



Komitet Nauk Neurologicznych Polskiej Akademii Nauk
Komisja Zdrowia Psychicznego
6. Seminarium Psychiatryczne¹ – Poznań, 24 czerwca 2010 r.

Kluczowe pytanie współczesnej psychiatrii

Committee on Neurological Sciences, Polish Academy of Sciences
Commission on Mental Health Commission on Mental Health
6th Psychiatric Seminar – Poznań, June 24th, 2010

Key Issues of Contemporary Psychiatry

W czasie 43. Zjazdu Psychiatryków Polskich w Poznaniu, 24 czerwca 2010 r. odbyło się kolejne Seminarium Komisji Zdrowia Psychicznego PAN. Jego celem były przedstawienie i dyskusja kluczowych pytań, jakie stawiają przed współczesną psychiatrią jej osiągnięcia i niepowodzenia. Seminarium miało charakter dyskusji panelowej otwartej dla uczestników Zjazdu, zapoczątkowanej krótkimi prezentacjami stanowisk wybitnych przedstawicieli różnych zainteresowań w obrębie psychiatrii. Poniższe teksty są pokłosiem tego spotkania i rozmowy, którą wywołały. Oczywiście, dyskusja na ten temat może i powinna trwać nadal. Przed psychiatrią, wydaje się, stoi obecnie trudne zadanie przemyślenia i dokonania dwustronnej translacji doświadczeń i wiedzy nagromadzonej w ostatnich dekadach, naznaczonych szybkim przybojem informacji, sprawdzaniem wielu wyrafinowanych narzędzi, metod

i technologii, oraz nowych pojęć, ujęć i systemów taksonomicznych. Translacji dwukierunkowej – z języka badań na język praktyki, ale i odwrotnie. Czy zadanie to sygnalizuje nadchodzenie w psychiatrii czegoś na kształt zmiany paradygmatycznej (rewolucji naukowej w ujęciu T. Kuhna), czy jednak nie? Czy w ogóle jest w tej dziedzinie wiedzy jakaś konstrukcja o cechach swobodnego paradygmatu naukowego, czy może psychiatria jest wciąż wiedzą przedparadygmatyczną, korzystającą jak kukułka z obcych gniazd, by przedłużyć swój gatunek bez budowania własnego? Łamy PPIŃ są otwarte dla takiej, nawet najbardziej kontrowersyjnej, ale rzeczowej dyskusji. Zapraszam – *dubito ergo sum!*

Prof. Jacek Wciórka
Przewodniczący Komisji
Redaktor PPIŃ

Integracja psychologicznych i biologicznych metod terapeutycznych w psychiatrii?

Integration of psychological and biological therapeutic methods in psychiatry?

JANUSZ RYBAKOWSKI

Katedra Psychiatrii, Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny, Poznań

Jedno z kluczowych pytań współczesnej psychiatrii dotyczy możliwości optymalnej integracji metod psychologicznych i biologicznych dla leczenia zaburzeń psychicznych. Pytanie to nawiązuje do dychotomicznego (psychologiczno-biologicznego) pojmowania patogenezy i terapii zaburzeń psychicznych, które negatywnie wpływało na teorię i praktykę leczenia tych zaburzeń w II połowie XX wieku. Na przełomie wieku XX i XXI zgromadzono coraz więcej danych wskazujących na możliwość określenia procesów

psychologicznych za pomocą terminologii biologicznej i *vice versa*. Stało się tak w stuletnią rocznicę opracowania przez Zygmunta Freuda manuskryptu *Einwurf einer Psychologie* [1] i zbiegło się z opublikowaniem w *American Journal of Psychiatry* manifestu Erica Kandela, poprzedzającego o dwa lata przyznanie temu uczonemu Nagrody Nobla.

Manuskrypt Freuda z 1895 roku, który został opublikowany dopiero po śmierci autora, jest obecnie uważany jako nowatorska na ów czas propozycja dotycząca „naukowej”

¹ Publikację dofinansował Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego za pośrednictwem Komitetu Nauk Neurologicznych Wydziału Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk,

psychologii, a więc przedstawienia procesów psychicznych za pomocą układów neuronalnych w mózgu. Freud był niewątpliwie pod wrażeniem neuronalnej koncepcji czynności ośrodkowego układu nerwowego, którą przedstawił kilka lat wcześniej niemiecki uczonec Heinrich von Waldeyer-Hartz [2]. W projekcie Freuda przedstawiono 3 poziomy integracji procesów psychicznych. Układ *phi* miał reprezentować podstawową percepcję biologiczno-zmysłową, która później została określona przez Freuda jako *id*. Układ *psi* dotyczył ogółu percepcji psychicznej danej osoby, czemu odpowiadać by mogło wprowadzone potem przez Freuda pojęcie *ego*. Natomiast układ *omega* miał odzwierciedlać świadomość, nazwaną później *superego*. Każdemu z tych poziomów miały odpowiadać odpowiednie układy neuronalne w mózgu. Ponieważ poziom wiedzy o mózgu w końcu XIX wieku praktycznie uniemożliwiał eksperymentalną weryfikację tej koncepcji, w dalszym etapie Freud zajął się głównie jej otoczką psychologiczną, której dynamikę rozpracował w sposób dotychczas niespotykany.

W stulecie tego projektu podjęto próbę jego symbolicznej reaktywacji poprzez utworzenie *Neuro-Psychoanalysis Society*. Celem towarzystwa jest integracja teoretyczna neurobiologii i psychoanalizy na gruncie współczesnej wiedzy o mózgu. Przykładem może być np. interpretacja freudowskiego pojęcia *libido* w kontekście dopaminergicznego układu nagrody w mózgu. Towarzystwo posiada swój periodyk *Neuro-Psychoanalysis*, a w skład jego komitetu redakcyjnego wchodzi tacy uczeni jak Antonio Damascio, Eric Kandel, Joseph LeDoux, Karl Pribram czy Oliver Sachs

Jednym z wybitnych członków komitetu redakcyjnego *Neuro-Psychoanalysis* jest Eric Kandel. Uczony ten urodził się w roku 1929 w Wiedniu, dokąd przenieśli się jego rodzice uprzednio mieszkający w Kołomyi, w Galicji. Cała rodzina zmuszona była emigrować do USA po anektowaniu Austrii przez Hitlera w roku 1938. Eric Kandel podjął studia medyczne na *New York University* w 1952 roku, a w latach 1960-1962 roku odbywał rezydenturę psychiatryczną na uniwersytecie Harvarda w Bostonie. Nigdy jednak nie podjął pracy jako psychiatra i całkowicie poświęcił się badaniom podstawowym, a jednym z jego najważniejszych obiektów badawczych był ślimak kalifornijski *Aplysia californica*, zwierzę posiadające gigantyczne komórki nerwowe. Erik Kandel był jednym z pierwszych badaczy, który opisał zmiany molekularne zachodzące w procesach pamięci i uczenia się, za które to odkrycie otrzymał w roku 2000 nagrodę Nobla. Dwa lata przedtem na łamach organu psychiatrów amerykańskich *American Journal of Psychiatry* opublikował coś w rodzaju manifestu dotyczącego teoretycznych podstaw psychiatrii. Główne tezy manifestu można streścić w kilku zdaniach, a mianowicie: (1) Wszystkie czynności umysłu odzwierciedlają czynności mózgu; (2) Czynniki genetyczne mają znaczenie w determinacji czynności i zaburzeń psychicznych; (3) Zachowanie i czynniki społeczne poprzez wpływ na procesy uczenia się i zachowania mogą modyfikować ekspresję genów; (4) Zmiany w ekspresji genów pod wpływem uczenia powodują modyfikację połączeń synaptycznych: ma to związek z kształtowaniem się osobowości oraz powstawaniem zaburzeń zachowania; (5) Psychoterapia powoduje zmiany zachowania poprzez wpływ na uczenie się i plastyczność neuronalną [3]. Eric Kandel pra-

cjuje obecnie na Uniwersytecie Columbia w Nowym Jorku i jest nadal aktywnym badaczem, publikując zarówno prace eksperymentalne oraz opracowania książkowe. Jednym z ostatnich jest publikacja *Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of mind* [4].

