



Badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce u progu XXI wieku*

Mental health research in Poland at the beginning of the 21st century

GRAŻYNA HERCZYŃSKA

Z Biura ds. Współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. WHO od lat postuluje, by informacje o aktualnym stanie badań naukowych dotyczących zdrowia psychicznego służyły do określenia potrzeb w tym zakresie, przyczyniały się do lepszego wykorzystania środków, wspomagały politykę naukową. Realizując te idee, WHO zainicjowała projekt „Badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego i ich infrastruktura w krajach o niskich i średnich dochodach”, w którym uczestniczyło 10 krajów na świecie, w tym Polska. Celem projektu było przedstawienie stanu badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce w 2003 r.

Metoda. Wykorzystując przygotowane przez WHO dwie ankiety: pierwszą, dotyczącą kraju, drugą dla instytucji, w których prowadzone są szeroko rozumiane badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego, zebrano konieczne informacje. Źródłem danych do pierwszej ankiety były oficjalne dokumenty, dane statystyczne. Ankietę przeznaczoną dla instytucji przesłano do 55 ośrodków. Odpowiedzi z 38 ośrodków zostały opracowane pod względem merytorycznym i statystycznym (ekstrapolacja).

Wyniki. W artykule scharakteryzowano zmiany polityki naukowej w Polsce w 15-letnim okresie transformacji, przedstawiono cele i priorytety badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego, zasoby ludzkie, finansowanie, publikacje, możliwości rozpowszechnienia wyników badań, kwestie etyczne. Ok. 6% ogólnej liczby pracowników naukowych w dziedzinie nauk medycznych zajmowało się badaniami naukowymi w zakresie zdrowia psychicznego. 10% funduszy przeznaczonych na badania naukowe w naukach medycznych przeznaczono na badania w tym zakresie. 5,5% artykułów z dziedziny nauk medycznych dotyczyło zdrowia psychicznego.

Wnioski. Cele i priorytety badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego wymagają jasnego sformułowania. Nakłady na badania naukowe w tym zakresie są zdecydowanie za niskie. Pomimo trudności, badania te odpowiadają na aktualne problemy naukowe i na zapotrzebowanie praktyczne. Okresowo powtarzana ocena stanu tych badań i ich infrastruktury pozwoliłaby na obiektywną ocenę zachodzących trendów.

SUMMARY

Objectives. For years the WHO has been calling for the current research into mental health to be used not only to identify the needs in this area, but also to improve resources utilization, research policy development, and in consequence, mental health action. Implementing these ideas the WHO launched a project entitled “Mental health research and its infrastructure in low- and middle-income countries”. The project, carried out in 10 countries worldwide including Poland, was aimed to obtain information about mental health related research and its resources in the year 2003.

Method. Two questionnaires developed by the WHO were used in the study: one concerning the country profile, and the other – institutions involved in broadly defined mental health research. Official documents and statistical data served as sources for the first questionnaire. The second one was mailed to 55 mental health research institutions. Data received from 38 centres were processed and statistically extrapolated so as to provide a general picture.

Results. The paper presents research policy changes in Poland in the 15-year period of transformation, as well as goals and priorities in mental health research, its financing, human resources, publications, dissemination of research results, and ethical issues. About 6% of the total number of researchers in medical sciences were involved in mental health research. Approximately 10% of the total funding for research in medical sciences was allotted to the mental health field. 5.5% of medical publications in Polish journals dealt with mental health.

Conclusions. Goals and priorities in mental health research should be clearly formulated. The expenditure on research in this field was definitely insufficient. Despite the difficulties, mental health research dealt with current scientific questions and was relevant to mental health practice demands. A periodical updating of mental health research and its infrastructure evaluation would allow to objectively identify the existing trends.

Słowa kluczowe: badania naukowe / zdrowie psychiczne / etyka / pracownicy naukowcy / finansowanie badań naukowych / publikacje
Key words: research / mental health / ethics / research personnel / research publications / financing / publications

* Artykuł jest zmodyfikowaną i przystosowaną dla polskiego czytelnika wersją tekstu pod tym samym tytułem, przesłanego do Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie w listopadzie 2004 r. Termin planowanego na rok 2005 wydania anglojęzycznej książki przedstawiającej stan badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego w 10 krajach świata o średnich i niskich dochodach (w tym Polski), przesuwiał się parokrotnie. Obawiam się, że książka, a tym samym wyniki projektu, nigdy nie ujrzą światła dziennego. Na publikację wyników polskiej części projektu otrzymałam zgodę z *Department of Mental Health and Substance Dependence*, WHO, Genewa.

Lista skrótów:

- B+R – Działalność badawcza i rozwojowa
 GERD – Nakłady na działalność B+R
 IF – Instytut Farmakologii
 IMP – Instytut Medycyny Pracy
 IPIŃ – Instytut Psychiatrii i Neurologii
 KBN – Komitet Badań Naukowych
 MHR – Badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego
 (*Mental Health Research*)
 MNiI – Ministerstwo Nauki i Informatyzacji
 MZ – Ministerstwo Zdrowia
 PAN – Polska Akademia Nauk
 PKB – Produkt krajowy brutto
 UE – Unia Europejska
 WHO – Światowa Organizacja Zdrowia
 (*World Health Organization*)

Badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce nie doczekały się jeszcze całościowego opracowania. Osiągnięcia naukowe psychiatrii w pierwszych trzydziestu latach PRL przedstawili w roku 1974 Stanisław Dąbrowski, Stefan Leder i Stanisław Pużyński [1]. Przegląd dorobku został oparty na opiniach samych psychiatrów. Najczęściej podejmowaną wówczas przez kliniki i szpitale psychiatryczne tematyką były obraz kliniczny, analiza rokowań i rehabilitacja schizofrenii i psychoz afektywnych. Zwrócono uwagę na dynamiczny rozwój psychiatrii społecznej. W artykule przedstawiono problematykę badawczą poszczególnych klinik, szpitali i przychodni, prace Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wraz z organizowanymi przez niego zjazdami i konferencjami. W latach 1945–1972 stopień naukowy profesora uzyskało 18 osób, obroniono 41 prac habilitacyjnych.

Trzydzieści lat później przegląd problematyki badawczej w psychiatrii omówił Janusz Rybakowski [2]. Przedstawił zmiany, jakie zaszły w badaniach naukowych w psychiatrii w latach dziewięćdziesiątych: ewolucję paradygmatu badań, nowe metody opracowywania wyników, rozwój periodyków naukowych i wzrost liczby konferencji. Swoje opisy zainteresowań badawczych skoncentrował przede wszystkim na tematach podejmowanych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz katedrach i klinikach psychiatrycznych akademii medycznych.

W obu tych omówieniach zaledwie zaznaczono kwestie publikowanych artykułów, konferencji, czy spraw polityki naukowej i jej głównej konsekwencji, finansowania badań. W odróżnieniu od wspomnianych wyżej publikacji, które omawiały rozwój badań w psychiatrii w Polsce i miały jakąś głębię historyczną, obecne opracowanie przedstawia stan badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego w 2003 r.

CEL PRACY

W roku 2003 Departament Zdrowia Psychicznego i Uzaleźnień od Substancji Psychoaktywnych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Genewie zainicjował projekt badawczy „Badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego i ich infrastruktura w krajach o niskich i średnich dochodach” (*Atlas research: a WHO project on mental health research and research infrastructure in low- and middle-income countries*). W zamyśle organizatorów projekt miał

określić zasoby naukowe w 10 wybranych krajach świata, w tym zarówno tematykę i liczbę projektów badawczych, jak i politykę naukową w zakresie zdrowia psychicznego, współpracę badawczą, finansowanie badań itp. Zebrane informacje powinny stać się podstawą dla sformułowania potrzeb, umożliwić ewaluację i monitorowanie badań naukowych nie tylko w zakresie zdrowia psychicznego, lecz także zdrowia publicznego. Powinny pomóc w podejmowaniu potwierdzonych empirycznie działań wobec instytucji rządowych bądź organizacji międzynarodowych w celu zwiększenia inwestycji na badania naukowe.

WHO od wielu lat postuluje, by badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego (*Mental Health Research*, MHR) przyczyniały się do formułowania polityki zdrowotnej poszczególnych krajów, prowadziły do lepszego wykorzystania istniejących możliwości, wpływały na podniesienie jakości opieki psychiatrycznej, i co za tym idzie, na poprawę zdrowia psychicznego społeczeństwa. Określenie sytuacji MHR powinno być pierwszym krokiem na drodze ku aktywnej ich roli w polityce ochrony zdrowia psychicznego, instrumentem zmian.

Niniejszy artykuł jest podsumowaniem polskiej części projektu WHO. Przedstawione wyniki, choć noszą silne piętno pytań interesujących WHO, przedstawiają różne aspekty prowadzonych w Polsce badań w zakresie zdrowia psychicznego.

