



Model „drogi do psychiatrii” wg Goldberga i Huxleya a rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych

The “pathway to psychiatric care” model by Goldberg & Huxley and prevalence of mental disorders

TOMASZ PAWŁOWSKI, ANDRZEJ KIEJNA

Z Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

STRESZCZENIE. *Poglądy* – przedstawiono model „drogi do psychiatrii” zaproponowany przez Goldberga i Huxleya. Potwierdza on, iż tylko niewielka część osób z zaburzeniami psychicznymi w populacji ogólnej otrzymuje specjalistyczną pomoc psychiatryczną. Model oparty jest na 5 poziomach, z których każdy reprezentuje inną populację. Pomiedzy poszczególnymi poziomami znajdują się filtry, przez które trzeba przejść, aby dostać się na kolejny poziom. **Wnioski** – Badania epidemiologiczne prowadzone równocześnie na każdym z nich mogą ustalić lokalne potrzeby odnośnie psychiatrycznej opieki medycznej.

SUMMARY. *Review* – The paper presents the Goldberg and Huxley model of “pathways to psychiatric care”, which confirms that only a small proportion of those with psychiatric disorders in the general population ever receive specialist psychiatric care. This model is based on five levels, each representing a different population. In order to get from one level to the next it is necessary to pass through a filter. **Conclusions** – Epidemiological surveys conducted at all the levels simultaneously can determine local needs for mental health care.

Słowa kluczowe: rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych / psychiatryczna opieka zdrowotna / model „drogi do psychiatrii”

Key words: prevalence of mental disorders / mental health care / “pathway to psychiatric care” model

Jedną z miar poziomu dostępności opieki psychiatrycznej na danym terenie jest liczba łóżek szpitalnych, wyrażona wskaźnikiem na 10 tys. osób. W latach dziewięćdziesiątych w Wielkiej Brytanii spostrzeżono, że wykorzystanie łóżek psychiatrycznych w dużych ośrodkach miejskich przekraczało często 100% [House of Commons Health Committee 1994]. Jednocześnie wśród hospitalizowanych duży odsetek stanowili pacjenci przyjmowani bez zgody. Taka sytuacja powodowała, że osoby decydujące się dobrowolnie na leczenie miały małe szanse na przyjęcie do szpitala. W związku z tym pojawiło się pytanie o metodę ustalania zapotrzebowania na łóżka psychiatryczne.

W Polsce zapotrzebowanie na łóżka psychiatryczne ewoluowało od wskaźnika 20 na 10 tys. w latach siedemdziesiątych, poprzez

10 na 10 tys. w latach osiemdziesiątych, aby w połowie lat dziewięćdziesiątych zmaleć do 6,3, a obecnie wynosi 5,7 na 10 tys. Różnice te wynikają m.in. z faktu, że wcześniejsze wskaźniki obejmowały również łóżka z oddziałów dla przewlekle chorych, a więc w większości łóżka opiekuńcze. Dla ustalenia obecnych wskaźników zastosowano metodę ekspercką, czyli opartą na dyskusji wewnątrz środowiska psychiatrycznego z uwzględnieniem informacji statystycznych, zarówno demograficznych, jak i związanych z ruchem chorych w szpitalach psychiatrycznych, a także z wielkością ich bazy łóżkowej.

Sama statystyka ruchu chorych w szpitalach i dane demograficzne nie są już wystarczające dla określenia zapotrzebowania na łóżka. Za bardzo ważne uważa się obecnie posiadanie informacji o rozpowszechnieniu

zaburzeń psychicznych przy równoczesnym określeniu zgłaszalności do psychiatrii, wg modelu „drogi do psychiatrii” Goldberga i Huxleya [Goldberg i Huxley 1980].

