i nie-finansowe konflikty interesów (z jednej strony, wpływają na nią finansowe powiązania niektórych badaczy z firmami farmaceutycznymi, a drugiej – uprzedzenia ideologiczne, niekiedy graniczące z fanatyzmem, kilku osób reprezentujących psychiatrię, a także spoza naszego zawodu). Jednak głupotą byłoby potraktowanie serio nawet przez chwilę pomysłu, że leki przeciwpsychotyczne i przeciwdepresyjne nie działają, że stanowią jedynie placebo. Empiryczne podstawy ich stosowania są bardzo solidne, zaś ich podawanie wytrzymało próbę czasu w otoczeniu zdecydowane nieprzychylnym. Zmieniły i będą zmieniać na lepsze życie wielu tysięcy ludzi. Oczywiście, jeśli będą stosowane właściwie, czyli tak, jak potrafią to robić dobrze wyszkoleni specjaliści w dziedzinie psychiatrii.

Musimy jednak stworzyć mechanizm, który w przypadku każdego nowo wprowadzanego specyfiku przeciwpsychotycznego lub przeciwdepresyjnego zapewniaby przeprowadzenie co najmniej jednej próby lekowej przez placówkę niezależną od firmy produkującej dany lek.

Tak, my – psychiatrzy jesteśmy stygmatyzowani, głównie ze względu na wizerunek naszego zawodu w przeszłości. Tym, co musimy zrobić, jest wypracowanie i wypromowanie nowego, udoskonalonego wizerunku. Wielu z nas kompetentnie leczy szerokie spektrum zaburzeń psychicznych bardzo często występujących w populacji. Prowadzimy poradnictwo w więzieniach, w miejscach pracy, w szkołach. Jesteśmy proszeni przez kolegów z innych dyscyplin medycznych o poradę w przypadku problemów emocjonalnych ich pacjentów. Stale współpracujemy z organizacjami pacjentów i ich rodzin oraz opiekunów. Ta nowa rzeczywistość naszego zawodu nie jest dobrze znana i prawdopodobnie nie jest dostatecznie rozwinięta w kilku regionach świata. Musimy ów nowy wizerunek rozwijać i upubliczniać. Równocześnie musimy dopilnować, aby praktyka psychiatryczna na całym świecie przystawała do tego nowego wizerunku [13-16].

Podoba mi się artykuł H. Katschniga, lecz nie podzielam pesymizmu autora. Jeśli psychiatria znajduje się w kryzysie, to moim zdaniem jest to kryzys rozwojowy. Przyszłość jest w naszych rękach, bardziej zależy od nas niż od naszych klientów czy od polityków. Przestańmy się obwiniać i walczyć ze sobą, zacznijmy razem pracować nad poprawą rzeczywistości i wizerunku naszego zawodu.

PIŚMIENNICTWO

1. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-28.
2. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2007; 6:149-56.
3. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry* 2009;8:67-74.
4. Üstün B, Kennedy C. What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009;8:82-5.
5. Fulford KWM, Broome M, Stanghellini G et al. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? *World Psychiatry* 2005;4:78-86.
6. Alarcón RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009;8:131-9.
7. Krueger RF, Bezdijan S. Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM-V and ICD-10. *World Psychiatry* 2009;8:3-6.
8. Keefe RSE. Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? *World Psychiatry* 2008; 7:22-8.
9. Mellsop G, Kumar S. An axis for risk management in classificatory systems as a contribution to efficient clinical practice. *World Psychiatry* 2008;7:182-4.
10. Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172:458-60.

11. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin* 2007; 33:8-12.
12. Fleischhacker WW, Goodwin GM. Effectiveness as an outcome measure for treatment trials in psychiatry. *World Psychiatry* 2009; 8:23-7.
13. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008; 7:129-30.
14. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009; 8:65-6.
15. Thornicroft G, Tansella M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry* 2008; 7:87-92.
16. Bhugra D, Sivakumar K, Holsgrove G et al. What makes a good psychiatrist? A survey of clinical tutors responsible for psychiatric training in the UK and Eire. *World Psychiatry* 2009;8:119-20.

Czy psychiatrzy są odrębnym, zagrożonym wyginieciem gatunkiem?²

Are psychiatrists a distinct, endangered species?

JACEK BOMBA

Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, 31 501 Kraków, ul. Kopernika 21 a; jacek.bomba@uj.edu.pl

Pytanie, jakie postawił w swoim artykule w *World Psychiatry* profesor Katschnig [1] dotyczy przyszłości psychiatrii. Poszukując odpowiedzi wyszedł z niekwestionowanego założenia, że psychiatrzy są lekarzami, a psychiatria jest dyscypliną medyczną.