METODA

Projekt WHO prowadzony był w dwóch fazach. Pierwszy etap (2003–2004) dotyczył polityki naukowej państwa, celów i priorytetów badawczych, kwestii etycznych oraz systemu sterowania nauką w Polsce. Problematyka ta miała stanowić tło dla przedstawienia sytuacji badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego. Bazą była ankieta opracowana przez WHO (*Atlas research: mental health research in low- and middle- income countries. Country questionnaire*). Podstawowym źródłem danych były ustawy, oficjalne dokumenty Komitetu Badań Naukowych (KBN), a następnie Ministerstwa Nauki i Informatyzacji (MNiI), samorządu lekarskiego, ogólnodostępne dane statystyczne. Brak krajowej bazy danych gromadzącej informacje na temat badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego uniemożliwił precyzyjne odpowiedzi na pytania dotyczące infrastruktury tych badań. Również system prowadzenia badań naukowych i ich zarządzania, wyłaniający się ze sformułowań ankiety WHO, nie w pełni odpowiadał sytuacji istniejącej w Polsce (a zapewne i w innych krajach, do których ankieta była adresowana). Odpowiedzi na pytania wymagały zatem wielu komentarzy i wyjaśnień. Niemniej ankieta wyraźnie wskazała na wiele naszych niedociągnięć.

Druga faza projektu (2004) miała na celu zebranie danych z instytucji prowadzących badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego i, w konsekwencji, bliski rzeczywistości opis stanu MHR. Przygotowana przez WHO 22-stronicowa ankieta (*Atlas research: mental health research in low- and middle- income countries. Questionnaire for institutions*) została przetłumaczona i, w miarę możliwości, zaadaptowana do warunków polskich. Ankieta została przesłana do 55 ośrodków, które prowadzą badania

naukowe dotyczące szeroko pojętego zdrowia psychicznego; odpowiedziało na nią 38 ośrodków (p. Aneks):

- z 17 klinik i katedr psychiatrii akademii medycznych – odpowiedziało 14,
- z 13 klinik neurologicznych akademii medycznych – odpowiedziało 10,
- z 22 instytutów psychologii i pedagogiki uniwersytetów oraz innych szkół wyższych i ośrodków badawczych – odpowiedziało 11,
- z 3 instytutów badawczo-rozwojowych i Polskiej Akademii Nauk – odpowiedziały wszystkie.

Projekt objął zatem badania naukowe prowadzone nie tylko w klinikach psychiatrycznych, ale również w innych ośrodkach naukowych w Polsce. Odpowiedzi na ankietę zostały opracowane pod względem merytorycznym i statystycznym (dokonano ekstrapolacji zawartych w niej danych). Wyniki projektu przedstawiam zgodnie z porządkiem obu ankiet.

WYNIKI – PODSTAWOWE CHARAKTERYSTYKI

Polityka naukowa w Polsce

Badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce, podobnie jak i we wszystkich innych dziedzinach, uległy w latach 1989–2004 zasadniczym zmianom. Transformacje polityczne i gospodarcze, zainicjowane w Polsce w roku 1989 sprawiły, że dawny system sterowania nauką hamował jej rozwój. Konieczne było stworzenie nowego systemu, wzorującego się na rozwiązaniach krajów Europy Zachodniej i odpowiadającego potrzebom i zadaniom nowej sytuacji. W roku 1991 powołano KBN, odpowiedzialny za kierowanie sprawami nauki. Po raz pierwszy w Polsce wprowadzono system recenzji, grantów i innych powszechnie przyjętych technik polityki naukowej. Proces oceny projektów naukowych i rozdziału skromnych środków, uprzednio zarządzany przez urzędników, przeszedł do rąk uczonych.

Kierunki badań zostały określone w terminach ogólnych. Obejmowały one obszary, w których nauka w Polsce mogła poszczycić się znacznymi osiągnięciami, dziedziny

mające doniosłe znaczenie poznawcze i kulturalne, oraz te, na których opierają się innowacje technologiczne [3, 4, 5].

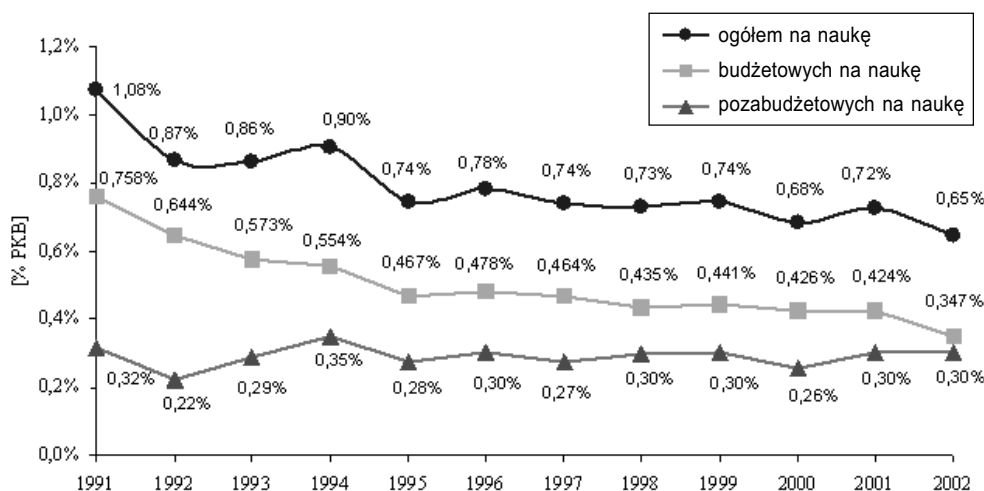
Przyjęty program formułowania polityki naukowej i sposób jego implementacji – zainicjowane w istocie przez środowisko naukowe – zostały przez nie z aprobatą przyjęte. Było dla niego jasne, że aspiracje społeczeństwa i jego obywateli muszą opierać się na badaniach naukowych i że choćby powolny, lecz stały wzrost nakładów na naukę jest niezbędnym warunkiem spełnienia tych aspiracji.

Niezależnie jednak od przedwyborczych deklaracji, partie o różnych politycznych orientacjach, będące u władzy w ciągu całego piętnastolecia nie przywiązywały do spraw nauki należytej wagi i w konsekwencji nakłady finansowe na naukę stale spadały (rys. 1) [6].

Jak widać z wykresu, pozabudżetowe nakłady na naukę w roku 2002 były prawie równe nakładom budżetowym. Głównymi pozabudżetowymi źródłami finansowania badań była Unia Europejska (UE) i inne agencje międzynarodowe oraz przemysł krajowy i zagraniczny. Udział tych ostatnich, w przeciwieństwie do krajów gospodarczo rozwiniętych, był bardzo niewielki, co jest związane z tym, że przemysł w Polsce bazował raczej na technologii importowanej niż własnej.

Niezależnie jednak od trudności, nowa sytuacja polityczna korzystnie wpłynęła na naukę w Polsce. Kontakty z międzynarodowymi instytucjami naukowymi i, w szczególności, ich udział w projektach badawczych finansowanych przez UE, szybko wzrastał. Nowe metody kierowania nauką, niezależnie od różnych ich niedociągnięć, otworzyły rzeczywiste możliwości rozwoju przed wieloma młodymi pracownikami nauki. Podstawowe znaczenie miało też uzyskanie doświadczenia w sprawach organizacyjnych dotyczących polityki naukowej. W latach dziewięćdziesiątych liczba obronionych doktoratów stale wzrastała, podobnie jak liczba publikacji. Słabym punktem, jak już była o tym mowa, były małe nakłady na badania, przestarzała aparatura naukowa (amortyzacja aparatury sięgała ok. 70%) i zbyt powolny proces karier naukowych [7].

System kierowania nauką, wprowadzony na początku roku 1990, wymagał modyfikacji związanych ze zmianami, jakie zaszły w środowisku naukowym po 15 latach



Źródło: [6] <http://www.kbn.gov.pl/pub/kbninfo/zopan/w3.html>

Rysunek 1. Udział wydatków na naukę w PKB w latach 1991–2002

transformacji i, w szczególności, przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej. Po latach funkcjonowania, metody kierowania nauką przez KBN – taka była również opinia części środowiska naukowego – wymagały korekt. Decyzyjna rola wybieralnych Komitetów KBN – rezultat nadmiernie demokratycznych tendencji – prowadziła do rozdrobnienia nakładów, co nie pozwalało na skuteczną politykę naukową państwa. Dyskusje dotyczące przyszłego kształtu systemu polityki naukowej koncentrowały się na stosunku między wykonawczymi prerogatywami wybieralnych ciał spośród środowiska naukowego a nauką i innowacyjną polityką państwa.

W roku 2003 powołano Ministerstwo Nauki i Informatyzacji, które wchłonęło KBN. Podstawowym zadaniem Ministerstwa było określenie nowej polityki naukowej. KBN został pozbawiony funkcji decyzyjnych, i jego rola ograniczyła się do funkcji doradczej¹.

Przy ustalaniu nowych celów i priorytetów badawczych brano pod uwagę nie tylko możliwości uzyskania przez polską gospodarkę przewagi konkurencyjnej, ale także priorytety UE. Kierunki polityki europejskiej zostały określone przede wszystkim w Strategii Lizbońskiej, przyjętej w 2000 r. Głównym celem tej strategii jest przekształcenie UE do roku 2010 w najbardziej dynamiczną i konkurencyjną, opartą na wiedzy, gospodarkę na świecie. Filarami takiej gospodarki mają być edukacja, nauka i rozwój społeczeństwa informatycznego. Te obszary gospodarki powinny rozwijać się równomiernie, zapewniając dopływ wykwalifikowanych kadr oraz nowoczesnych rozwiązań technologicznych.