Badania wskazują, iż u ok. 15% populacji występują zaburzenia psychiczne [Regier i wsp. 1978]. Równocześnie szacuje się, iż od 1/4 do 1/3 pacjentów lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) spełnia kryteria wystarczające do rozpoznania zaburzeń psychicznych [Shepherd i wsp. 1983, Burvill i wsp. 1990]. Jednak tylko niewielki odsetek tych osób (od 7,5% do 15%) jest kierowany do psychiatrii lub psychologa [Goldberg i Huxley 1980].

Model „drogi do psychiatrii”, opracowany w 1980 r. przez Goldberga i Huxleya, wyrósł z potrzeby wyjaśnienia, dlaczego pewne osoby zwracają się o pomoc do psychiatrii, podczas gdy inne nigdy nie trafiają do instytucji psychiatrycznej. Stanowił on próbę zrozumienia związków pomiędzy rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych, a wysiłkami osób chorych lub ich rodzin podejmowanymi w celu uzyskania pomocy. Opierał się na założeniu, iż tylko niewielka część osób z zaburzeniami psychicznymi otrzymuje pomoc psychiatryczną. Większość otrzymuje tę pomoc u lekarzy pierwszego kontaktu. Było to zgodne z badaniami Światowej Organizacji Zdrowia [WHO 1973] na temat roli systemu podstawowej opieki zdrowotnej w wykrywaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych w społeczeństwie.

W Polsce pomiędzy 1 lipca 1967 r. a 30 czerwca 1968 r. przeprowadzono badanie chorobowości ludności Polski metodą reprezentacyjną [Branowitzer i Kostrzewski 1968]. Wykazało ono, iż 1/3 osób, które zgłosiły się z powodu zaburzeń psychicznych przyjęto w poradniach zdrowia psychicznego oraz w szpitalach psychiatrycznych. Pozostałe osoby zostały przyjęte w niepsychiatrycznych zakładach opieki zdrowotnej.

STRUKTURA MODELU

Goldberg i Huxley założyli, że duża liczba pacjentów trafia do psychiatrii po konsul-

tacji u lekarza rodzinnego. Założenie takie oparte było na doniesieniach, z których wynikało, iż ok. 70% pacjentów ambulatoryjnych zostało bezpośrednio skierowanych do psychiatrii przez lekarzy POZ [Mezey i wsp. 1971]. W oparciu o dane oraz badania własne, Huxley i Goldberg stworzyli model „drogi do psychiatrii”, który wyróżniał na niej pięć poziomów

Poziom I – to społeczeństwo – na tym poziomie nasza wiedza o epidemiologii zaburzeń psychicznych pochodzi z badań skryningowych (w badaniu Huxleya i Goldberga zastosowano GHQ-30),

Poziom II – tworzą pacjenci z zaburzeniami psychicznymi zgłaszający się do lekarzy POZ – tutaj także autorzy badali rozpowszechnienie zaburzeń przy użyciu GHQ-30,

Poziom III – to pacjenci, u których lekarze POZ rozpoznali zaburzenia psychiczne,

Poziom IV – odnosi się do pacjentów trafiających do ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej,

Poziom V – odnosi się do pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego

Pomiędzy poszczególnymi poziomami znajdują się filtry, mające wpływ na to, czy dana osoba przejdzie na następny etap drogi.

Pierwszy filtr, który decyduje o tym, czy osoba z zaburzeniami psychicznymi zgłosi się do lekarza POZ, jest definiowany jako tzw. zachowanie chorobowe pacjenta. Wpływa na nie uciążliwość i rodzaj przejawianych objawów, stres psychospołeczny oraz wyuczony wzór zachowań w przypadku choroby. Ważną rolę odgrywają tutaj także takie czynniki, jak dostępność opieki medycznej na danym terenie, bezpłatność leczenia oraz wsparcie rodziny.