Nasuwa się pytanie, czy badania prowadzone w ostatnich latach nawiązują do integracji metod psychoterapii i farmakoterapii w zaburzeniach psychicznych, jako kontynuacja myśli Freuda i Kandela? Jednym z pozytywnych przykładów jest tutaj depresja, zwłaszcza depresja w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej. Jeszcze w roku 1999 opublikowano wyniki badania dotyczące istotnego wpływu negatywnych wydarzeń z okresu wczesnodziecięcego na wystąpienie depresji, która to zależność uważana jest za kanon myślenia psychoanalitycznego. Wykazano, że stres okresu dziecięcego, taki jak wczesna utrata rodziców lub separacja z nimi (zwłaszcza przed 9 rokiem życia) zwiększa niemal czterokrotnie ryzyko wystąpienia depresji w późniejszym wieku. Co ciekawe, ta praca *par excellence* kliniczna została opublikowana w piśmie *Molecular Psychiatry*, które zresztą 10 lat później uzyskało najwyższy *impact factor* z wszystkich czasopism psychiatrycznych [5]. Natomiast pracą z zakresu genetyki molekularnej depresji, która wywołała olbrzymie reperkusje było badanie opublikowane w 2003 roku w czasopiśmie *Science*. Przełomowy charakter tej pracy polegał na przedstawieniu niewątpliwej interakcji między czynnikami genetycznymi a środowiskowymi (stresowymi) związanymi z wystąpieniem depresji. Badając polimorfizm w promotorze genu transportera serotoniny wykazano bowiem, że czynniki stresowe wywołują istotnie częściej depresję u osób, które posiadają allel s tego polimorfizmu [6]. W tym samym roku ukazały się również wyniki badania wskazującego, że wydarzenia z okresu wczesnego dzieciństwa mogą nieść implikacje terapeutyczne. Dokonano w nim porównania skuteczności leku przeciwdepresyjnego, nefazodonu, psychoterapii poznawczo-behawioralnej oraz połączenia obydwu metod u 681 chorych z przewlekłą depresją. Ogólnie, stwierdzono podobną skuteczność farmakoterapii i psychoterapii i istotnie większą efektywność połączenia obydwu metod. Natomiast w grupie osób z traumatycznym przeżyciem w dzieciństwie (utrata rodzica, nadużycie fizyczne lub seksualne) psychoterapia okazała się bardziej skuteczna niż farmakoterapia, natomiast połączenie obu metod było tylko nieznacznie bardziej skuteczne od samej psychoterapii [7]. Zależność między doznaniem traumy dziecięcej, a wystąpieniem depresji w wieku dorosłym może mieć również zawierać komponent genetyczny, co wykazano ostatnio w odniesieniu do genu receptora kortykoliberyny, podstawowego hormonu reakcji stresowej [8].

Patrząc na ostatnie dziesięciolecie psychiatrii można uznać, że niewątpliwym przełomem jeżeli chodzi o psychoterapię depresji było wprowadzenie wspomnianej już metody poznawczo-behawioralnej leczenia tego zaburzenia i wykazanie jej znacznej skuteczności. Terapia ta ma na celu zmianę dysfunkcyjnych przekonań i depresyjnego sposobu przetwarzania informacji poprzez ich konfrontację i nauczenie nowego sposobu interpretacji rzeczywistości. Jej twórca, znakomity psychiatra amerykański Aaron Beck w swej ostatniej pracy wskazuje na możliwe komponenty neurobiologiczne, takie jak wpływ czynników stresowych wczesnych i późnych dla powstania

dysfunkcyjnych przekonań oraz znaczenie nieprawidłowej aktywności takich struktur mózgowych, jak ciało migdałowe i kora przedczołowa dla ich utrzymywania się [9]. Goldapple i wsp. [10] porównywali za pomocą obrazowania mózgu metodą tomografii emisji pozytonowej (PET) zmiany zachodzące w wyniku psychoterapii poznawczo-behawioralnej lub leczenia paroksetyną. Ogólnie, końcowym wynikiem obu kuracji była regulacja przepływu informacji między korą przedczołową a układem limbicznym, przy czym mechanizm psychoterapii polegał na pierwotnym oddziaływaniu na czynności kory mózgowej (*top-down*), natomiast farmakoterapii na struktury układu limbicznego (*bottom-up*). Nawiązaniem do poznawczej hipotezy depresji może być również neuropsychologiczna interpretacja działania leków przeciwdepresyjnych, jaką ostatnio przedstawili badacze angielscy. W myśl ich koncepcji leki przeciwdepresyjne już od początku ich podawania powodują zmianę w zakresie emocjonalnego przetwarzania informacji, powodując wzrost reakcji na bodźce pozytywne. W wyniku tego następuje stopniowa poprawa nastroju, a proces ten może trwać do kilku tygodni, co tłumaczy „opóźnienie” w działaniu leków przeciwdepresyjnych [11].

Wzajemne przenikanie się neuropsychologii i neurobiologii w psychiatrii jest obecnie faktem i mieści się w nurcie *neuroscience*, odzwierciedlającym koncepcje Freuda i Kandela. Podobne tendencje jak w przypadku depresji można zauważyć również w odniesieniu do innych zaburzeń psychicznych. Dla psychiatrów oznacza to głębsze poznanie zależności psychobiologicznych stanowiące przeciw podstawę do ich działań terapeutycznych. Można mieć nadzieję, że takie lepsze poznanie i lepsze zrozumienie tych zależności może przelożyć się na niesienie lepszej pomocy dla chorych z zaburzeniami psychicznymi.

PIŚMIENNICTWO

1. Freud F. Einwurf einer Psychologie (manuskrypt napisany wspólnie z Josefem Breuerem); 1895.
2. Waldeyer-Hartz H. Ueber einige neuere Forschungen im Gebiete der Anatomie des Zentralnervensystems. Deutsche medizinische Wochenschrift 1891; 17: 1213-1218, 1244-1246, 1287-1289, 1331-1332, 1350-1356.
3. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry 1998; 155: 457-469.
4. Kandel ER. Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind. American Psychiatric Publishing Inc. Washington, DC; 2005.
5. Agid O, Shapira B, Zislin J, Ritsner M, Hanin B, Murad H, Troudart T, Bloch M, Heresco-Levy U, Lerer B. Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. Mol Psychiatry 1999; 4: 163-172.
6. Caspi A, Sugden K, Moffit TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5HTT gene. Science 2003; 301: 386-389.
7. Nemeroff CR, Heim CM, Thase ME, Klein DN, Rush AJ, Schatzberg AF, Ninan PT, McCulloch JP, Weiss PM, Dunner DL, Rothbaum BO, Kornstein S, Keitner G, Keller MB. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. Proc Nat Acad Sci 2003; 100: 14293-14296.
8. Polanczyk G, Caspi A, Williams B, Price TS, Danese A, Sugden K, Uher R, Poulton R, Moffit TE. Protective effect of CRH1 gene variants on the development of adult depression following childhood maltreatment: replication and extension. Arch Gen Psychiatry 2009; 66: 978-985.
9. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. Am J Psychiatry 2008; 165: 969-977.
10. Goldapple K, Segal Z, Garson C, Lau M, Bieling P, Kennedy S, Mayberg H. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behaviour therapy. Arch Gen Psychiatry 2004; 61: 34-41.
11. Harmer CJ, Goodwin GM, Cowen PJ. Why do antidepressants take so long to work? A cognitive neuropsychological model of antidepressant drug action. Br J Psychiatry 2009; 195: 102-108.