Podstawowym kluczem realizacji tej strategii jest rozwój badań naukowych. Priorytety tej strategii dotyczą trzech grup: bio, info i techno. Medycyna wchodzi w pierwszą z tych grup i wśród priorytetów z nią związanych znajduje się biotechnologia i bioinżynieria, nowe wyroby i techniki medyczne. Proponowane wówczas w Polsce priorytety nie różniły się zasadniczo od analogicznych w innych krajach UE.

Strategia Lizbońska wyznacza na rok 2010 nakłady na naukę w wysokości 3% PKB, z czego 1/3 powinna pochodzić ze środków budżetowych. Niestety planowane w *Narodowym Planie Rozwoju na lata 2004–2006* (NPR), nakłady budżetowe na działalność badawczo-rozwojową (GERD) w stosunku do Produktu Krajowego Brutto (PKB) w 2005 r., zakładane na 0,55%, zostały ograniczone do 0,3%, mniej nawet niż w roku 2004. Jest to wartość należąca do najniższych w krajach UE [8].

Dla porównania warto podać, że w 2001 r. wartość GERD w rozszerzonej UE wynosiła 1,93% PKB, zaś w przeliczeniu na głowę ludności w Polsce – 0,40 tej wartości, jaką miała w Unii. W rezultacie średnia nakładów na badacza (ekwiwalent pełnego czasu pracy) w Polsce wynosiła 23 000 euro, podczas gdy krajach Unii, 156 000 euro [9].

Również struktura nakładów w Polsce była odmienna niż w UE. W Polsce, proporcje między nakładami na biologię (biologia, ekologia, medycyna), nauki ścisłe i techniczne (matematyka, chemia, technologia itp.) i humani-

styka były jak 5,6:5,3:1; w krajach rozwiniętych ten stosunek wynosił 5,5:3,5:1. Prowadziło to do sytuacji, w której w Polsce i w niektórych innych krajach Środkowej i Wschodniej Europy, nakłady finansowe na bionauki i humanistykę były wyraźnie zaniżone [8].

Zakres finansowania nauki w Polsce był i jest nadal nieodpowiedni i niewystarczający dla potrzeb kulturalnych i technologicznych społeczeństwa polskiego. Wielkość nakładów na naukę nie przekroczyła progu, który umożliwiłby jej start w procesach innowacyjnych.

Cele badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego

Narodowy Program Zdrowia (NPZ), opracowywany co 5 lat, określa politykę państwa w dziedzinie zdrowia i stanowi podstawę formułowania celów badań naukowych w dziedzinie medycyny. Wśród 18 celów wymienionych w NPZ na lata 1996–2005, trzy odnosiły się do zdrowia psychicznego: cele 4 i 5 dotyczyły zmniejszenia i zmiany struktury spożycia alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz ograniczenia szkód zdrowotnych z nimi związanych, cel 7 mówił o promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym. W omawianym okresie zadanie monitorowania wykonania celów programu powierzono Instytutowi Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Cele badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego na poziomie krajowym nie zostały wyraźnie sformułowane. Pośrednio można je odczytać w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (1994), w Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (1995), w Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 2000–2005 oraz w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii 2002–2005. W Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego stwierdza się, że należy podejmować badania naukowe służące umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym (rozdz. 1, art. 4, ust. 6). W pozostałych trzech dokumentach mówi się o przeciwdziałaniu problemom wywołanym przez alkohol, monitorowaniu efektywności programów zapobiegania i leczenia tych problemów, zbieraniu informacji dla opracowania i prowadzenia społecznie akceptowanej polityki zapobiegania narkomanii.

Wybór celów badań naukowych opiera się w znacznym stopniu na analizie bieżącego stanu i potrzeb społeczeństwa. Do czynników uzasadniających wybór celów MHR, wymienione dokumenty zaliczają przede wszystkim skutki transformacji społeczno-politycznej lat dziewięćdziesiątych (np. obniżenie standardu życia, bezrobocie), wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych i zapadalności na nie, zwiększenie konsumpcji alkoholu i substancji psychoaktywnych, przyczyniających się do podwyższenia wskaźnika zaburzeń niepsychotycznych, infekcji HIV, zgonów z powodu chorób wątroby, szczególnie wśród mężczyzn.

Jest rzeczą interesującą, że w żadnym z wymienionych dokumentów nie odnotowano kwestii planowania i koordynacji badań naukowych, wytycznych ich finansowania, budowy infrastruktury i monitorowania samych badań, a więc tych zagadnień, które zapewniają jakość i ciągłość prowadzenia badań naukowych.

¹ Od tego czasu parokrotnie zmieniano nazwę i zakres pracy Ministerstwa. Z perspektywy roku 2006 trudno uznać, że reformy przyniosły poprawę sytuacji.

Priorytety badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego

Ustalanie priorytetów badawczych należało do obowiązków KBN. Do ich określenia były zapraszane grupy specjalistów i ośrodki badawcze, było więc rzeczą naturalną, że uczeni zajmujący się zdrowiem psychicznym dążyli do umieszczenia swojej dziedziny wśród priorytetów badań medycznych.

Priorytety badań naukowych w medycynie sformułowane w roku 1993 przez KBN, i następnie powtórzone w roku 1996, nie obejmowały problematyki zdrowia psychicznego. W połowie roku 2004 rozpoczęto konsultacje dotyczące nowych priorytetów w badaniach medycznych, biorąc pod uwagę postulaty WHO i doświadczenie innych krajów europejskich. Spośród 18 priorytetów rekomendowanych przez WHO [10], KBN wybrał pięć, w tym depresję. Wymienione priorytety miały wówczas charakter propozycji i oczekiwały na opinie środowiska naukowego.

Priorytety badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego i czynniki determinujące ich wybór nie zostały sformułowane *explicite*, w żadnym z dokumentów dotyczących zdrowia psychicznego. Zmodyfikowana w roku 2003 wersja Narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego na lata 2004–2007 postulowała w rozdziale 5, zatytułowanym „Prewencja czwartego stopnia: badania naukowe i rozwój systemów informacji zdrowotnej”, ustanowienie rządowego programu badawczego z zakresu ochrony zdrowia psychicznego z następującymi preferowanymi kierunkami badań:

1. psychospołeczne czynniki sprzyjające utrzymaniu zdrowia psychicznego, jak i czynniki jemu zagrażające, w tym:
 - psychospołeczne determinanty zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży,
 - rozpowszechnienie problemów zdrowotnych związanych z alkoholizmem i narkomanią,
 - psychospołeczne i biologiczne determinanty konsumpcji alkoholu i narkotyków,
 - nowe czynniki ryzyka zdrowia psychicznego, w szczególności bezrobocie,
 - determinanty samobójstw, w szczególności w grupach ryzyka,
 - czynniki ryzyka zaburzeń otepiennych okresu starzenia,
2. nowe metody prewencji zaburzeń psychicznych,
3. nowe metody diagnostyczne, terapeutyczne i rehabilitacji zaburzeń psychicznych, włączając w to uzależnienia,
4. skuteczność leczenia zaburzeń psychicznych i powikłań zdrowotnych związanych z alkoholem i używaniem innych substancji psychoaktywnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
5. skuteczność leczenia i rehabilitacji w różnych formach opieki środowiskowej,
6. rozpowszechnienie niepełnosprawności społecznej z powodu zaburzeń psychicznych,
7. miejsce i rola osób z zaburzeniami psychicznymi w rodzinie i społeczeństwie,
8. ocena realizacji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i Programu ochrony zdrowia psychicznego,
9. statystyka medyczna jako narzędzie oceny stanu zdrowia psychicznego populacji oraz funkcjonowania i kosztów opieki zdrowotnej.

W rozdziale piątym Programu nie uzasadniono wyboru preferowanych kierunków badań. Można przyjąć, że ustalając je, wzięto pod uwagę, opisane we wstępie Programu, następujące czynniki:

1. wzrastającą liczbę rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych zarejestrowanych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej,
2. zmianę wzorców konsumpcji alkoholu i narkotyków, w szczególności wśród młodzieży,
3. niepokojący wzrost liczby samobójstw dzieci i młodzieży,
4. bezrobocie, jako nowy czynnik ryzyka dla zdrowia psychicznego,
5. poczucie społecznej niepewności w społeczeństwie polskim, związane z polityczną i ekonomiczną transformacją ustrojową,
6. wzrost ryzyka chorób psychicznych u dzieci i młodzieży.

Preferowane kierunki badań nie mogą pełnić funkcji priorytetów, obejmują one bowiem praktycznie wszystkie aspekty zdrowia psychicznego. Choć ogólnokrajowe priorytety MHR nie zostały przyjęte, to jednak, przy ustalaniu swoich rocznych planów Instytut Psychiatrii i Neurologii i inne ośrodki naukowe brały pod uwagę określone w Programie ochrony zdrowia psychicznego kierunki badań.