W świecie, w jakim żyjemy, tendencja do rezerwowania różnych obszarów aktywności dla ściśle określonych grup specjalistów ściiera się z przeciwną, promującą rozległe wykształcenie umożliwiające kompetentne podejmowanie rozmaitych prac wymagających otwartości myślenia, twórczego rozwiązywania problemów, elastyczności, sprawności uczenia się nowej wiedzy. Do pewnego stopnia przypomina to zróżnicowanie między rzemieślnikami i artystami w początkach odrodzenia. Na przykład projektant i budowniczy kopuły Santa Maria dei Fiori, Brunelleschi, był co prawda jubilerem, nie architektem ani budowniczym, ale jego wykształcenie najwyraźniej przekraczało kompetencje wymagane przez cech jubilerów.

Psychiatria XX wieku, także i ta psychiatria jaką stworzył profesor Katschnig [np. 2, 3] opierała się w ogromnej mierze na pracy wielozawodowych zespołów złożonych z lekarzy, pielęgniarzy, psychologów, pracowników społecznych, terapeutów zajęciowych, artystów współpracujących z pacjentami nad wspólnymi projektami artystycznymi, nieprofesjonalistów w formie wolontariatów oddających swój czas i umiejętności opiece nad osobami cierpiącymi z powodu zaburzeń psychicznych. Zresztą, i w tym tekście, chociaż z goryczą pisze i też o dodatkowych, społecznych przyczynach cierpienia osób chorujących psychicznie.

Czy profesor Katschnig wraca do redukcjonistycznej koncepcji tożsamości lekarza i lekarza-psychiatry? Używam pojęcia „redukcjonistyczny”, bo sam nie zgadzam się na postrzeganie medycyny jako dyscypliny opartej na mechanistycznym rozumieniu biologii i mechanistycznym ujmowaniu zaburzeń zdrowia. Celowo także posługuję się pojęciem „zaburzenie zdrowia”, które w obowiązują-

cych klasyfikacjach zastępuje pojęcie „choroba”. Chociaż, a może właśnie dlatego, że najwyraźniej nie spełnia oczekiwań, jakie z tym nowym pojęciem wiązałem. Nie otworzyło lekarzom nowej perspektywy i nie pomogło w zmianie starych stereotypów poznawczych wywodzących się z założeń, które straciły z czasem na aktualności. Michael First, jeden z autorów DSM-IV przestrzegał, że „Główną wadą klasyfikacji opartej na zespołach objawów jest tendencja do kostnienia tych zespołów tak, jakby rzeczywiście reprezentowały one jednostki chorobowe. Dlatego ważne jest, by użytkownik klasyfikacji DSM był świadom, że grupowanie objawów w zespoły oddaje tylko aktualny stan wiedzy w momencie, w którym przygotowywana jest dana wersja klasyfikacji”. [4]

Całkowicie podzielam zastrzeżenia Profesora Kaschniga do sformalizowania zasad postępowania w algorytmy standardów, do bezkrytycznej wiary w medycynę opartą na dowodach, zresztą z tych samych, co on powodów. Sekcja Psychiatrii Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów opracowała w 2005 r. Profil psychiatrii [5] zawierający podstawowe kompetencje i zadania współczesnego psychiatry. Dokument, który zresztą powinien być w tym roku uaktualniony, stwierdza, że „Naukową podstawą psychiatrii jest integracja aspektów biologicznych, psychologicznych i społecznych, zgodnie z rozwojem nauki oraz najnowszymi wynikami badań dokumentujących wpływ interwencji psychologicznych i społecznych na neurobiologię, i vice versa. Medycyna psychiatryczna w Europie jest zakorzeniona w naukowej, intelektualnej i humanistycznej tradycji kontynentu. U jej podstaw leży szacunek dla praw człowieka oraz pluralizmu religijnego i filozoficznego, a także krytyczna myśl naukowa i analiza empiryczna.” Zestawiając kompetencje lekarza psychiatry w dokumencie stwierdzono, że „Psychiatrzy zajmują się zapobieganiem, rozpoznawaniem, leczeniem i rehabilitacją pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. W celu realizacji tych zadań dysponują

² Komentarz dołączony w wydaniu polskim.

określonym zasobem wiedzy medycznej, zwłaszcza psychopatologicznej, i zestawem umiejętności postępowania wykorzystywanym do zbierania i interpretowania danych, podejmowania stosownych decyzji i prowadzenia właściwych procedur diagnostycznych i leczniczych, w których posługują się kombinacją metod biologicznych, psychologicznych i socjologicznych”. Znajomość psychopatologii i umiejętność posługiwania się tą wiedzą mają zatem miejsce znaczące dla wykonywania zawodu lekarza psychiatry. Wśród ważnych kompetencji wskazuje się w tym dokumencie także umiejętność pracy zespołowej.