Opieka środowiskowa? Skuteczność farmakoterapii?

Community care? Medication effectiveness?

IRENA NAMYSŁOWSKA

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Z wielu pytań i dylematów dotyczących psychiatrii polskiej wybrałam dwa zagadnienia. Po pierwsze chciałabym zastanowić się w jakim kierunku zmierza psychiatria w Polsce, czy rzeczywiście dążymy do rozwoju psychiatrii środowiskowej zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego i po drugie jakie znaczenie mają dla klinicysty wyniki metaanaliz, podkreślające większą skuteczność pewnych tylko leków przeciwpsychotycznych i przeciwdepresyjnych.

1.

Fakt konieczności rozwoju psychiatrii środowiskowej w Polsce wydaje się nie budzić wątpliwości. Stale o tym mówimy, piszemy, a ostatecznym wyrazem tej tendencji stały się tezy zawarte w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Powstaje pytanie dlaczego wobec tego, tyle trudności sprawia przekształcanie dotychczasowych form pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi

w opiekę środowiskową. Zwyczajowo przywykliśmy tłumaczyć tę trudność kosztami, zwlekaniem Ministerstwa Finansów w przyznaniu odpowiednich kwot na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, lub ociąganiem się władz samorządowych w tej kwestii. Wreszcie zawsze pozostaje (nie bez racji) przysłowiowy „chłopiec do bicia” czyli NFZ, z trudem zmieniający zasady finansowania, a zwłaszcza myślenie o organizacji lecznictwa, z mniejszym naciskiem na rolę szpitali.

Nie negując znaczenia i zasadności wszystkich wymienionych powyżej powodów chciałabym wyrazić przekonanie, że moim zdaniem przyczyna leży w nas samych, w nadmiernym przywiązaniu do szpitala psychiatrycznego jako centralnego miejsca leczenia pacjentów, a także szkolenia psychiatrów. To przywiązanie i przecenianie roli szpitala nie jest także obce mnie samej. W wyniku tej sytuacji trudno jest sobie wyobrazić samodzielnego pracownika naukowego, a co dopiero profesora, który objąłby nie Klinikę, a Centrum Zdrowia Psychicznego i uczynił z niego akademicki ośrodek nie tylko o dużym prestiżu klinicznym, ale także dydaktycznym i naukowo-badawczym. Przyznam się, że w gruncie rzeczy nie wiem, dlaczego tak mocno mamy wdrukowane, że szpital jest najodpowiedniejszym miejscem leczenia, choć zgadzamy się, że może to leczenie powinno trwać krócej i dlaczego w efekcie szpitale przyciągają najlepszych stażystów i psychiatrów. Czy ten swoisty „szpitalocentryzm” wynika z tradycji, czy systemu kształcenia studentów, którzy prze okres studiów przebywają głównie w szpitalach, tam spotykają swoich „mistrzów i mentorów” i w efekcie dalsze swoje życie zawodowe wiążą z oddziałami, a nie ambulatorium. Czy wreszcie, nasz obraz osoby chorej psychicznie, nasza wizja chorego nie zawiera w sobie elementów strachu (podobnie zresztą jak wizja społeczeństwa, którego jesteśmy członkami), że w warunkach leczenia środowiskowego nie zdołamy sobie poradzić z potencjalną agresywnością i dezorganizacją pacjentów. Czy dostatecznie wierzymy w rolę rodziny w powrocie pacjenta do środowiska? Ostatnio, z całą pewnością służyć tym trudnościom może dezorganizacja lecznictwa ambulatoryjnego – jeśli nie jego upadek, a także brak rejonizacji. Ten ostatni powód wydaje się w sposób istotny utrudniać planowanie powstawania ośrodków pomocy środowiskowej.

Myślę, że być może istnieje jeszcze wiele innych przyczyn trudności w rozwoju psychiatrii środowiskowej w Polsce, że istnieją jeszcze inne pytania, które sobie stawiamy. Zachęcam więc do dyskusji na ten temat.

2.

Drugie pytanie dotyczy roli publikowanych metaanaliz dla codziennej praktyki psychiatry klinicysty. Czy w ich wyniku mamy leczyć wszystkich pacjentów tylko tymi lekami, które okazały się skuteczniejsze niż inne? Mam wrażenie, że tkwimy w swoistej pułapce. Z jednej strony coraz bardziej dominujące zasady „medycyny opartej na dowodach” zmniejszają znaczenie doświadczenia klinicznego, z drugiej zaś, wyniki metanaliz budzą nasze wątpliwości co do możliwości zastosowania ich w praktyce, jako obowiązujących zasad leczenia. Stąd, coraz częściej pojawiające się postulaty dużych badań nad tzw. „zwykłymi pacjentami”, ale te są niezwykle trudne metodologicznie i, co nie jest bez znaczenia, kosztowne. A ich kosztów z pewnością nie pokryją firmy farmaceutyczne. Z pewnością minusem badań nad skutecznością leków jest specyficzny dobór pacjentów, wykluczający tych najcięższej chorych, wyznaczenie jako poprawy zmniejszenie się objawów o 50% jak ma to miejsce np. w badaniach nad lekami przeciwdepresyjnymi. Stąd postulaty posługiwania się raczej kryterium wyzdrowienia (ang. *recovery*) niż kryterium 50% poprawy wyników odpowiedniej skali. Podstawowy dylemat w tej kwestii wydaje się dotyczyć tego, że randomizowane, kontrolowane badania, metodologicznie poprawne włączają wysoce wyselekcjonowane grupy pacjentów, zaś ich wyniki z trudem poddają się generalizacji na szerokie rzesze pacjentów, a badania „naturalistyczne” niosą ze sobą duże trudności i wątpliwości metodologiczne. Moim zdaniem jest jeszcze jedna przyczyna pewnej naszej niechęci do metaanaliz. Wydaje się, że w każdym z nas jako lekarzy istnieje potrzeba odwoływania się do własnego doświadczenia klinicznego, może nawet intuicji, preferujemy pewne leki a „nie lubimy” innych. Co więcej wiadomo, że te czynniki także odgrywają istotną rolę w sukcesie procesu leczenia. Jesteśmy też stale „bombardowani” nowymi wynikami badań, z których wynika, że każdy nowy lek jest lepszy niż poprzedni, podczas gdy nasz własny rozsądek kliniczny uczy nas, że upływa sporo czasu zanim nauczymy się dla kogo ten lek jest najlepszy i jakie ma objawy uboczne. Wszak chloropromazyna miała leczyć schizofrenię, a jej wprowadzeniu i pierwszym efektem towarzyszył niezwykle entuzjazm, podobny do tego jaki towarzyszył atypowym neuroleptykom i efektowi „przebudzenia się” wielu pacjentów po ich zastosowaniu. Jak wybrnąć z tej trudnej sytuacji – chcielibyśmy bowiem, żeby psychiatria była tak, jak inne dyscypliny medyczne bardziej oparta na dowodach, a równocześnie tkwi w nas przekonanie, że jest także sztuką? Odpowiedź na to pytanie pewnie każdy z nas musi sobie znaleźć sam.