Etyka badań naukowych

Kwestiom etycznym WHO przypisuje szczególną uwagę, kierując się podejrzeniem, że w krajach o niskich (a także średnich) dochodach nie zwraca się specjalnej uwagi na kryteria dotyczące prowadzenia badań naukowych i klinicznych z udziałem człowieka. W Polsce kryteria etyczne są jasno i precyzyjnie zdefiniowane.

Podstawowa norma prawna dotycząca etyki i badań medycznych, obowiązująca w Polsce, zawarta jest w art. 43 Konstytucji RP z 1997 r., w którym stwierdza się, że „Nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody”.

Problem eksperymentu medycznego uregulowany jest w ustawach i rozporządzeniach. Artykuły 21–29 Ustawy o zawodzie lekarza (1996), zatytułowane „Eksperyment medyczny”, określają zasady przeprowadzania eksperymentów na ludziach. Eksperyment może być prowadzony tylko mając na względzie cele terapeutyczne lub badawcze i nie może narażać zdrowia lub życia osoby. O badaniach produktów leczniczych mówią ustawy *Prawo farmaceutyczne* (2001) i o *Wyrobach medycznych* (2001).

Ustawa o publicznej służbie krwi (1997) oraz Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (1995) regulują postępowanie z ludzkim materiałem biologicznym. Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie badań klinicznych wyrobów medycznych (2002) i, w szczególności, *Dobra praktyka kliniczna* (2002) określają obowiązki badaczy i kryteria badań klinicznych.

Polskie przepisy prawne nie zawierały odrębnych regulacji dotyczących zarodków ludzkich oraz zakazu klonowania człowieka. W roku 1999 Minister Sprawiedliwości podpisał *Konwencję o ochronie praw człowieka i godności osoby ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny Rady Europy* (1997) oraz *Protokół dodatkowy w sprawie zakazu klonowania istot ludzkich* (1998).

Zasady postępowania etycznego regulują również kodeksy opracowane przez poszczególne grupy zawodowe.

W specjalnej sekcji *Kodeksu etyki lekarskiej* (2003) określone są zasady badań i doświadczeń biomedycznych. Szczególną uwagę zwrócono na badania prowadzone bądź sponzorowane przez przemysł medyczny oraz badania ludzkiego genomu.

W *Kodeksie etyczno-zawodowym psychologa* (1991) zawarte są zasady postępowania w badaniach psychologicznych. Psychologowie muszą zdawać sobie sprawę, że ich badania mogą służyć nie tylko wzbogacaniu wiedzy, lecz mogą być nadużywane w celu „kształtowania przekonań i zachowania ludzi”.

Wszystkie dokumenty dotyczące spraw etycznych opierają się na międzynarodowych wytycznych. Jednak tylko *Kodeks etyki lekarskiej* powołuje się bezpośrednio na *Deklarację Helsińską* (Edynburg 2000), a *Kodeks etyczno-zawodowy psychologa* na *Deklarację Praw Człowieka Narodów Zjednoczonych*.

Pytania, które specjalnie interesowały WHO, dotyczyły kryteriów prowadzenia badań na tej części populacji, która jest szczególnie podatna na zranienie, wytycznych dotyczących funkcjonowania i składu komisji bioetycznych oraz środków egzekwowania zasad postępowania etycznego.

Ustawa o zawodzie lekarza oraz *Kodeks etyki lekarskiej* formułują specjalne kryteria prowadzenia badań z udziałem słabszej części społeczeństwa. Objęto specjalnym zapisem dzieci oraz młodzież do lat 16, kobiety w ciąży i karmiące, osoby ubezwłasnowolnione. Nie prowadzi się badań naukowych na zarodkach ludzkich.

Zgodnie z art. 29 Ustawy o zawodzie lekarza, każdy eksperyment medyczny wymaga uprzedniej pozytywnej opinii niezależnej komisji bioetycznej. Organizacja i zasady postępowania lokalnych komisji bioetycznych podane są w Ustawie o zawodzie lekarza oraz w Rozporządzeniu o powołaniu, finansowaniu działaniu komisji bioetycznych (1999). Komisje bioetyczne działają na zasadzie regionalnej. Minister Zdrowia powołuje Odwoławczą Komisję Bioetyczną, rozpatrującą odwołania od uchwał komisji lokalnych. Propozycje powołania krajowej komisji bioetycznej dwukrotnie zostały odrzucone przez Sejm z przyczyn politycznych.

Lokalne komisje bioetyczne oceniają projekty eksperymentów medycznych wszystkich rodzajów, planowane na terenie działania okręgowej izby lekarskiej, w uczelniach medycznych lub jednostkach badawczo-rozwojowych. Opinia uwzględnia etyczną stronę proponowanego eksperymentu, jego cele i wykonalność.

Ogólna liczba projektów badawczych dotyczących zdrowia psychicznego i wymagających opinii komisji bioetycznych wynosiła w roku 2003 ok. 120. Liczba zażeń była bardzo mała (2). Żaden projekt związany z badaniami w zakresie zdrowia psychicznego nie trafił do Odwoławczej Komisji Bioetycznej. Badania leków prowadzono w wielu klinikach, lecz ściśle trzymały się one zasad kodeksu etycznego.

Podstawą przeprowadzania doświadczeń na zwierzętach (w instytutach podległych Ministerstwu Zdrowia, na gryzoniach) jest Ustawa o ochronie zwierząt z roku 1997. Została ona uzupełniona rozporządzeniem Rady Ministrów, w którym dokładnie sprecyzowano procedury eksperymentalne. Doświadczenia i testy na zwierzętach mogą być przeprowadzane tylko w wyznaczonych placówkach naukowych.

W celu opiniowania doświadczeń na zwierzętach została utworzona Krajowa komisja etyczna ds. doświadczeń na

zwierzętach, powoływana przez przewodniczącego KBN. Lokalne komisje etyczne są odpowiedzialne za przestrzeganie obowiązujących przepisów. Do ich zadań należy akceptowanie procedur eksperymentalnych na zwierzętach, wypowiedzenie opinii, sprawdzanie warunków życia i odżywiania zwierząt w laboratoriach instytutów. W 2003 r. ok. 45 projektów badawczych przeprowadzanych na zwierzętach, a dotyczących zdrowia psychicznego, zostało przedłożone w lokalnych komisjach etycznych. Wszystkie zostały zaaprobowane.

Wprowadzanie w życie dyscypliny etycznej opisane jest krótko w *Dobrej praktyce klinicznej*: obowiązkiem sponsora badań jest ich monitorowanie, audyt lub przeprowadzanie kontroli ich prowadzenia zgodnie z protokołem badania klinicznego oraz pod kątem ochrony praw i dobra uczestników badań. Badanie kliniczne winno być zawieszane w przypadku kolejnego przekroczenia norm.

Pracownicy instytucji naukowych są dyscyplinarnie zobowiązani do etycznego zachowania. Ewentualne kary dyscyplinarne mogą prowadzić do zwolnienia z pracy (Ustawa o szkolnictwie wyższym, 1990, Ustawa o instytutach badawczo-rozwojowych, 1995, Ustawa o Polskiej Akademii Nauk, 1997). Zadaniem społeczności naukowej jest znalezienie dróg potępienia niewłaściwych postaw badawczych, czy też przekroczenia norm godności uczonego. Nie przewiduje się wprowadzenia w tej materii środków prawnych. Zasady i procedury dotyczące prowadzenia badań zawarte są w opracowanym przez KBN dokumencie *Dobra praktyka badań naukowych. Rekomendacje*.

Ośrodki prowadzące badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego

Badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego prowadzone są w trzech rodzajach ośrodków:

1. *specjalne instytuty* – instytuty badawczo-rozwojowe (B+R) i instytuty Polskiej Akademii Nauk (PAN),
2. *jednostki medyczne* – kliniki i katedry psychiatryczne oraz neurologiczne akademii medycznych,
3. *jednostki uniwersyteckie* – np. instytuty psychologii, katedry pedagogiki.

Specjalne instytuty

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (IPiN)
– instytut B+R

Powołany w 1951 r., IPiN jest największym ośrodkiem badawczym w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce. Badania obejmują praktycznie wszystkie aspekty zdrowia psychicznego. Badania kliniczne wspomagane są przez zakłady nauk podstawowych (genetyki, neuropsychologii, farmakologii itd.). Kwestie społeczne, epidemiologia, problemy związane z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi, promocja zdrowia psychicznego również leżą w sferze zainteresowań Instytutu.

Instytut Medycyny Pracy im. Nofera w Łodzi (IMP)
– instytut B+R.

W ciągu prawie 50 lat swojego istnienia przekształcił się z małej jednostki związanej z Akademią Medyczną w Łodzi w samodzielny ośrodek badawczy, obejmujący swoją działalnością szereg dziedzin medycyny zawodowej i środowiskowej. W IMP tylko zakład psychologii pracy z 9

pracownikami zajmuje się problemami zdrowia psychicznego: stresem zawodowym i analizą stanowisk pracy pod kątem oceny psychicznej obciążenia pracą.

