

Spojrzenie na psychiatrię amerykańską - podobieństwa i różnice

referat na 11 sympozjum Niemiecko - Polskiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego, Münster, 20 października 2000

Volker Arolt

Klinika i poliklinika psychiatrii i psychoterapii Westfalskiego Uniwersytetu im. Wilhelma w Münster

Drogie Koleżanki i Koledzy, szanowne Panie i Panowie,

przede wszystkim chciałbym pogratulować Niemiecko - Polskiemu Towarzystwu Zdrowia Psychicznego z okazji jubileuszu dziesięciolecia współpracy Niemców i Polaków, jaka rozwinęła się w ramach Towarzystwa, zwłaszcza współpracy w staraniach o ludzi często narażonych na krzywdę społeczną, nie można przecenić. Mówię to akurat w obliczu faktu, że takie wartości jak starania o wzajemne zrozumienie, rozwój sympatii i przyjaźni, szczerze współczucie i zaangażowanie wykraczające poza interes własny nie są wartościami, które w obecnych tendencjach rozwoju systemu opieki medycznej w RFN uznawane byłyby za godne wzmianki czy też wyraźnie wspierane. Cieszę się z tego zaszczytu, że przy okazji sympozjum mogę wygłosić mój referat. Dlatego też dziękuję koledze Vietenowi za zaproszenie. Postawiono przede mną niełatwe zadanie przedstawienia Państwu tendencji rozwojowych w dziedzinie psychiatrii w USA.

Z dwóch powodów zadanie to jest nawet szczególnie trudne. Po pierwsze, w USA pod wieloma względami mamy do czynienia z zupełnie innym podłożem kulturowym niż w Europie. W związku z tym powstaje pytanie, czy ogląd stosunków amerykańskich przez niemieckie okulary w ogóle może być adekwatny. Po drugie, ogląd ten może być utrudniony przez fakt, że w USA system opieki medycznej zbudowany jest zupełnie inaczej, a przede wszystkim bardziej kompleksowo niż system np. niemiecki. Mimo to, powinniśmy się postarać zrozumieć ten system, zwłaszcza teraz, jako że ma on pokaźny wpływ na decyzje podejmowane w Europie. O ile mi wiadomo, to system opieki zdrowotnej w Polsce został właśnie zreformowany zgodnie z założeniami amerykańskiego systemu managed care.

W referacie poruszę następujące zagadnienia:

1. System managed care a opieka psychiatryczna w USA
2. Psychiatria jako dziedzina nauki i badania w tym zakresie w kontekście managed care
3. Wpływ managed care i aktualnych badań w dziedzinie psychiatrii na psychiatrię w USA
4. Cechy wspólne i różnice: wnioski

1. System managed care a opieka psychiatryczna w USA

Opieka nad chorymi psychicznie w USA, tak jak i opieka nad ludźmi cierpiącymi na choroby somatyczne włączona jest w system Managed Health Care, który w międzyczasie zdobył mocną pozycję na rynku i nadal się rozwija. Managed Care można zdefiniować jako system struktur i technik, służących do organizacji służby zdrowia zgodnie z ekonomicznymi zasadami rynku. Managed Care oferowany jest przez przedsiębiorstwa, Medical Firms, które stosując określone instrumenty zapewniają organizację i utrzymanie odpowiednich struktur służby zdrowia. Przedsiębiorstwa te funkcjonują na rynku podobnie jak inne przedsiębiorstwa zajmujące się działalnością gospodarczą. Można uzyskać w nich udziały, mogą być przejmowane przez inne przedsiębiorstwa, np. firmy farmaceutyczne, mogą podlegać fuzji czy tworzyć spółki - córki.

Managed Care oznacza radykalne zerwanie z oczywistym dla europejskiego sposobu myślenia przeświadczeniem, że to lekarz jakiegoś pacjenta niemal wyłącznie powinien podejmować decyzje dotyczące zastosowania metod terapeutycznych. W systemie Managed Care odnośna Medical Firm na podstawie mierników ekonomicznych i fachowych bardzo mocno ogranicza działania terapeutyczne lekarza i to zarówno pod względem ich zakresu jak i rodzaju. Stopień radykalności tej nowej orientacji można rozpoznać po tym, że decydowanie o zakresie świadczeń i o związanych z tym wydatkami nie leży po stronie lekarzy. Natomiast to przedsiębiorstwa operujące według zasad gospodarki rynkowej definiują, jaki wolumen świadczeń oddać do dyspozycji, tzn. sfinansować. Realizację świadczeń reguluje się poprzez kontrakty ze spółkami lekarskimi i szpitalami.

Istotnym impulsem do gwałtownego rozwoju systemu Managed Care w USA stały się stale rosnące wydatki na opiekę zdrowotną. Już w 1972 roku Nixon przestrzegał przed tym, że stale rosnące wydatki na opiekę ochronę zdrowia mogłyby doprowadzić gospodarkę amerykańską do bankructwa. Jak widać, do tego nie doszło. mimo to, od lat siedemdziesiątych, a zwłaszcza od połowy lat osiemdziesiątych formy opieki zdrowotnej Managed Care zdobyły sobie mocną pozycję na rynku USA.