Czy psychiatrzy w przyszłości będą nadal potrzebni?

Will psychiatrists still be needed in the future?

JOLANTA RABE-JABŁOŃSKA

Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny, Łódź

Czy psychiatrzy w przyszłości będą nadal potrzebni? Gdyby „przyszłość” zamknąć w przedziale 20-30 lat, to wtedy łatwiej snuć rozważania, bo ponad 30-letni okres mojej pracy pokazuje jak wiele zjawisk związanych z psychiatrią może ulec istotnym przemianom i jak wiele się nie zmienia.

Być może przez najbliższe dziesięciolecia zakres działań psychiatrów nie ulegnie znaczącej metamorfozie, a wielu pacjentów nadal będą leczona w „gettach psychiatrycznych”. Lekarze innej specjalności niechętnie zajmują się chorymi psychicznie i ciągle większość z nich uważa, że psychiatria to bardziej „sztuka” niż bardzo ważna gałąź medycyny. Można też przypuszczać, że dla decydentów w kwestii nakładów finansowych chorzy na zaburzenia psychiczne nadal pozostaną grupą pacjentów, w którą znacznie mniej warto inwestować niż w chorych na schorzenia somatyczne.

Możliwy jest też inny, niepokojący obraz przyszłości, w którym większość działań w psychiatrii zostanie zoperacjonalizowana, diagnoza będzie wyłącznie sprawdzeniem spełnienia kryteriów włączających i wykluczających zgodnie z obowiązującą klasyfikacją zaburzeń psychicznych [jak np. 1], nasilenie objawów będzie ocenione tylko na podstawie punktacji uzyskanej przez pacjenta w odpowiednich skalach, a terapia będzie zaproponowana zgodnie ze standardami, algorytmami i wynikami najnowszych meta-analiz [jak np. 2, 3, 4]. Takie działania może podjąć każdy lekarz. Być może pacjenci w lepszym stanie psychicznym, w ramach dobrej współpracy w terapii, będą dokonywać samooceny stanu psychicznego i z plikiem wydrukowanych wyników zgłaszać się do lekarza, co zaoszczędzi cennego czasu, szczegółowo wyznaczonego przez NFZ na wizytę u specjalisty. Algorytmy postępowania terapeutycznego rozstrzygną, gdzie pacjent winien być leczony – w ambulatorium, lub w szpitalu, przez psychiatrę czy też przez lekarza rodzinnego [jak np. 5]. Wybór leku będzie w przyszłości także zależeć od wyników zleconych badań genetycznych, które przyniosą informacje po kuracji lekiem z jakiej grupy pacjent najprawdopodobniej uzyska największą poprawę, czy jest „szybko” czy też „wolno” metabolizuje i czy posiada odpowiednio funkcjonujące cytochromy, przez które wybrany lek jest metabolizowany, tak więc decyzja o farmakoterapii będzie wynikiem pracy wielu specjalistów. Ścisłe przestrzeganie tych zasad może przynieść dobre rezultaty i pozwoli w znacznym stopniu uniknąć występowania objawów niepożądanych i poważnych powikłań [jak np. 6]. Wprowadzenie obowiązku systematycznej oceny nasilenia zaburzeń psychicznych za pomocą odpowiednich skal, ale także przy pomocy innych skomplikowanych i bardziej kosztownych metod, które zakładam staną się dostępne, np. QEEG, prawdopodobnie pozwoli na wcześnie stwierdzenie, czy po zastosowanej farmakoterapii pacjent poprawi się czy też nie, co może zmniejszyć istotnie czas

prawdopodobnie nieskutecznych działań, a zatem czas hospitalizacji, pogorszenia stanu psychicznego i przede wszystkim nakłady finansowe [jak np. 7]. Takie, coraz bardziej „celowane” terapie spowodują, że będzie potrzebna coraz mniejsza liczba miejsc szpitalnych dla tej grupy pacjentów. Jeśli zgodnie ze standardem okaże się, że pacjent jest „lekooporny” i nie ma przeciwwskazań do EW lub innych metod terapii biologicznej, które mam nadzieję w przyszłości będą lepiej poznane i bardziej dostępne, to zostaną mu one zalecone. Czy EW, przezczaszkową stymulację magnetyczną, stymulację nerwu błędnego musi wykonywać psychiatra? Oczywiście – nie. Może to robić każdy lekarz, a może nawet średni personel medyczny, po odpowiednim przeszkoleniu. Zakładam, że upowszechnienie tych metod istotnie zmniejszy odsetek pacjentów z przewlekłym przebiegiem niektórych zaburzeń psychicznych, nie poprawiających się na żadnej z wymienionych wcześniej strategii terapeutycznych. Oczywiście, zgodnie z algorytmem pacjenci ci od dawna, poza farmakoterapią, będą uczestniczyć w działaniach psychoterapeutycznych (przede wszystkim CBT), podobnie zresztą jak pacjenci z poprawą w celu zwiększenia i podtrzymania efektów leczenia. Zgodnie z algorytmem lekarz będzie kontynuował leczenie podtrzymujące. Monitorowanie stanu psychicznego pacjenta w tej fazie leczenia będzie również przebiegać przy aktywnym jego udziale. Współpracujący w terapii pacjent będzie oceniał swój stan psychiczny w zaleconych skalach i wyniki tej oceny będzie dostarczał lekarzowi na każdą wizytę lub dzięki odpowiedniemu systemowi szybkiego powiadamiania (np. przy pomocy SMS) o występującym u niego pogorszeniu (np. o myślach samobójczych). Czy ten monitoring musi wykonywać lekarz psychiatra? Chyba nie, będzie potrzebny, gdy pojawią się niepokojące sygnały monitoringu (np. wzrost punkcja w skalach, w określonych itemach).

Od dawna edukuje się różne grupy specjalistów, przede wszystkim lekarzy pierwszego kontaktu, na temat kryteriów rozpoznawania, co prawda tylko pewnych zaburzeń psychicznych (przede wszystkim depresyjnych i lękowych, otępienia), różnicowości ich obrazu klinicznego, przebiegu a także zasad leczenia i faktem jest, że obecnie wielu pacjentów, przede wszystkim z mniej nasiloną depresją lub zaburzeniami lękowymi jest leczonych (lepiej lub gorzej) przez lekarzy nie-psychiatrów.

Przewlekłe choroby trafią zapewne do dobrze zorganizowanych zakładów opiekuńczo-leczniczych, w którym psychiatra będzie pojawiał się tylko jako konsultant, pacjenci z niejasną diagnozą, dzięki współpracy wielu specjalistów w końcu ją otrzymają i znajdą się w odpowiednich placówkach medycznych, a chorzy silnie pobudzenie psychoruchowo, zagrażający sobie i innym osobom, dzięki postępowi farmakoterapii w krótkim czasie będą mogli znaleźć

się na oddziałach otwartych lub leczyć się ambulatoryjnie. Zespoły opieki środowiskowej, w których psychiatra nie odgrywa najważniejszej roli, zapewnią opiekę pacjentom źle współpracującym w leczeniu.