Instytut Farmakologii w Krakowie (IF) – instytut PAN.

IF jest dużym ośrodkiem badawczym, założonym w roku 1954. Jego badania obejmują neurochemiczne korelaty zależności, neuroendokrynologię, neurofarmakologię molekularną, neurobiologię. Prowadzone są wszechstronne badania leków psychotropowych (leki przeciwdepresyjne, przeciwłękowe, neuroleptyki).

Jednostki medyczne

Kliniki i katedry psychiatrii i neurologii związane są z akademią medycznymi. Historia niektórych z nich sięga drugiej połowy XIX wieku, lecz większość z nich, podobnie jak ich macierzyste instytucje, powstała dopiero po II wojnie światowej. Są to stosunkowo niewielkie jednostki z 8 do 20 pracownikami naukowymi (z wyjątkiem Krakowa mającego ich 42).

Kliniki psychiatrii prowadzą badania dotyczące zaburzeń psychicznych i behawioralnych. Niektóre specjalizują się w specyficznych problemach, np. zaburzeniach snu, molekularnej genetyce zaburzeń psychicznych, psychoterapii, psychiatrii wojskowej, w problemach psychicznych „dzieci holocaustu” [2].

Kliniki neurologii koncentrują się na badaniach chorób naczyniowych układu nerwowego, zespołach ośrodkowych (w tym choroby Alzheimera), neuropsychologii, padaczki, udarów.

Jednostki uniwersyteckie

Instytuty psychologii i katedry pedagogiki należą do uniwersytetów. Prace MHR dotyczą przede wszystkim zdrowia psychicznego różnych grup społecznych, samobójstw, niepełnosprawności intelektualnej oraz problematyki alkoholizmu i narkomanii. Tylko na jednym niepaństwowym uniwersytecie prowadzone są badania w zakresie zdrowia psychicznego.

MHR prowadzone są również przez osoby pracujące w szpitalach pozauniwersyteckich, skąd pochodzi pewna liczba doniesień kazuistycznych oraz badań leków. Badania prowadzone są na ogół w ścisłej współpracy z klinikami psychiatrii i neurologii akademii medycznych. Niektóre prace podstawowe są prowadzone przez niewielkie zespoły (2–5 osób) w jednostkach PAN (np. Zespół Badawczo-Leczniczy Chorób Zwyródnieniowych Centralnego Układu Nerwowego, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej, Warszawa) bądź instytutach B+R.

Problemy naukowe podejmowane przez poszczególne jednostki dotyczą zazwyczaj specjalnego zagadnienia czy też problemów zależnych od naukowych tradycji lub też zainteresowań naukowych osoby prowadzącej badania. Jest to zresztą zjawisko charakterystyczne dla większości zadań badawczych, podejmowanych w tym środowisku naukowym.

Poziom naukowy projektów badawczych ocenia specjalna komisja, wyznaczana przez radę naukową instytutów lub akademii medycznych. Członkami tych komisji są niejednokrotnie osoby spoza macierzystych ośrodków. Pro-

jekty badawcze prowadzone przez szereg lat są corocznie monitorowane i publikowane w rocznych raportach.

Większość ośrodków podejmujących badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego ma dostęp do Internetu. Większe jednostki posiadają własne biblioteki z czasopismami krajowymi i międzynarodowymi, ogólnomedycznymi, i z zakresu zdrowia psychicznego; inne korzystają ze zbiorów akademii medycznych lub uniwersytetów. Naukową bibliotekę IPIŃ z jej bogatym księgozbiorem, można uważać za ogólnokrajową bibliotekę literatury na temat zdrowia psychicznego. Ma ona dostęp do artykułów on-line poprzez EBSCO, ProQuest i Science Direct.

Kadry

W roku 2003 ogólna liczba osób zaangażowanych w badania naukowe w Polsce – pracowników naukowych, techników i personelu pomocniczego – przekroczyła 126 000; 75% z nich to pracownicy naukowo-badawczy, z tego ok. 75% pracuje na uczelniach wyższych. Liczba pracowników naukowo-badawczych zatrudnionych na tzw. ekwiwalentach pełnego czasu pracy na tysiąc osób aktywnych zawodowo wynosiła 3,4 w porównaniu ze średnią w 15 krajach Unii Europejskiej dwa lata wcześniej – 5,9. Stosunek kobiet do ogólnej liczby pracowników naukowych wynosił nieco ponad 40%. W naukach medycznych liczba osób zatrudnionych: pracowników naukowo-badawczych, techników i kadry pomocniczej wynosiła 19 000, w tym 13 700 pracowników naukowo-badawczych [9, 11].

Ekstrapolacja danych na podstawie otrzymanych odpowiedzi na ankietę WHO prowadzi do wniosku, że liczba zaangażowanych w MHR w Polsce w roku 2003, wynosiła ok. 800 osób, tj. ok. 5,8% liczby pracowników naukowych zatrudnionych w naukach medycznych. Spośród nich kobiety stanowiły 55%. Liczba pracowników naukowych poniżej 40 roku życia – 30% (tabl. 1). Te liczby nie odbiegają od średniej krajowej dla osób pracujących w nauce. Poniżej 5% uczonych prowadziło badania dla sektora prywatnego, czasowi rezydenci z krajów gospodarczo rozwiniętych byli nieliczni.

Spośród ogólnej liczby pracowników naukowych prowadzących badania w zakresie zdrowia psychicznego, 55% pracowało w klinikach psychiatrii i neurologii, ok. 20% w naukach podstawowych, w pozostałych dziedzinach badań zdrowia psychicznego pracowało 25% osób (tabl. 2). Społecznymi aspektami zdrowia psychicznego zajmowało się ok. 16% pracowników naukowych (tabl. 1).

Należy zauważyć, że praca naukowa w IPIŃ i w innych jednostkach medycznych nie byłaby możliwa bez stałej pomocy pielęgniarek, terapeutów i pracowników socjalnych. Jednak ich liczba i ich wkład do pracy badawczej nie były możliwe do oszacowania. W zależności od problemu badawczego brali oni udział w różnych zagadnieniach technicznych, np. zbieraniu informacji, badaniu leków.

Mobilność pracowników naukowych w Polsce była monitorowana do roku 1996. W okresie 1994–1996 średnia liczba emigrujących rocznie wynosiła 70 osób [12]. Dane dotyczące migracji pracowników naukowych po roku 1996 nie są dostępne, lecz powszechnie przyjmuje się, że emigracja nadal przeważa nad imigracją, w szczególności w naukach fizycznych i biologicznych. Liczba pracowników

Tablica 1. Pracownicy prowadzący badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego w 2003 r.

Rodzaj	Liczba jednostek	Liczba osób	Psychiatry i inni lekarze	Psychologowie	Inni	Kobiety	Poniżej 40 roku życia	Problemy zdrowia publicznego
IPiN	21	143	88	17	38	91	41	30
– psychiatria	10	50	42	8	0	30	12	4
– neurologia	3	21	17	1	3	15	8	3
– nauki podstawowe	5	49	26	0	23	30	14	0
– inne	3	23	3	8	12	16	7	23
IF	–	108	0	0	108	75	46	0
AM	29	380	330	45	5	180	120	40
– psychiatria	17	300	265	30	5	140	90	40
– neurologia	12	80	65	15	0	40	30	0
Uniwersytety	21	160	0	140	20	100	50	60
Ogółem		791	418	202	171	446	257	130

IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii, IF – Instytut Farmakologii PAN, AM – Akademii Medycznej

Tablica 2. Liczba pracowników prowadzących badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego w 2003 r.

Institucja	Prowadzący badania kliniczne	Prowadzący badania podstawowe	Prowadzący inne badania	Ogółem
IPiN	60	48	35	143
IF	0	108	0	108
AM	375	0	5	380
Uniwersytety	0	0	160	160
Ogółem	435	156	200	791

IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii, IF – Instytut Farmakologii PAN, AM – Akademii Medycznej

naukowych prowadzących badania w zakresie zdrowia psychicznego, emigrujących czy imigrujących była znikoma.

Niezależnie od bardzo niskich uposażeń bardzo niewiele osób zmieniało miejsce pracy. Ogólna mobilność pracowników naukowych w Polsce jest bardzo niska.

Finansowanie badań w zakresie zdrowia psychicznego

Głównym źródłem finansowania badań naukowych w omawianym okresie był KBN. Innym źródłem pochodzącym ze środków rządowych były ministerstwa i, w niewielkim stopniu, PAN. W naukach medycznych Ministerstwo Zdrowia współfinansowało projekty celowe (zamawiane) i wspierało działalność wspomagającą badania, np. ekspertyzy, opinie, konferencje naukowe itp. Wkład przemysłu, szczególnie farmaceutycznego, zarówno krajowego jak i międzynarodowego, był ograniczony, jego udział w finansowaniu działalności naukowej znajdował się w początkowej fazie. Rola organizacji międzynarodowych, w szczególności Komisji Europejskiej, w finansowaniu badań rosła.