Trzeba jednak zastanowić się, czy stanowisko Sekcji Psychiatrii UEMS ma spodziewanie następstwa w sposobach kształcenia i uprawiania psychiatrii w Europie. Otóż obawiam się, że są mniejsze od oczekiwanych, jeśli w ogóle można je dostrzec. Profesor Katschnig powołuje dane, według których zainteresowanie szkoleniem podyplomowym w psychiatrii wśród absolwentów szkół medycznych staje się w Europie coraz mniejsze. W Polsce nie obserwujemy takiej tendencji. Nie wydaje się, żeby działo się tak z powodu atrakcyjności programu szkolenia i jego realizacji. Szkolący się w psychiatrii mają ograniczony i trudny dostęp do wielu zakresów wiedzy przekazywanej w formie obowiązkowych kursów. Ta forma szkolenia teoretycznego powiela metody nauczania, wypracowane przed dziesiątkami lat przez CMKP na użytek szkolenia dwustopniowego. Nie chcę przez to powiedzieć, że nauczyciele przekazują ciągle ten sam zakres wiedzy. Wręcz przeciwnie, jest ona stale aktualizowana. Specjalizujący się dysponują nowoczesnym podręcznikiem, którego poprawione wydanie właśnie się ukazuje [6, 7]. Sytuacja realizowania w programie wymogów Sekcji Psychiatrii UEMS jest zbliżona we wszystkich krajach europejskich jeśli idzie o kształcenie w psychoterapii. W większości z nich lekarze chcący opanować wiedzę i umiejętności z psychoterapii muszą osiągać swój cel w programach szkoleniowych poza kształceniem w psychiatrii klinicznej i ponoszą z tego powodu dodatkowe koszty. Trzeba zauważyć, że wielu to robi. Polska sytuacja tym różni się od tej w innych krajach europejskich, że szkolenie takie nie jest uznawane przez CMKP za szkolenie programowe i ci szkolący się w psychiatrii, którzy uzyskali certyfikaty psychoterapeutów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego muszą i tak odbyć szkolenie kursowe w wymaganych programem podstawach psychoterapii.

Może zatem profesor Katschnig ubolewa nad dokonującym się w psychiatrii redukcjonizmem do wąsko i niehumanistycznie rozumianej medycyny?

Zwrócił moją uwagę jeszcze jeden niepokój wyrażony przez profesora Katschniga. Przewiduje on mianowicie, że w niedalekiej przyszłości psychiatrom pozostanie zajmowanie się jedynie najtrudniejszymi i najniewdzięczniejszymi do leczenia pacjentami, na obrzeżach prosperującej i rozwijającej się medycyny. Przyczyn takiego obrotu rzeczy upatruje w pojawianiu się nowych, odrębnych zawodów, których przedstawiciele przejmą leczenie ciekawszych, łatwiejszych i wdzięczniejszych. Być może wiąże

się to z swoiście austriacką sytuacją ustawowego określenia statusu zawodu psychoterapeuty, łącznie z odrębnym od medycyny trybem szkolenia uniwersyteckiego psychoterapeutów. W Polsce nie udało się doprowadzić do ustawowej regulacji zawodowego stosowania psychoterapii. Mamy sytuację dziwną, której rozwiązania nie widać. Ustawa, według której psychoterapię mogą stosować jedynie psychologowie, nie znalazła zastosowania w praktyce. Program szkolenia podyplomowego w psychiatrii zawiera jedynie podstawy psychoterapii. Szkolenie w różnych metodach psychoterapii prowadzą liczne ośrodki i stowarzyszenia, ale jedynie potwierdzenie umiejętności wydawane przez dwa z nich – Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i Polskie Towarzystwo Psychologiczne – są honorowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Oczywiście ku wielkiemu niezadowoleniu innych stowarzyszeń i innych terapeutów. Jest jednak wiele przykładów sensownej współpracy psychiatrów i innych „profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym”. Niemniej jednak sądzę, że profesor Katschnig trafnie przewiduje, że psychiatria kliniczna, zwłaszcza ta oparta o hospitalizację stacjonarną będzie w przyszłości zajmować się przede wszystkim osobami cierpiącymi na najtrudniejsze i najbardziej odporne na leczenia formy zaburzeń psychicznych. Moje doświadczenie zawodowe pozwala mi na sformułowanie innej hipotezy o przyczynach. Widzę go nie w przegranej psychiatrów w walce rynkowej o klienta, lecz w rozwoju samej psychiatrii. Wczesne interwencje, wczesna opieka nad rodziną, wczesna psychoterapia dzieci i dorastających mogą spowodować, że leczenie szpitalne będzie rzeczywiście stosowane jako *ultimum refugium*.

PIŚMIENNICTWO

1. Katschnig H: Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *Word Psychiatry* 2010, 0: 21-28
2. Grausgruber A, Meise U, Katschnig H, Schesny W, Fleischhacker WW: Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115: 310-319
3. Sibitz I, Amering M, Gössler R, Unger A, Katschnig H: Patients' perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia. A qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2007) 42:909-915
4. First MB, Tendencje w klasyfikacji psychiatrycznej: od DSM-III-R do DSM-IV. W: J Bomba, B de Barbaro (red), *Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych*. CM J, Kralów 1995, 86-93.
5. Raport Sekcji Psychiatrii UEMS, Profil psychiatrii, *Psychiatria Polska* 2007, 41, 6, 863-869
6. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J: *Psychiatria*, Urban & Partner, Wrocław 2002 – 2003
7. Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J, *Psychiatria*. Podstawy Psychiatrii. Tom 1, wydanie 2. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010.