Oczywiście, nie każdy pacjent mieści się w standardzie postępowania, wielu wymaga „indywidualnego podejścia”, ale co to właściwie oznacza? Już obecnie większość działań diagnostyczno–terapeutycznych przebiega w psychiatrii tak jak w przypadku pacjentów ze schorzeniami somatycznymi, czasem dzieje się „coś więcej”. Psychiatra bywa jedyną osobą nawiązującą z pacjentem kontakt werbalno–emocjonalny, słuchającą go osobą, troszczącą się o jego samopoczucie i los, próbującą wpłynąć na rodzinę, otoczenie, przejmującą opiekę nad jego losem, życiem. Te wszystkie działania nie ujęte w procedury NFZ zapewne zanikną.

Mam nadzieję, że psychiatrzy będą nadal potrzebni, choć być może, wbrew wielu opiniom, w przyszłości będzie potrzebna coraz mniejsza ich liczba, podobnie jak i coraz mniejszej liczby szpitali psychiatrycznych. Lekarzom nie-psychiatrom, nieprzygotowanym na nawiązywanie kontaktu z osobami „odmiennymi”, na specyficzny świat przeżyć pacjentów psychotycznych (np. chorych na schizofrenię), ich zaburzone myślenia, niezrozumiałe zachowania mogą nie wystarczyć w prowadzeniu skutecznej terapii najlepsze i najbardziej szczegółowe standardy postępowania czy drzewa decyzyjne. Psychiatrzy będą jednak pełnić przede wszystkim rolę konsultacyjną, w szczególnie trudnych przypadkach ustalać złożoną diagnozę, dzięki specjalnym umiejętnościom związanym z dobrą znajomością psychopatologii i niuansów terapii oraz rolę koordynującą ściśle współpracę z innymi specjalnościami medycznymi (co będzie wymagało szerokiej wiedzy biologicznej) oraz z psychologami i psychoterapeutami. Specjalistyczną opiekę psychologiczną przejmą psychotera-

peuci, terapię podtrzymującą, psychoedukację – wyszkolony odpowiednio średni personel medyczny, podobnie jak opiekę nad przewlekle chorymi i właśnie ta grupa pracowników znacząco się zwiększy.

PIŚMIENNICTWO

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Text revision. DSM-IV-TR. APA 2010, Arlington VA
2. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR i inni: Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis www.thelancet.com Vol 373 February 28, 2009
3. Leucht S, Komossa K, Rummel-Kluge Ch, Corves C i inni: A Meta-Analysis of Head-to-Head Comparisons of Second-Generation Antipsychotics in the Treatment of Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2009; 166:152–163
4. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li Ch, Davis JM: Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. www.thelancet.com Published online December 5, 2008 DOI: 10.1016/S0140-6736 (08)61764-X
5. Texas Medication Algorithm Project. Procedural Manual. Schizophrenia treatment algorithms. T.R. Argo, M.L. Crismon, A.L. Miller, T.A. Moore, S.D. Benedele, B. Suehs: Schizophrenia Clinician's Manual, Updated: April 2008
6. Kemp A H, Gordon E, Rush A J, Williams LM: Improving the prediction of treatment response in depression: Integration of clinical, cognitive, psychophysiological, neuroimaging, and genetic measures. *CNS Spectr* 2008; 13: 1066 – 108
7. Hunter AM, Muthén BO, Cook IA, Leuchter AF: Antidepressant response trajectories and quantitative electroencephalography (QEEG) biomarkers in major depressive disorder. *J Psychiatr Res.* 2010 January; 44 (2): 90–98. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.06.006.

Nowy profesjonalizm psychiatrów?

New professionalism of psychiatrists?

JACEK BOMBA

Katedra Psychiatrii, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

Moje refleksje nad tematem tej sesji zostały zdominowane przez tezy artykułu Heinza Katchniga opublikowanego już w języku polskim [1]. Trudno zresztą wykluczyć wpływ fazy życia zawodowego, w jakiej się znajduję, a także debat współczesnej myśli po–ponowoczesnej.

Wydaje mi się, że najważniejszym pytaniem współczesnej psychiatrii jest to pytanie lub są te pytania, które rodzą się w toku nowego budowania tożsamości psychiatrów. Poszukiwania tożsamości psychiatrów obejmują podstawy naukowe ich dyscypliny, ale także zasad postępowania praktycznego.

Psychiatria nigdy nie miała własnej, wypracowanej tylko dla tej dyscypliny metodologii. Opierała się na doświadczeniu innych nauk klinicznych z trudem odrywając się, czasem tylko na pewien czas, od metod wypracowanych przez

starsze obszary nauk klinicznych. Może bardziej niż inne dyscypliny kliniczne korzystała z dorobku filozofii człowieka. A podobnie jak i inne nauki medyczne odwoływała się do dorobku nauk podstawowych: anatomii, fizjologii, biochemii, biofizyki, embriologii, oraz nauk społecznych – psychologii i socjologii [p. 2].

Postęp w naukach podstawowych, z których korzysta psychiatria, w ostatnich dekadach wniósł do zasobu wiedzy nowe znaczące dane. Ta nowa wiedza wymaga przebudowy zrębów nauk podstawowych i zmiany założeń dotychczas traktowanych jako niewzruszone prawdy. To z kolei pociąga za sobą konieczność zmian paradygmatycznych postaw psychiatrii. Czy te podstawowe dla myśli psychiatrycznej prawdy rzeczywiście są skutecznie modyfikowane? Wydaje

się, że tak nie jest. Wysiłki, o których mowa powyżej składają psychiatrów raczej do dzielenia psychiatrii na pozostające w opozycji części: np. psychiatrię biologiczną, przeciwstawianą psychiatrii humanistycznej. Lub do wyodrębnienia nowych: np. neuropsychiatrii.

Co do praktycznych rozwiązań zagrożenie jawi się jako poważniejsze. Współczesny świat skłania całą medycynę do poddania się kontrolowaniu z zewnątrz. Oczekuje się, że działania lekarza mogą być traktowane tak, jak każdy inny produkt usługowy i poddawane tej samej zasadzie gospodarowania. A także, wobec przemożnego panowania nauki jako najwyższego kryterium racji, że działania te mogą być oparte na zasadach wywiedzionych z naukowych przesłanek po sprawdzeniu ich efektywności metodami naukowymi. Naukowymi, to znaczy w eksperymencie, który można powtórzyć uzyskując te same wyniki.

Pytanie, może jeszcze ważniejsze niż pierwsze, dotyczy adekwatności tak rozumianej metody naukowej do weryfikowania efektywności działań psychiatry. Wątpliwość dyktująca

ca to pytanie (to prawda, że podsuwa również odpowiedź) wiąże się ze znaczeniem czynników relacji między lekarzem i pacjentem, które z trudem, jeśli w ogóle poddają się operacjonalizacji [p. 3] W związku z tym są zazwyczaj w badaniach nad efektywnością zaniedbywane.

PIŚMIENNICTWO

1. Katschnig H: Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010, 9 (1): 21-28 (Czy psychiatrzy są gatunkiem zagrożonym? Obserwacje dotyczące wewnętrznych i zewnętrznych wyzwań stających przed naszym zawodem. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2010, 19, 2, 89-98.
2. Korzeniowski L, Pużyński S (red): *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*. Wyd.III. PZWL, Warszawa 1986.
3. Bomba J.: Badania nad efektywnością psychoterapii w leczeniu zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. *Psychiat Pol* 2010, 3 supl. 67. *Psychoterapia* 2010, 3 (154), 37-47).