W roku 2003 GERD wynosił 4558,3 milionów zł (ceny bieżące), zaś nakłady na nauki medyczne wynosiły 504 miliony zł. Struktura GERD pod względem finansowania była następująca: budżet państwowy – 62,7%, podmioty gospodarcze – 23,5%, z zagranicy – 4,6%, pozostałe – 9,2% (w tym placówki naukowe PAN i jednostki badawczo-rozwojowe – 5,9%) [11].

Tablica 3. Fundusze ze źródeł rządowych w 2003 r. (w tys. zł)

Institucja	Ministerstwo Zdrowia	Komitet Badań Naukowych	Samorządy	Polska Akademia Nauk	Ogółem
IPiN	807	11208	577	234	12826
IMP	72	686	0	0	758
IF	0	13798	0	0	13798

IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii, IF – Instytut Farmakologii PAN, IMP – Instytut Medycyny Pracy

Finansowanie badań naukowych odbywało się na dwa zasadniczo odmienne sposoby, w zależności od zadań instytucji prowadzącej badania. W pierwszym przypadku finansowanie pokrywało wszystkie koszty danego instytutu, włączając w to płace, infrastrukturę, podatki itp. W drugim sposobie otrzymane fundusze obejmowały jedynie koszty wybranych badań. Ze względu na ten skomplikowany system i ograniczoną dostępność danych dotyczących poszczególnych jednostek MHR możliwe było tylko grube oszacowanie.

Pierwszy sposób finansowania dotyczył instytutów B+R i PAN – IPiN, IMP, IF. Ilość pieniędzy otrzymana przez te instytuty ze środków państwowych i innych źródeł pokazana jest w tabl. 3 i 4. Ogólne wydatki na pracownika naukowego w IPiN i IMP wynosiły ok. 80 000 zł, natomiast w IF, zajmującym się przede wszystkim badaniami podstawowymi, ok. 135000 zł. Badania podstawowe są droższe.

Drugi sposób finansowania stosowany był w akademiach medycznych i uniwersytetach. Szczegółowy koszt wybranych badań naukowych dostępny był tylko w odniesieniu do IPiN i IF. Wydatki związane z pracą naukową pracownika naukowego, pracującego w klinikach, wynosiły rocznie ok. 10 000 zł, w zakładach prowadzących badania podstawowe – 18 000 zł, w pozostałych 8300 zł. Na podstawie danych dotyczących finansowania uniwersytetów przyjęto, że analogiczne wydatki na pracownika naukowego w uniwersytetach wynosiły 3200 zł. Przybliżone oceny oparte na tych danych i liczbie pracowników naukowych pokazały, że na MHR przeznaczono w 2003 r. ok. 8 milionów zł. Koszty badań klinicznych wynosiły 55% tej sumy, nauk podsta-

Tablica 4. Źródła finansowania w 2003 r. (w tys. zł)

Rodzaj	Rządowe	Institucje międzynarodowe	Przemysł krajowy	Przemysł zagraniczny	Inne źródła	Ogółem
IPiN	12826	500	959	0	50	14335
IMP	758	0	19	0	0	777
IF	13798	283	75	1447	0	15603

IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii, IF – Instytut Farmakologii PAN, IMP – Instytut Medycyny Pracy

wowych – 34%, innych, włączając w to badania społecznych aspektów zdrowia psychicznego – 10%. Ilość pieniędzy przeznaczonych na infrastrukturę była w roku 2003 nieznacząca.

Ogólnie biorąc fundusze przeznaczone na badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego wyniosły ok. 10% ogólnych funduszy przeznaczonych na badania naukowe w naukach medycznych.

Liczba projektów badawczych dotyczących zdrowia psychicznego, skierowanych do KBN o przyznanie grantu, była w roku 2002, w porównaniu z innymi dziedzinami badań medycznych, niewielka. Na 1321 złożonych wniosków (z tego 405 zaakceptowanych), 53 dotyczyło zdrowia psychicznego (12 zaakceptowanych). Znikoma liczba wniosków dotyczyła w szczególności badań nad zdrowiem publicznym tj. opieką środowiskową (0), świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej (0), prewencji i promocji (15 złożonych, 1 zaakceptowany).

Szkolenia

System szkolenia pracowników prowadzących badania w zakresie zdrowia psychicznego nie został jak dotąd opracowany. Niewielka grupa pracowników naukowych bądź przyszłych pracowników naukowych, w szczególności doktorantów, zapoznawała się z metodologią prowadzenia badań naukowych w różnych jednostkach MHR. Temat szkoleń zależał od potrzeb i na ogół koncentrował się na standardach etycznych, prowadzeniu i ewaluacji projektu badawczego i statystyce. Specjalne, krótkie szkolenia metodologiczne przed podjęciem badań leków organizowane były dla pielęgniarek i pracowników socjalnych.

W roku 2003 ponad 20% pracowników naukowych wyjechało zagranicę dla pogłębienia swojej wiedzy. W zależności od celu pobytu zagranicą, szkolenie trwało zazwyczaj tydzień lub dwa tygodnie, w kilku przypadkach aż do roku. Wszystkie ośrodki, które odpowiedziały na ankietę, odnotowały powrót swoich pracowników naukowych ze szkoleń do Polski.

Publikacje

Naukowy dorobek pracowników MHR jest oceniany przede wszystkim na podstawie jakości i liczby publikacji krajowych i zagranicznych. W 2003 r. ok. 5,5% artykułów w dziedzinie medycyny, opublikowanych w polskich czasopiśmie, dotyczyło zdrowia psychicznego. Liczba artykułów z tego zakresu w języku angielskim opublikowanych w tych czasopiśmie wyniosła 3,8% publikacji medycznych w języku angielskim (tabl. 5).

Największa liczba artykułów dotyczyła zaburzeń organicznych, afektywnych, schizofrenii i zaburzeń u dzieci i młodzieży. Procent artykułów dotyczących tych zaburzeń

Tablica 5. Szacunkowa liczba artykułów naukowych z przynajmniej jednym autorem z Polski

Artykuły naukowe w czasopiśmie	Dotyczące medycyny		Dotyczące zdrowia psychicznego	
	w języku angielskim	w języku polskim	w języku angielskim	w języku polskim
Krajowych	2400	12000	90	700
Zagranicznych	brak danych	nie dotyczy	140	nie dotyczy

Źródło: Polska Bibliografia Lekarska 2003 oraz ekstrapolacja danych z 38 odpowiedzi na ankietę WHO.

wynosił odpowiednio 15, 12, 13 i 13. Nie można wykluczyć, że czynnikiem zwiększającym zainteresowanie problematyką tych zaburzeń psychicznych, jest odnotowywany w ostatnich latach wzrost ich rozpowszechnienia.

Niepełnosprawność intelektualna i problematyka samobójstw nie należały do zagadnień szczególnego zainteresowania pracowników naukowych (tab. 6). Badania dotyczące opieki społecznej i prewencji pierwotnej były w stadium początkowym, co przejawiało się w niewielkiej liczbie publikacji. Większość badań dotyczących prewencji pierwotnej wykonywana była na uniwersytetach, skąd pochodziło 70% artykułów na wymieniony temat.

Procent artykułów w języku angielskim dotyczących farmakologii, genetyki i zaburzeń organicznych przewyższał liczbę artykułów w języku polskim, co można wytłumaczyć ogólnym, „nielokalnym” charakterem badań w tym zakresie. Natomiast badania kliniczne, mające bardziej „lokalny” charakter, związany z warunkami panującymi w danym kraju, nie wzbudzały specjalnego zainteresowania pism publikowanych w innych krajach (tab. 6 i 7).

Bariery utrudniające publikację artykułów w indeksowanych czasopiśmie zagranicznych mają przede wszystkim charakter psychologiczny, choć istnieje także pewna bariera językowa, odczuwana nawet przez osoby biegłe w języku angielskim. Również długi i wymagający proces recenzowania, zniechęcał pracowników naukowych do prób publikowania w tych pismach.

Bodźce finansowe i promocyjne zachęcające do publikowania artykułów, w szczególności w czasopiśmie indeksowanych w międzynarodowych bazach danych, stosowały różne jednostki MHR. W wielu z nich artykuły publikowane w takich czasopiśmie były nagradzane finansowo. Prawie we wszystkich jednostkach badawczych pracownicy naukowcy otrzymywali punkty odpowiadające rodzajowi i miejscu publikacji artykułów i te punkty były brane pod uwagę przy ocenie ich dorobku naukowego.