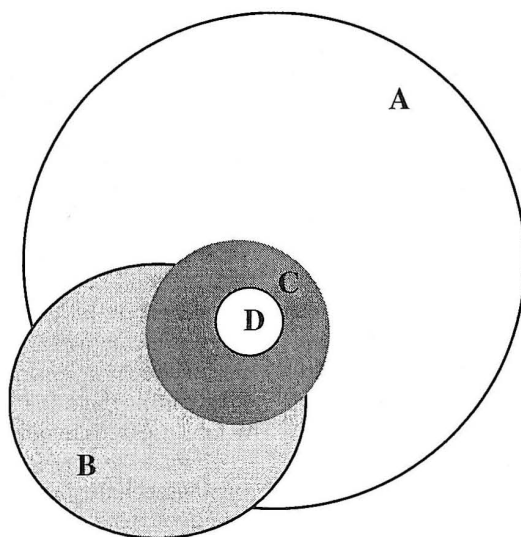
Drugi filtr znajduje się pomiędzy poziomem II i III. Związany jest on głównie ze zdolnością lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do wykrycia zaburzenia psychicznego. Zależy ona zarówno od wiedzy lekarza z zakresu psychiatrii jak i od jego

cech osobowości (konserwatyzm i introwertyzm mierzone skalą Myers-Briggs korelują negatywnie z możliwością wykrycia zaburzenia). Nie bez znaczenia pozostaje również rodzaj prezentowanych przez pacjenta objawów.

Trzeci filtr decyduje o przejściu z poziomu III na IV i jest równoznaczny ze skierowaniem pacjenta do psychiatrii. Zależy on od takich czynników, jak: zdolność lekarza POZ do leczenia zaburzeń psychicznych, dostępność i jakość usług psychiatrycznych na danym terenie oraz uprzedzenia pacjenta i jego rodziny do wizyty u psychiatry. Ważną rolę odgrywa także rodzaj prezentowanych przez pacjenta objawów.

Czwarty filtr jest związany ze skierowaniem pacjenta do szpitala psychiatrycznego. Zależy on od dostępności łóżek w szpitalu, od objawów występujących u pacjenta, ale w szczególności od zagrożenia, jakie stwarza on dla siebie i innych.

Rysunek 1 przedstawia zależności pomiędzy trzema pierwszymi poziomami. Okrąg A odnosi się do osób, które w ciągu roku odwiedziły lekarza POZ. Zajmuje on 66% powierzchni kwadratu, w który jest wpisany, ponieważ taki odsetek społeczeństwa w Wielkiej Brytanii każdego roku korzysta z porad lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej [Royal College of General Practitioners 1979]. Okrąg B, to osoby z zaburzeniami psychicznymi (poziom I). Należy zauważyć, iż okrąg B nie zawiera się całkowicie w okręgu A. Ta jego część, która pozostaje na zewnątrz, dotyczy pacjentów, którzy, pomimo iż byli chorzy nie zdecydowali się na wizytę u lekarza POZ (nie przeszli przez pierwszy filtr). Goldberg i Huxley szacowali, że 20% osób z zaburzeniami psychicznymi nie przechodzi przez pierwszy filtr. Natomiast ta jego część, która zawiera się w okręgu A reprezentuje osoby z zaburzeniami psychicznymi, które zdecydowały się na wizytę u lekarza POZ (poziom II).



- A = osoby, które w ciągu roku korzystały z porady lekarza POZ.
 B = osoby z zaburzeniami psychicznymi w ciągu 1 roku (poziom I).
 C = osoby, u których lekarz POZ rozpoznał zaburzenia psychiczne (poziom III).
 D = osoby skierowane do psychiatrii (poziom IV).