Klasyfikacja psychiatryczna – kategoriałna czy wielowymiarowa?

Psychiatric classification – categorial or multidimensional?

JERZY LANDOWSKI

Katedra Chorób Psychiczych, Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych, Gdański Uniwersytet Medyczny

Przygotowywane aktualnie nowe wydania kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych: DSM-V i ICD-10, według przedstawianych propozycji, mają znacznie odbiegać od obecnie stosowanych wersji tych klasyfikacji (DSM-IVTR i ICD-10). Poza nieraz istotnymi zmianami w kategoryzacji zaburzeń psychicznych uwzględniać mają również w pewnych obszarach psychopatologicznych podejście wymiarowe. Stanowią pewien kompromis między dwoma przeciwstawnymi systemami opisu rzeczywistości klinicznej. Pytanie, który z nich jest bardziej adekwatny i użyteczny wydaje się być jednym z istotniejszych dylematów współczesnej psychiatrii.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych, biorąc pod uwagę złożoność i wielopoziomowość zjawisk psychicznych nigdy nie będzie w sensie ścisłym odpowiadała kryteriom logicznym wyczerpującego i rozłącznego podziału na określone klasy. Obecną możemy określić jako pośrednią pomiędzy klasyfikacjami: naturalną i sztuczną z nadzieją, iż będzie coraz bardziej przyjmowała charakter tej pierwszej, opierając się na istotnych i związanych z rzeczywistością wykładnikach klinicznych.

Systematyka zaburzeń psychicznych musi posiadać walor pragmatyczny i być przydatna w prognozowaniu i leczeniu, powinna umożliwiać wiarygodną kwalifikację każdego indywidualnego przypadku i określać możliwe jego przyczyny.

1. Rozwój systemów klasyfikacyjnych w psychiatrii.

Początki usystematyzowanej klasyfikacji zaburzeń psychicznych sięgają przełomu XIX i XX wieku, kiedy to

E. Kraepelin (1899 r., 1910 r.) przedstawił swoją klasyfikację nozologiczną. Oparł się na popularnej w ówczesnej medycynie klasycznej koncepcji choroby, która ma swoje określone: przyczynę, przebieg, zejście i leczenie. Klasyfikacja Kraepelina próbowała połączyć przebieg i obraz kliniczny z określoną lokalizacją anatomiczną i przypisać je czynnikom patogenetycznym, które w większości przypadków miały jedynie charakter hipotetyczny. Utworzył w ten sposób określone kategorie nozograficzne. Podejście nozologiczne od samego początku spotkało się z krytyką. K. Bonhoeffer (1911 r.) zauważył, iż różne przyczyny (somatyczne) mogą wywołać ten sam obraz psychopatologiczny, z kolei ta sama przyczyna – różne obrazy psychopatologiczne. P. Hoche (1912 r.) wprowadził pojęcie kompleksu objawów. Podejście syndromologiczne postulowało obecność występujących wspólnie zespołów objawów psychopatologicznych, które jednak nie były jednolite pod względem etiologicznym. Stanowiło uzupełnienie lub alternatywę dla podejścia nozologicznego.

Klasyfikacja amerykańska DSM-I, wprowadzona w roku 1952, wprowadziła pojęcie „zaburzenia” (*disorder*), co stanowiło pewien kompromis między koncepcją choroby a zespołu psychopatologicznego. Dalsze badania nad klasyfikacją zaburzeń psychicznych, zdominowane przez psychiatrię amerykańską, prowadziły kolejno poprzez kryteria Feighnera, RDC, DSM-III do DSM-IV, także ICD-10 do ustalenia kategorii diagnostycznych, które były jednoznacznie określone za pomocą kryteriów operacyjnych. Klasyfikacje te nie opierały się na przesłankach teoretycznych, koncepcjach

patogenetycznych zaburzeń psychicznych. Jedyny wyjątek stanowiło kryterium obecności związku przyczynowego między organiczną/somatyczną przyczyną a wystąpieniem zaburzenia.

2. Model kategoryalny.

Obecne klasyfikacje: DSM-IV i ICD-10 mają charakter kategoryalny. Każda kategoria diagnostyczna jest ściśle zdefiniowana. Zaliczenie pacjenta do danej kategorii wymaga spełnienia kryteriów operacyjnych. Składają się na nie przede wszystkim: określona liczba objawów z podanego zestawu objawów psychopatologicznych oraz czas ich trwania. Zarówno objawy jak i ich minimalna liczba, konieczne do rozpoznania, zostały arbitralnie ustalone przez grono ekspertów, opracowujących system klasyfikacyjny. Tak rygorystyczne postępowanie obowiązuje każdego stosującego kryteria DSM-IV. W przypadku klasyfikacji ICD-10 odnosi się to jedynie do tzw. kryteriów badawczych, w praktyce codziennej obowiązują mniej rygorystyczne wskazówki diagnostyczne.

System taki bardzo ujednolica procedurę diagnostyczną, zwłaszcza iż zalecane jest posługiwanie się w czasie procesu diagnostycznego określonymi narzędziami, szczególnie przy stosowaniu klasyfikacji DSM-IV (np. SCID). Zwiększa to zgodność kwalifikacyjną, a lekarzowi daje poczucie komfortu i bezpieczeństwa. Dotyczy to również terapii – opracowywane są zalecenia postępowania w odniesieniu do określonych danymi kryteriami kategorii diagnostycznych.

3. Krytyka modelu kategoryalnego.

Zastosowanie ścisłych kryteriów diagnostycznych prowadzi do tego, że wiele osób, które niewątpliwie wymagają interwencji terapeutycznej, nie otrzymuje jej, ponieważ nie zostają spełnione kryteria operacyjne kategorii diagnostycznej. Odsetek takich osób (z tzw. zaburzeniami podprogowymi), na co wskazują liczne badania, jest niemały. Wielu pacjentów otrzymują rozpoznanie „zaburzenia nigdzie indziej nieokreślonego”, co wyraźnie wskazuje na niedoskonałość stosowanej klasyfikacji. Konsekwencje tego są różne, także natury finansowej, na co zwraca się ostatnio uwagę.

Obecne klasyfikacje diagnostyczne nie mają charakteru hierarchicznego. Stąd niezwykle wysoki odsetek rozpoznawanej współchorobowości. U około 50% pacjentów rozpoznawane są co najmniej dwa zaburzenia psychiczne, trzy – u 23%. Tak wysoki odsetek współchorobowości sugeruje, iż kategorie diagnostyczne nie opisują w pełni istniejącą rzeczywistość kliniczną.

Niebezpieczną konsekwencją ścisłego stosowania obowiązujących kryteriów diagnostycznych jest wyłączenie skoncentrowanie się na objawach ujętych w kryteriach operacyjnych. Prowadzi to do zubożenia opisu psychopatologicznego indywidualnego pacjenta, niedostatecznego uwzględnienia wielu innych zmiennych, które mogą nierzadko mieć decydujące znaczenie dla właściwej oceny i podjęcia najodpowiedniejszego postępowania terapeutycznego. Ograniczenie się do znajomości objawów psy-

chopatologicznych jedynie w oparciu o bardzo lakoniczne definicje, załączone do kryteriów diagnostycznych, stanowi poważne niebezpieczeństwo sformalizowania i zbyt powierzchownego procesu diagnostycznego.