Tablica 6. Szacunkowa liczba artykułów wg zagadnień (w procentach)

Zagadnienia	W języku angielskim	W języku polskim	Ogółem
Organiczne zaburzenia psychiczne	28	13	15
Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	11	11	11
Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe	12	13	13
Zaburzenia afektywne	13	11	12
Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	4	9	9
Upośledzenie umysłowe i zaburzenia rozwoju umiejętności uczenia się	1	6	5
Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży	11	14	13
Samobójstwa i samookaleczenia	3	2	2
Udary mózgu	6	4	4
Inne: opieka psychiatryczna i neurologiczna, aspekty prawne, historia psychiatrii, zdrowie psychiczne a transformacja, polityka i programy ochrony zdrowia psychicznego, czynniki psychospołeczne zdrowia psychicznego	11	17	16

Tablica 7. Szacunkowa liczba artykułów wg tematyki (w procentach)

Tematyka	W języku angielskim	W języku polskim	Ogółem
Zaburzenia psychiczne/neurologiczne, warunki ich powstania i konsekwencje (np. opis zaburzeń, przebieg, etiologia, fizjologia, diagnostyka itp.)	17	43	37
Nowe lub udoskonalone metody leczenia (np. farmakologiczne, rehabilitacja, psychospołeczne, inne somatyczne itp.)	42	23	27
Badania epidemiologiczne, bariery w dostępie do świadczeń itp.	5	6	6
Biologiczne, psychiczne i społeczne czynniki zaburzeń (np. genetyka, obrazowanie, zachowania itp.)	30	15	18
System psychiatrycznej/neurologicznej opieki zdrowotnej, polityka wobec zdrowia psychicznego (np. zasoby ludzkie, koszty leczenia, ustawodawstwo, prewencja, promocja itp.)	3	5	5
Metaanaliza, ogólne problemy zdrowia psychicznego (np. filozofia, historia, metodologia, teoria itp.)	3	8	7

Źródło: Polska Bibliografia Lekarska 2003 oraz ekstrapolacja danych z 38 odpowiedzi na ankietę WHO.

Rozpowszechnianie wyników badań

W 2003 r. na polskim rynku wydawniczym znajdowało się 15 czasopism omawiających problematykę zdrowia psychicznego, w tym 3 w języku angielskim. We wszystkich znaleźć można było prace oryginalne, w niektórych również autorów zagranicznych. Czasopisma te obejmowały wszystkie aspekty badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego: psychiatrię w ogólności (7), specjalne dziedziny psychiatrii – np. geriatrię, psychiatrię dzieci i młodzieży, schizofrenię, depresję, psychoterapię itp. (6), alkoholizm i narkomanię (2). Poza tym istniało szereg czasopism farmakologicznych, psychologicznych, neurologicznych, również w języku angielskim, w których można było znaleźć publikacje odnoszące się do zdrowia psychicznego. Spośród 15 czasopism odnoszących się do MHR, 13 było indeksowanych w *Index Copernicus* (w większości z punktacją między 1,77 a 6,92, przy najwyższej punktacji polskiego czasopisma 26,83).

Związki między polskimi i zachodnimi uczonymi uległy znacznemu wzmocnieniu po roku 1989. Nowe możliwości były szeroko wykorzystywane przez pracowników naukowych MHR, którzy uczestniczyli w wielu międzynarodowych konferencjach i spotkaniach. Za przykład niech po-

służą dane największej jednostki – IPiN. Jego pracownicy naukowcy w roku 2003 uczestniczyli w 283 konferencjach (za granicą 140), przedstawili 475 wykładów i posterów (za granicą 200). Poza tym zorganizowali bądź współorganizowali 34 konferencje, w tym 6 międzynarodowych.

Najważniejszym forum, na którym omawiane są wszystkie aspekty zdrowia psychicznego, jest Zjazd Psychiatrów Polskich, organizowany co trzy lata przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Główne referaty i streszczenia są publikowane w organie towarzystwa *Psychiatria Polska*. W roku 2004 na zjeździe swoje prace przedstawiło 700 autorów, a liczba uczestników przekroczyła 2000. Podobne znaczenie mają zjazdy organizowane przez towarzystwa neurologów i psychologów. Wysoką rangę posiadają coroczne konferencje „Psychiatria w medycynie”, bieszczadzkie, gdańskie, lubelskie „Dni Psychiatryczne”, oraz „Farmakoterapia, psychoterapia i rehabilitacja zaburzeń afektywnych”. Należy również wspomnieć o konferencjach Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego. Szereg warsztatów było organizowanych dla lekarzy pierwszego kontaktu, dla pacjentów i ich rodzin.

Upowszechnianie wyników badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego prowadzone jest przez media.

Liczba artykułów w czasopismach ogólnych, programach radiowych i telewizyjnych zmieniała się z miesiąca na miesiąc, lecz można przyjąć, że w 2003 r. było ich miesięcznie ok. 50 w skali krajowej i lokalnej.

OMÓWIENIE

Zdaniem większości respondentów ankiety WHO, społeczeństwo polskie nie jest specjalnie zainteresowane badaniami naukowymi dotyczącymi zdrowia psychicznego. Jeden z respondentów napisał, że w Polsce „brakuje serca dla ludzi z zaburzeniami psychicznymi”.

Osoby odpowiedzialne za sprawy polityczne bardzo rzadko zajmowały się problemami badań medycznych, w szczególności zaś MHR. Utrzymywanie regularnych więzi z organami sejmowymi i rządowymi należało do zadań IPiN. Kontakty ze sponsorami i mediami były sporadyczne i miały zwykle miejsce z inicjatywy pracowników naukowych.

W przeciwieństwie do omawianych wyżej grup, zupełnie różny był stosunek potencjalnych użytkowników wyników badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego. Psychiatrzy, neurologi, pielęgniarki, lekarze pierwszego kontaktu, nauczyciele, przedstawiciele przemysłu farmaceutycznego oraz niektóre organizacje pozarządowe byli rzeczywiście zainteresowani prowadzonymi badaniami. Wymiana poglądów, prezentacja najnowszych osiągnięć naukowych miała miejsce na wielu konferencjach, w czasie dni zdrowia psychicznego, szkoleniach itp. Natomiast, zdaniem respondentów, międzynarodowe organizacje, w tym także organizacje naukowe zajmujące się zdrowiem psychicznym, były niezbyt aktywne.

Zgodnie z wypowiedzianymi opiniami, związki naukowe między polskimi i zagranicznymi instytucjami MHR były nadal niewystarczające. Kontakty nawiązywane w czasie konferencji, nieczęsto przekształcały się w bardziej stałą współpracę: poszczególne jednostki w kraju czuły się izolowane. Być może było to w pewnym stopniu związane z brakiem jasno sformułowanych priorytetów MHR. Wszyscy byli zgodni, że współpraca z doświadczonymi grupami naukowymi, zarówno z kraju jak i poza nim, jest niezwykle korzystna.

Na podstawie uzyskanych odpowiedzi można wnosić, że istnieje duża grupa dobrze wykształconych osób zdolnych do prowadzenia pracy naukowej i że ogólna atmosfera pracy w jednostkach MHR jest dobra. Pracownicy naukowi mają wiele możliwości wykorzystania dodatkowego personelu, dalszego kształcenia się i prezentacji rezultatów swoich badań. Nawet brak odpowiednich środków finansowych nie był traktowany jako czynnik uniemożliwiający pracę.

Niezależnie od wielu niedostatków i mankamentów, ogólny obraz badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce był w roku 2003 (i miejmy nadzieję, że nadal pozostaje) raczej optymistyczny: badania te odpowiadały na ważne i aktualne pytania badawcze i na zapotrzebowanie praktyczne. Nie ulega wątpliwości, że poziom badań, biorąc pod uwagę posiadane zasoby ludzkie, finansowe i techniczne, był wyższy niż można byłoby się spodziewać.

Respondenci różnili się opiniami dotyczącymi podjęcia niezbędnych kroków co do dalszego podniesienia standardów badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego.

Zgodni jednak byli, że standard nauczania przyszłych lekarzy jest wysoki, i że te osoby są dobrze przygotowane do podjęcia pracy naukowej. Wypełniający ankietę byli również zgodni – a ich opinia nie różni się od opinii ich kolegów z innych krajów, biednych i bogatych – że nakłady na badania naukowe są niewystarczające i że politycy nie przywiązują dostatecznej wagi do polityki naukowej. Należy jednak podkreślić, że w Polsce ten problem jest szczególnie widoczny i bolesny.

WNIOSKI

1. Polityka dotycząca badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego była (i nadal pozostaje) na etapie formowania. Cele i priorytety badań naukowych w tym zakresie nie zostały określone, jak również nie została przeprowadzona analiza czynników, uzasadniająca ich wybór. Nie istnieje krajowy ośrodek badawczy czy też krajowa rada wyłaniana przez samych uczonych, które decydowałyby o wyborze priorytetów. Można spodziewać się, że określenie celów i priorytetów będzie sprzyjać wewnętrznej integracji środowiska naukowego podejmującego badania w zakresie zdrowia psychicznego.
2. Kryteria dotyczące etyki badań naukowych zostały w Polsce jasno zdefiniowane i, w zakresie zdrowia psychicznego, były w pełni przestrzegane.
3. Ok. 6% ogólnej liczby pracowników naukowych w dziedzinie nauk medycznych, zajmowało się badaniami w zakresie szeroko rozumianego zdrowia psychicznego.
4. Na badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego przeznaczono ok. 10% funduszy przeznaczonych na badania naukowe w naukach medycznych. Bolesną, od lat wysuwaną przeszkodą w prowadzeniu badań naukowych, są niskie nakłady finansowe.
5. Ok. 5,5% artykułów z dziedziny nauk medycznych dotyczyło zdrowia psychicznego. Największa liczba artykułów omawiała zaburzenia organiczne, zaburzenia afektywne, schizofrenię oraz zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Najmniejsza liczba prac poświęcona była niepełnosprawności intelektualnej i samobójstwom. Procent artykułów w języku angielskim w zakresie farmakologii i genetyki zaburzeń psychicznych znacząco przeważał nad procentem anglojęzycznych artykułów dotyczących innych zagadnień.
6. Współpraca naukowa między ośrodkami polskimi i zagranicznymi wyraźnie się poprawiła, niemniej nadal nie jest jeszcze satysfakcjonująca. Również współpraca między ośrodkami naukowymi w Polsce nie jest dostatecznie rozwinięta.
7. Zainteresowanie badaniami naukowymi w zakresie zdrowia psychicznego było (i pozostało) niewielkie zarówno wśród społeczeństwa, jak i, co szczególnie ważne, wśród decydentów. Wysiłków zmierzających do zmiany tego stanu nie można uznać za wystarczające.
8. Nie ma krajowej bazy systematycznie gromadzącej informacje na temat infrastruktury badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego.
9. Periodyczna ocena stanu badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego (np. co cztery lata), umożliwiłaby obiektywną ocenę zachodzących procesów. Ze względu

na istotne zmiany polityki naukowej wprowadzone po roku 2003, kolejne tego typu badanie powinno być przeprowadzone możliwie szybko.