Rysunek 1. Diagram zależności zachodzących pomiędzy poszczególnymi poziomami modelu „drogi do psychiatrii” Goldberga i Huxleya (szczegóły w tekście)

Populacja pacjentów zidentyfikowana przez lekarzy POZ, jako osoby z zaburzeniami psychicznymi (poziom III) przedstawiona jest jako okrąg C. Nie zawiera się on jednak całkowicie w okręgu B. Ta jego część, która wystaje poza okrąg B odnosi się do pacjentów, u których lekarz POZ błędnie rozpoznał zaburzenie psychiczne. Natomiast ta część okręgu B, która nie pokrywa się z okręgiem C reprezentuje pacjentów, którzy nie przeszli przez drugi filtr (pomimo, iż byli chorzy lekarz POZ nie rozpoznał u nich zaburzeń psychicznych). Ostatnim jest okrąg D obejmujący osoby skierowane do psychiatry/psychologa (poziom IV). Stanowi on tylko niedużą część obszaru okręgu C. Uwidacznia to jak niewielki odsetek osób z zaburzeniami psychicznymi, które zgłaszają się do lekarzy POZ, jest konsultowany przez psychiatrę. Osoby, które nie przeszły poprzez trzeci filtr (miały zaburzenia psychiczne, ale nie zostały skierowane do psychiatry) są objęte częścią wspólną okręgów B i C z wyłączeniem obszaru zajmowanego przez okrąg D. Warto także zauważyć, iż okrąg D nie jest całkowicie zawarty w okręgu B. Oznacza to, iż część osób skierowanych do psychiatry przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej nie spełnia kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych.

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych związane z obszarem okręgu D jest najłatwiejsze w eksploracji badawczej. Aby wyznaczyć podstawowe mierniki epidemiologiczne na tym poziomie możemy posiłkować się analizą dokumentacji, czy statystyką przyjęć do szpitala. Natomiast dużo trudniej dostępna jest wiedza o rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych na pozostałych poziomach.

PRAKTYCZNA WERYFIKACJA MODELU

Model zaproponowany przez Goldberga i Huxleya został oparty na założeniu, iż większość osób z zaburzeniami psychicznymi zwraca się o pomoc do lekarzy POZ. Założenie takie jest słuszne w tych krajach, gdzie istnieje dobrze rozwinięty system podstawowej

opieki zdrowotnej. W Wielkiej Brytanii osoby z zaburzeniami psychicznymi nie miały możliwości zwrócenia się o pomoc bezpośrednio do psychiatry. Konieczna była wcześniejsza wizyta u lekarza POZ, aby uzyskać skierowanie.

W 1988 r. Światowa Organizacja Zdrowia wdrożyła program, którego celem była poprawa diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych w podstawowej opiece zdrowotnej. Pierwszym etapem przy realizacji tego programu było badanie nazwane *Pathway study* [Gater i wsp. 1991]. Jego celem było nakreślenie dróg, jakimi osoby z zaburzeniami psychicznymi trafiają do psychiatry w różnych krajach. Chodziło o zidentyfikowanie osób lub instytucji włączonych w proces udzielania pomocy. Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii [Gater i Goldberg 1991, Moodley i Perkins 1991] potwierdziły założenia autorów projektu. 76% pacjentów, którzy zgłosili się do psychiatry/psychologa było wcześniej konsultowanych przez lekarza POZ. Podobne wyniki uzyskano w pozostałych europejskich krajach uczestniczących w badaniu (Czechosłowacja, Hiszpania, Portugalia) [Gater i Goldberg 1991, Vazquez-Barquero 1993].

W związku z potwierdzeniem słuszności założeń teoretycznych dla modelu Goldberga i Huxleya, zaprojektowano szereg badań [Verhaak i wsp. 1990, Robins i Regier 1991, Goldberg i Huxley 1992, Verhaak i Tjihuis 1992, Verhaak 1993] mających na celu wyznaczenie współczynników rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych na różnych jego poziomach. Jedno z takich badań, które objęło wszystkie pięć poziomów, zostało przeprowadzone w West Birmingham [Commander i wsp. 1997]. W tabl. 1 przedstawiono wyniki tego badania.