Również skuteczność określonych leków nie odpowiada podziałowi na określone kategorie diagnostyczne. Np. SSRI są skuteczne zarówno wobec niektórych zaburzeń lękowych jak i epizodów depresji, a w obrębie każdej z tych kategorii diagnostycznych jedynie do części przypadków. Diagnoza nie posiada zatem silnej wartości prognostycznej.

Badania poszukujące związków między określonymi kategoriami diagnostycznymi a czynnikami biologicznymi czy psychospołecznymi nie przyniosły pozytywnych wyników. Jeżeli w ogóle obecne, związki te są słabe, mało specyficzne, co sugeruje heterogenność ustalonych kategorii diagnostycznych.

W oparciu o powyższe fakty wielu badaczy powątpiewa, czy obecne systemy klasyfikacyjne mają charakter naturalny i przystają do rzeczywistości klinicznej. Być może opisywałyby ją lepiej podział na inne kategorie diagnostyczne, zawierające inne grupy objawów psychopatologicznych. Coraz częściej pojawiają się głosy, że odpowiedniejsze byłoby zastosowanie innego systemu klasyfikacyjnego: nie kategoryalnego a np. wielowymiarowego.

4. Model wielowymiarowy.

Modele wymiarowe czy wielowymiarowe stosowane są często w psychologii, np. w klasyfikacji typów temperamentu czy osobowości, np. w klasyfikacji Eysencka. Niemal powszechnie uważa się, iż lepiej od klasyfikacji kategoryalnej opisują zaburzenia osobowości. W odniesieniu do zaburzeń psychicznych sprawa jest bardziej skomplikowana.

Podejście wielowymiarowe w diagnostyce niektórych zaburzeń, np. psychotycznych okazuje się przydatne w prognozowaniu, prowadzeniu chorych. Niektóre wymiary wydają się łatwiejsze do określenia pod względem ich związku z aktywnością określonych układów neuroprzekaźnikowych (czynnościowa psychopatologia, van Praag), czy modułów neurofizjologiczno-neuropsychologicznych (Gaebel), co w dalszym etapie może się wiązać z wyborem odpowiednich strategii terapeutycznych.

Przy obecnym stanie wiedzy model wymiarowy byłby trudny do zastosowania. Nie wiemy ile wymiarów i jakie opisałyby dostatecznie rzeczywistość kliniczną. Mógłby być zbyt skomplikowany i nie nadający się do codziennej praktyki. Z pewnością aktualnie nie ma możliwości oparcia klasyfikacji jedynie na takim modelu. Czy będzie to możliwe w przyszłości i czy jest to właściwa droga – nie wiadomo.

Zainteresowanie modelami wielowymiarowymi zwraca naszą uwagę na semiotykę psychiatryczną, której w ostatnim czasie poświęca się mało uwagi. Być może nowe, uwzględniające osiągnięcia współczesnej psychologii i neurobiologii, podejście do tego będzie istotnym krokiem w kierunku lepszego zrozumienia procesów psychopatologicznych i tworzenia naturalnej klasyfikacji zaburzeń psychicznych.

Tożsamość psychiatrii?

Identity of psychiatry?

BOGDAN DE BARBARO

Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

Za kluczowy problem współczesnej psychiatrii uważam pytanie o jej tożsamość: czym się zajmuje, jakie są jej granice oraz jaka jest etyczna odpowiedzialność psychiatry.

1.

Problem przedmiotu psychiatrii: czy psychiatria zajmuje się mózgiem czy umysłem? Powszechnie uznaje się istnienie dwóch fundamentów psychiatrii: biologii i psychologii. (Niektórzy dodają także socjologię, antropologię kulturową, nie kwestionując jednak prymarnej roli dwóch wstępnie tu wymienionych dziedzin nauki.) Na poziomie teoretycznym przyjmuje się, że niezbędne jest otwarcie zarówno na przyrodoznawczy, jak i na humanistyczny wymiar psychiatrii. Jednak w praktyce niezwykle rzadko udaje się te perspektywy łączyć. Psychiatra na ogół – niezależnie od „poprawnych politycznie” deklaracji o swym podejściu holistycznym („człowiek jest całością”) czy integracyjnym („należy łączyć farmakoterapię z psychoterapią”) – w praktyce przyjmuje jako dominującą jedną z narracji i koncentrując się na biologicznym wymiarze pacjenta staje się „specjalistą od mózgu i jego patologii” albo zajmując się wymiarem psychologicznym staje się „specjalistą od umysłu i jego patologii”. Rzecz jasna, obaj zarówno przepisują leki jak i rozmawiają ze swymi pacjentami, lecz ich tożsamość zawodowa, to jak wygląda ich relacja z pacjentem, to jak samych siebie doświadczają w tej relacji, różnią się znacznie. Praktyczne konsekwencje tych różnic są poważne (inne obraz pacjenta, inne rozumienie przyczyn zaburzeń, inne plany terapeutyczne). Autentyczna integracja obu tych perspektyw w umyśle i działaniu psychiatry jest niezwykle trudna, o czym pośrednio świadczy fakt, że idea spójnego łącenia biologicznego i psychologicznego wymiaru osoby pacjenta ma swoją długą historię, by wspomnieć chociażby postulatory Jakóba Frostiga [1] czy Antoniego Kepińskiego [2]. Uderzająco słabe są praktycznie rezultaty tych nadziei. Nie oznacza to jednak, by współczesna psychiatria rezygnowała z tego – być może nierealistycznego – projektu: postulat łącenia dwóch paradygmatów w jeden nadal są zgłaszane na kartach podręczników psychiatrycznych.

Powstaje pytanie, dlaczego ta idea, chociaż niewątpliwie słuszna z merytorycznego i etycznego punktu widzenia spełnia rolę użytecznej utopii. Z jednej strony odpowiada za to pogłębiająca się specjalizacja: imponującemu rozwojowi wiedzy o mózgu (wiedzy „obiektywnej”) towarzyszy pogłębienie – chociaż nie tak spektakularne – wiedzy o procesach psychicznych (o zjawiskach subiektywnych). Ponadto, wydaje się, że za ten podział odpowiadają okoliczności psychologiczne: trudno jest nam, psychiatrom, myśleć „wielowersyjnie”, szukamy spójnej wersji świata, jednej teorii, jednego paradygmatu, w nim nasz umysł bezpieczniejszemu porusza niż w nie zawsze harmonijnej postmo-

dernistycznej mozaice. Na przeszkodzie w realizacji tej idei spójności stoją dodatkowe okoliczności: obie perspektywy (biologiczna i psychologiczna) to zarazem dwa odrębne dyskursy. Wymagają one innych metod badawczych, skupiają inne środowiska naukowe, wydają inne czasopisma, organizują odrębne kongresy.

Na marginesie warto wspomnieć, że scjentystycznie nastawieni naukowcy zapominają o owej odrębności metod i traktują wiedzę o tym, co subiektywne jako niepewną, „miękką” czy wręcz nienaukową lub wymagają od psychiatrów o nastawieniu humanistycznym (i od psychoterapeutów), by w badaniach posługiwali się metodami adekwatnymi w naukach biologicznych. Przykładowo: marginalizowane są badania jakościowe, chociaż właśnie one „pasują” do „psychiatrii humanistycznej”. W tym kontekście, gdy nie jest oczywisty naukowy charakter humanistyki [por. 3], ten wymiar psychiatrii w nauce i dydaktyce pozostaje do pewnego stopnia zaniedbany, z krzywdą dla odbiorcy usług psychiatrycznych.