PODZIĘKOWANIA

Niniejsze opracowanie nie byłoby możliwe bez udziału kierowników jednostek prowadzących badania w zakresie zdrowia psychicznego oraz ich personelu. Odpowiedzieli oni na długą, pracochłonną ankietę, dołączyli do niej swoje opinie i uwagi.

Niezbędną, życzliwą pomoc okazali mi pracownicy Ministerstwa Nauki i Informatyzacji, Ministerstwa Zdrowia oraz osoby z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, w którym pracuję – w szczególności prof. Stanisław Pużyński, dr Jacek Moskalewicz oraz pani Małgorzata Urbaniak, która wtajemniczyła mnie w obce mi sprawy finansów.

W opracowaniu danych statystycznych pomagał mi dr n. matematycznych Ryszard Herczyński.

Wszystkim im wyrażam prawdziwie serdeczne podziękowanie.

PIŚMIENNICTWO

1. Dąbrowski S, Leder S, Pużyński S. Osiągnięcia naukowe psychiatrii polskiej w okresie XXX-lecia PRL. *Psychiatr Pol* 1974; 8 (6): 617–30.
2. Rybakowski J. Nowe uwarunkowania badań naukowych polskiej psychiatrii w latach dziewięćdziesiątych. W: Bilikiewicz A,

- Rybakowski J, red. *Psychiatria w Polsce*. Gdańsk: PTP; 2002: 57–73.
3. Komitet Badań Naukowych. Założenia polityki naukowej i naukowo-technicznej państwa. Cele, priorytety, finansowanie. Warszawa: KBN; 1993.
 4. Komitet Badań Naukowych. Preferowane kierunki badań naukowych i prac rozwojowych dla zwiększenia innowacyjności polskiej gospodarki. Warszawa: KBN; 1996.
 5. Komitet Badań Naukowych. Założenia polityki innowacyjnej państwa do 2002 roku. Warszawa: KBN; 1999.
 6. Kleiber M. Założenia reformy systemu organizacji i finansowania nauki. Warszawa: KBN; 2002. <http://www.kbn.gov.pl/pub/kbninfo/zopan/index.html#w3>.
 7. Minister Nauki. Informacja o stanie nauki w Polsce. Warszawa: MNiI; 2003.
 8. Ministerstwo Nauki i Informatyzacji. Założenia polityki naukowej, naukowo-technicznej i innowacyjnej państwa. Warszawa: MNiI; 2004. http://www.mnii.gov.pl/mein/_gAllery/48/15/4815.pdf.
 9. European Commission. Towards an European Research Area Science, Technology and Innovation. Key Figures. Luxembourg: Office for Publication of the European Communities; 2003.
 10. Kaplan W, Laing R. Priority Medicines for Europe and the World. Geneva: WHO; 2004. WHO/EDM/PAR/2004.7. <http://mednet3.who.int/prioritymeds/report/final18october.pdf>.
 11. Główny Urząd Statystyczny. Nauka i technika w 2003 r. Warszawa: GUS; 2004.
 12. Hryniewicz J, Jałowiecki B, Mync A. Ruchliwość pracowników naukowych w latach 1994–1996. Warszawa: Uniwersytet Warszawski. Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego i Lokalnego 1997; 22 (55).

Adres: Mgr Grażyna Herczyńska, Biuro ds. Współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. (22) 4582542, e-mail: hercz@ipin.edu.pl

ANEKS

Lista ośrodków naukowych, które odpowiedziały na ankietę WHO

Kliniki psychiatryczne

1. Dr hab. Andrzej Czernikiewicz
Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej
Choroszcz k. Białegostoku
2. Prof. dr hab. Leszek Bidzan
Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Akademii Medycznej
Gdańsk
3. Prof. dr hab. Jerzy Landowski
Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii Medycznej
Gdańsk
4. Prof. dr hab. Irena Krupka-Matuszczyk
Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiej Akademii Medycznej
Katowice
5. Prof. dr hab. Jacek Bomba
Katedra Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Kraków
6. Prof. dr hab. Jerzy Aleksandrowicz
Katedra Psychoterapii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Kraków
7. Prof. dr hab. Marek Masiak
Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej
Lublin
8. Prof. dr hab. Jolanta Rabe-Jabłońska
Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodości Uniwersytetu Medycznego
Łódź
9. Prof. dr hab. Iwona Kłoszewska
Klinika Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego
Łódź
10. Prof. dr hab. Andrzej Rajewski
Katedra Psychiatrii Akademii Medycznej
Poznań
11. Dr hab. Robert Teodor Hese
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii Śląskiej Akademii Medycznej
Tarnowskie Góry
12. Prof. dr hab. med. Andrzej Kokoszka
II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej
Warszawa
13. Dr hab. Tomasz Wolańczyk
Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej
Warszawa

14. Prof. dr hab. Andrzej Kiejna
Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej
Wrocław

Kliniki neurologiczne

1. Prof. dr hab. Wiesław Drozdowski
Klinika Neurologii Akademii Medycznej
Białystok
2. Prof. dr hab. Walenty Michał Nyka
Klinika Neurologii Dorosłych Akademii Medycznej
Gdańsk
3. Prof. dr hab. Grzegorz Opala
Katedra i Klinika Neurologii Wieku Podeszłego Śląskiej Akademii Medycznej
Katowice
4. Prof. dr hab. Andrzej Wajgt
Katedra i Klinika Neurologii Śląskiej Akademii Medycznej
Katowice-Ligota
5. Prof. dr hab. Krystyna Pierzchała
Katedra i Klinika Neurologii Śląskiej Akademii Medycznej
Zabrze
6. Prof. dr hab. Krzysztof Selmaj
Katedra Neurologii Uniwersytetu Medycznego
Łódź
7. Prof. dr hab. Przemysław Janusz Nowacki
Klinika Neurologii Pomorskiej Akademii Medycznej
Szczecin
8. Prof. dr hab. Hubert Kwieciński
Klinika Neurologii Akademii Medycznej
Warszawa
9. Prof. dr hab. Jan Kochanowski
Klinika Neurologii
II Wydz. Lekarski Akademii Medycznej
Warszawa
10. Prof. dr hab. Ryszard Podemski
Katedra i Klinika Neurologii Akademii Medycznej
Wrocław

Szkoły wyższe

1. Dr hab. Zbigniew Gaś
Instytut Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej
Lublin
2. Prof. dr hab. Zygfryd Juczyński
Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Psychologii
Uniwersytet Łódzki
Łódź

3. Prof. dr hab. Kazimierz Wrześniewski
Katedra Psychologii Klinicznej
Uniwersytetu Warszawskiego
oraz
Zakład Psychologii
Medycznej Akademii Medycznej
Warszawa
4. Prof. dr hab. med. Barbara Woynarowska
Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania
Uniwersytetu Warszawskiego
Warszawa
5. Dr Katarzyna Sawicka
Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji
Uniwersytetu Warszawskiego
Warszawa
6. Prof. dr hab. Maria Magdalena Straś-Romanowska
Instytut Psychologii
Uniwersytetu Wrocławskiego
Wrocław
7. Dr hab. Stefania Walasek
Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego
Wrocław
8. Prof. dr hab. Alicja Maria Rakowska
Katedra Pedagogiki Specjalnej Akademii Pedagogicznej
Kraków
9. Prof. dr hab. Jan Czesław Czabała
Katedra Nauk Psychologicznych
Akademii Pedagogiki Specjalnej
Warszawa
10. Dr hab. Zofia Mielecka-Kubieñ
Katedra Ekonometrii Akademii Ekonomicznej
Katowice
11. Dr hab. Ewa Trzebińska
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (prywatna)
Warszawa

Instytuty PAN i B+R

1. Doc. dr hab. Krzysztof Wędzony
Instytut Farmakologii PAN
Kraków
2. Prof. dr hab. Bohdan Dudek
Zakład Psychologii Pracy
Instytut Medycyny Pracy
Łódź
3. Prof. dr hab. Danuta Ryglewicz
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Warszawa