Zwraca uwagę malejący współczynnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych na kolejnych poziomach. Najmniej selektywny był pierwszy filtr. Jego funkcja wyrażona jest wskaźnikiem 1,6 (2864/1817), co oznacza stosunek miesięcznego współczynnika chorobowości psychiatrycznej (na 10 tys. osób) w populacji ogólnej do miesięcznego współczynnika chorobowości psychiatrycznej (na

Tablica 1. Model „drogi do psychiatrii” w West Birmingham

Współczynnik*	Poziomy i filtry	Wskaźnik
2864	Poziom I. Społeczeństwo	
	filtr 1	1,6
1817	Poziom II. Podstawowa opieka zdrowotna	
	filtr 2	2,2
828	Poziom III. Podstawowa opieka zdrowotna: osoby zidentyfikowane przez lekarza POZ jako chore	
	filtr 3	5,8
142	Poziom IV. Pacjenci, którzy trafili do psychiatrii	
	filtr 4	12,9
11	Poziom V. Pacjenci w szpitalu psychiatrycznym	

* miesięczny współczynnik chorobowości psychiatrycznej (na 10 tys. osób).

10 tys. osób) wśród pacjentów lekarzy rodzinnych. Oznacza to, iż prawie 65% pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (1817/2864) trafiło do lekarzy POZ. W innych badaniach [Goldberg i Huxley 1992] odsetek ten był wyższy i wynosił ponad 70%. Związane to jest ze zróżnicowaniem etnicznym populacji West Birmingham, gdzie zamieszkuje dużo imigrantów. Osoby te często nie znają języka, co utrudnia im korzystanie z instytucjonalnych form opieki medycznej. Filtr drugi, czyli zdolność lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do rozpoznania zaburzeń psychicznych, wyrażony jest wskaźnikiem 2,2 (1817/828). Oznacza to, iż zaledwie co druga osoba z zaburzeniami psychicznymi została prawidłowo zdiagnozowana przez lekarza rodzinnego. Równocześnie tylko co szósty pacjent, u którego lekarz rozpoznał takie zaburzenie, został skierowany do psychiatrii (filtr trzeci = 5,8). Warto zwrócić uwagę, że najbardziej selektywny był filtr czwarty (wskaźnik 12,9). Oznacza to, iż co trzynasty pacjent zgłaszający się ambulatoryjnie do lekarza psychiatrii został skierowany do szpitala. Z tej grupy ok. 30% kierowanych było do szpitala bez zgody, tj. ponad trzykrotnie więcej, niż w skali całego kraju (9%) [Wing 1994].

Porównując współczynniki chorobowości psychiatrycznej z poziomu I (2864) i pozio-

mu IV (142) zauważa się, iż tylko co dwudziesta osoba trafiła do psychiatrii. Oznacza to, iż do psychiatrii dotarło tylko ok. 5% osób z rzeczywistymi problemami psychiatrycznymi. Warto również zauważyć, że redukcja miesięcznego współczynnika chorobowości z wartości 1817 na poziomie II do wartości 142 na poziomie IV (prawie trzynastokrotna) dokonała się na poziomie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Uwidacznia to dobitnie, jaką rolę odgrywają lekarze POZ w diagnostyce i leczeniu zaburzeń psychicznych.

PODSUMOWANIE

Badanie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych na wszystkich pięciu poziomach modelu „drogi do psychiatrii” Goldberga i Huxleya może być dobrym punktem wyjścia do organizacji opieki psychiatrycznej dla danej populacji. Warunkiem korzystania z tego modelu jest jednak funkcjonowanie sprawnego systemu opieki zdrowotnej, opartego na instytucji lekarza rodzinnego przejmującego rolę „filtra” w kierowaniu osób chorych do psychiatrii. Przeprowadzone badania potwierdzają, iż do psychiatrii dociera tylko niewielki odsetek osób z zaburzeniami psychicznymi. Większość pacjentów trafia do lekarzy podstawowej opieki

zdrowotnej. Dlatego tak ważne staje się współdziałanie tych dwóch instytucji. Nasuwa się w tym miejscu pytanie, jaka jest w Polsce rola lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w odniesieniu do problemów psychiatrycznych. Czy główna droga do psychiatrii, jaką odbywają osoby z zaburzeniami psychicznymi prowadzi także przez tę instytucję? Odpowiedzi na te pytania możemy się spodziewać po badaniach „Droga do psychiatrii” przeprowadzonych w 2001 r. przez autorów tej pracy.