Warto zauważyć, że trudności w pokonaniu tego rozszczepienia znajduje swoje odzwierciedlenie w sporze filozoficznym i w próbie przewyciężenia dualizmu kartezjańskiego, który przyjmuje w nauce postać problemu psychofizycznego. Niezwykle obiecująca perspektywa to *neuroscience*, która „przybliża ciało do duszy”. Czy jednak neuronauka pozwoli pokonać problem psychofizyczny i zbuduje zadawalające mosty między tym, co obiektywne a tym, co subiektywne? I czy owe mosty nie staną się odrębną dziedziną i trzecim – osobnym – dyskursem?

Historia psychiatrii (ale także psychologii i filozofii) uzasadnia obawy i sceptycyzm co do możliwości „jednej teorii wszystkiego”. Nie powinno nas to jednak ani zwalniać z prób integracji (przynajmniej na poziomie indywidualnym: tożsamości psychiatry), ani ze stawiania sobie tego zasadniczego pytania: pytania o to, czym się zajmuje psychiatria.

2.

Problem granicy psychiatrii: na ile psychiatria powinna wykraczać poza obszar rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych i szukać odpowiedzi na pytania dotyczące życia codziennego?

Obserwowane i opisywane przez socjologów [np. 4] zjawisko medykalizacji życia codziennego wyraża się podejmowaniem przez lekarzy zadań, które nie polegają na zwalczaniu chorób ani wzmacnianiu zdrowia, lecz na przykład na korygowaniu estetyki ludzkiego ciała (chirurgia plastyczna), na ułatwianiu osiągnięcia lepszych wyników sportowych („doping” – legalny i nielegalny) czy na włączaniu się w marketing (towar jest chętniej kupowany, jeśli o jego wartości poświadczają eksperci – lekarze). Dziedziną, w której medykalizacja jest najbardziej obecna to psychiatria. O ile

trudno kwestionować zasadność obecności języka psychiatrycznego w prawie (i klasycznego już dziś pytania: *bad or mad*), o tyle budzić może zastanowienie psychiatryzacja pedagogiki (dziecko jest niegrzeczne czy cierpi na ADHD?), psychiatryzacja naturalnych dotąd stanów psychicznych (dawniej: nieśmiałość – dziś: lęk społeczny, dawniej: roztrągnięcie – dziś: ADHD dorosłych, dawniej: smutek po utracie bliskiej osoby – dziś: depresja). Pokusa, by psychiatra znajdował receptę (w dosłownym i metaforycznym tego słowa rozumieniu) na naturalne i egzystencjalne problemy człowieka jest coraz silniejsza. Zauważmy, że pomoc psychiatry w usuwaniu lęków, depresji czy innych problemów emocjonalnych może być nieoceniona, często niezbędna i nie ona jest tu poddawana w wątpliwość. Zastrzeżenia natomiast budzą niektóre konsekwencje uznania, że „psychiatra jest dobry na wszystko”. Przykładowo: szerokie korzystanie z fluoksetyny albo psychoterapii nastawionej na szybkie usunięcie objawów „nerwicy egzystencjalnej” może prowadzić do uprzedmiotowienia osoby ludzkiej. Powstają pytania: Jakie są konsekwencje psychiatryzacji życia emocjonalnego? Czy „wkręcenie” osobistych problemów człowieka w psychiatrię nie oznacza, że psychiatra przekracza swoje zadania i kompetencje?

Być może zadaniem psychiatrów jest wrażliwość na tę pułapkę (skądinąd ufundowaną na hedonistycznej wizji osoby ludzkiej) i gotowość do swoistego samoograniczenia.

3.

Problem wolności psychiatry: jak psychiatra powinien zadbać o wolność w badaniach naukowych i praktyce lekarskiej i o niezależność od firm farmaceutycznych?

Wpływ firm farmaceutycznych na konstruowanie klasyfikacji psychiatrycznych oraz na krajobraz umysłowy psychiatry jest coraz większy [np. 5]. Bez refleksji środowiska nad tymi zjawiskami psychiatrom grozi utrata intelektualnej i etycznej wolności.

Z jednej strony oczywiste są zasługi farmakologii dla wyprawiania ludzi z opresji psychicznych. Ponad pół wieku obecności neuroleptyków w stopniu zupełnie fundamentalnym zmieniło los osób chorujących psychicznie. Psychiatra bez tego oręża w wielu sytuacjach byłby bezradny, a jego rola mogłaby się ograniczać jedynie do udziału w izolowaniu i wykluczaniu społecznym osób chorych. To sprawia (wraz z potęgą medycyny w dyskursie społecznym), że znaczenie i moc firm farmaceutycznych jest coraz większe i byłoby naiwnością niedostrzeżenie tego faktu, tak jak i naiwnością byłoby ignorowanie firm farmaceutycznych przez społeczność psychiatryczną. Bez tych firm i ich wsparcia nie odbył-

by się niejeden ważki naukowo kongres, splajtowałby niejeden wartościowy periodyk, nie byłoby wielu wartościowych portali internetowych pomagających pacjentom zrozumieć chorobę i chorowanie, a wiedza psychiatrów na temat możliwości farmakoterapii byłaby znacznie uboższa.

Jest jednak druga strona medalu, której źródeł można upatrywać właśnie w potęgze firm farmaceutycznych oraz w jednym z podstawowych motywów rynkowych: chęć zysku może przesłonić i osłabić misję, jaka jest udziałem pracowników służby zdrowia. Żeby pojęcie „służby” nie nabrało charakteru ironicznego i sarkastycznego, powinniśmy jako psychiatrzy być świadomi przypadków selektywnego publikowania prac dotyczących efektywności leków (nieoddawanie do druku tych raportów, które słabo potwierdzają efektywność danego leku lub wręcz tę efektywność kwestionują) [6]. Powinniśmy dbać, by wybór przepisywanego leku rzeczywiście zależał od stanu klinicznego pacjenta, naszej wiedzy i doświadczenia, a nie od prezentów przedstawiciela firmy. Powinniśmy czuwać, by wsparcie konferencji przez firmę nie wiązało się z niemerytorycznymi koncesjami na rzecz tej firmy. Powinniśmy być świadomi trików marketingowych, jakimi częstują nas na konferencjach przedstawiciele firm by zyskać naszą „przychyłość”.

Przykłady owego „powinniśmy” można by mnożyć, a ponieważ trudno tu szczegółowo opisywać wszystkie możliwe pułapki, pozostaje jedynie zwrócenie uwagi na konieczność osobistej wrażliwości zawodowej i etycznej psychiatry.

4.

Być może uwagi te można traktować jako znane powszechnie banały. Ale o banałach łatwo zapomnieć.

PIŚMIENNICTWO

1. Frostig J. Psychiatria. Lwów: Wydawnictwo Ossolińskich; 1933.
2. Kępiński A. Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii. Warszawa: PZWL; 1978.
3. Markowski PM. Inne światy, inne prawdy. Znak, 2009; 653 (10): 80-91.
4. Conrad P. The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007
5. Horwitz AV, Wakefield JC. The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. New York: Oxford University Press; 2007
6. Barber Ch. Comfortably Numb. How Psychiatry Is Medicating a Nation. New York: Vintage Books; 2009.