PODZIĘKOWANIE

Autorzy dziękują pani mgr Wandzie Langiewicz z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii za udostępnienie danych dotyczących zapotrzebowania na łóżka psychiatryczne w Polsce.

PIŚMIENNICTWO

1. Branowitz Z, Kostrzewski J. Badanie chorobowości ludności Polski metodą reprezentacyjną (1967–1968). *Przegl Epidemiol* 1968; 22: 293–5.
2. Burvill PW. The epidemiology of psychological disorders in general medical settings. W: Sartorius N, Goldberg D, de Giralomo G, Costa e Silva JA, Lecrubier Y, Wittchen HU, red. *Psychological disorders in general medical settings*. Toronto: Huber; 1990: 9–20.
3. Commander MJ, Dharan SP, Odell SM, Surtees PG. Access to mental health care in an inner-city health district. I: Pathways into and within specialist psychiatric services. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 312–6.
4. Commander MJ, Dharan SP, Odell SM, Surtees PG. Access to mental health care in an inner-city health district. II: Association with demographic factors. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 317–20.
5. Gater R, De Almeida e Sousa B, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekar CR, Dhadphale M, Goldberg D, Al Kathiri AH, Mubbashar M, Silhan K, Thong D, Torres-Gonzales F, Sartorius N. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psych Med* 1991; 21: 761–74.
6. Gater R, Goldberg D. Pathways to psychiatric care in South Manchester. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 90–6.
7. Goldberg DP, Huxley P. *Mental Illness in the Community: The pathway to Psychiatric Care*. London: Tavistock; 1980.
8. Goldberg DP, Huxley P. *Common Mental Disorders. A Biosocial Model*. London: Routledge; 1992.
9. House of Commons Health Committee. *Better off in the Community: The care of people who are Seriously Mentally Ill*. London: HMSO; 1994.
10. Mezey A, Evans E. Psychiatric in-patients and out-patients in a London Borough. *Br J Psychiatry* 1971; 118: 609–16.
11. Moodley P, Perkins RE. Routes to psychiatric inpatient care in an Inner London Borough. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991; 26: 47–51.
12. Regier DA, Goldberg ID, Taube CA. The de facto US mental health services system. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 685–93.
13. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric Disorders in America*. New York: Free Press; 1991.
14. Royal College of General Practitioners: Office of Population Censuses and Surveys, DHSS. *Morbidity Statistics from General Practice 1971–1972 Second National Study*. Studies on Medical and Population Subjects No. 36. London: HMSO; 1979.
15. Shepherd M. Mental disorder and primary care in the United Kingdom: J Public Health Policy 1983; 4: 83–8.
16. Vázquez Barquero JL, Herrera Castanedo S, Artal JA, Cuesta Nunez J, Gaité L, Goldberg D, Sartorius N. Pathways to psychiatric care in Cantabria. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 229–34.
17. Verhaak PFM, Wennink HJ, Tjihuis MAR. The importance of the GHQ in general practice. *Fam Pract* 1990; 7: 319–24.
18. Verhaak PFM, Tjihuis MAR. Psychosocial problems in primary care: some results from the Dutch National Study of Morbidity and Interventions in General Practice. *Soc Sci Med* 1992; 35: 105–10.
19. Verhaak PFM. Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 203–8.
20. Wing JK. *Mental Illness*. W: Stevens A, Raftery J, red. *Health Care Needs Assessment*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1994: 202–304.
21. World Health Organization. *Report of Working Group: Psychiatry and Primary Medical Care*. Copenhagen: WHO; 1973.

*Adres: Dr Tomasz Pawłowski, Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej,
ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław, e-mail: tpawlow@psych.am.wroc.pl*