Trzy czynniki czyni się odpowiedzialnymi za eskalację kosztów ochrony zdrowia:

1. postęp techniki medycznej,
2. rozwój demograficzny z coraz większym udziałem ludzi starych i schorowanych i
3. silną dominację świadczeniodawców, przeważnie lekarzy, w porównaniu ze słabą pozycją czynników ponoszących koszty. Managed Care zajmuje się tym ostatnim czynnikiem, na który przypuszczalnie najłatwiej jest wpłynąć.

Typową Medical Firm działającą w ramach Managed Care jest np. tzw. Health Maintenance Organization (HMO). Chodzi tu o przedsiębiorstwo, które samo oferuje większość usług medycznych we własnych placówkach stacjonarnych, częściowo stacjonarnych lub ambulatoriach poprzez zatrudnianych u siebie lekarzy lub też na podstawie specjalnych kontraktów, zawieranych z grupowymi praktykami lekarskimi lub klinikami. Firmy HMO dysponują licencją ubezpieczeniową i mogą oferować klientom swoje usługi w formie pakietu. Nie chciałbym się tu wdawać bardziej szczegółowo w inne struktury organizacyjne działające w ramach Medical Care, jak np. Physician Hospital Organization (PHO) albo Preferred Provider Organization (PPO).

W USA oprócz typowych organizacji Managed Care istnieją jeszcze prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe, ponadto wielkie firmy finansują własne towarzystwa ubezpieczeniowe. Na rynku działają również państwowe agencje ubezpieczeniowe, np. Medicare i Medicaid. Typowym dla USA jest silne powiązanie ubezpieczeń zdrowotnych pacjentów z pracodawcą, ponieważ ten każdorazowo negocjuje z odpowiednią Health and Insurance Company kontrakty dla swoich pracowników. Oprócz tego Amerykanom przysługuje prawo wyboru, tzn. w pewnym ograniczonym zakresie możliwe jest przejście do innego towarzystwa ubezpieczeniowego. Duża mobilność Amerykanów jak również niezadowolenie z instytucji ubezpieczeniowych prowadzi do tego, że rocznie ponad 30% wszystkich ubezpieczonych zmienia swoich ubezpieczycieli. Powiązanie statusu ubezpieczonego z pracodawcą i fakt, że w Medicaid można się ubezpieczyć dopiero powyżej 65 roku życia albo z powodu poważnego kalectwa, prowadzi do tego, że obecnie ponad 44 miliony Amerykanów w ogóle nie jest ubezpieczonych na wypadek choroby lub ich ubezpieczenie jest niewystarczające.

Szczególne cechy instytucji HMO polega na tym, że nie oferują one ubezpieczenia od wszystkich możliwych skutków zachorowań i że w placówkach stacjonarnych i ambulatoryjnych dyktują określone limity. Wyjątki dotyczą zwłaszcza chorób przewlekłych, pobytu w szpitalu, dłuższego regularnego leczenia ambulatoryjnego, jak również specyficznych grup chorób, np. chorób psychicznych. Ta sytuacja "carved - out" doprowadziła do powstania Managed Behavioral Health Care Services (MBHC Services). Firmy MBHC można uznać za ekwiwalent firm HMO w zakresie chorób psychicznych. Podobnie jak HMO starają się pracować wyłącznie zgodnie z ekonomiczną zasadą kosztów i korzyści. Z punktu widzenia techniki ubezpieczeń w firmach MBHC ogólnie powszechną stała się zasada kapitaacji, polegająca na ryczałtowym zwrocie poniesionych kosztów świadczeń "na głowę". Natomiast firma MBHC zobowiązuje się do wykonania wszystkich niezbędnych świadczeń medycznych w zamian za roczny ryczałt. Jeżeli jakieś świadczenia medyczne zostaną uznane za niezbędne, to pacjent otrzyma je bez oglądania się na sztywną definicję świadczeń podlegających zwrotowi kosztów, zawartej w normalnym systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Wielcy pracodawcy negocjują z odpowiednimi firmami MBHC bardzo różne pakiety świadczeń dla swoich pracowników. Różnice te dotyczą rodzaju i czasu pobytu w klinikach psychiatrycznych, częstotliwości kontaktów z oddziałem dziennym lub ambulatorium, jak również zakresu należnych świadczeń psychoterapeutycznych. Wzajemne konkurowanie ze sobą firm MBHC i potęga wielkich zakładów pracy ma doprowadzić do możliwie korzystnej oferty świadczeń. Obecnie ok. 60 - 70% wszystkich Amerykanów w USA ubezpieczonych jest w MBHC, a tym samym roczne wpływy w tej branży sięgają 2,5 miliarda dolarów. 19 firm MBHC utworzyło w 1994 roku zrzeszenie o nazwie American Managed Behavioral Health Care Association

(AMBHA). Grupa ta wypracowała standardy do mierzenia jakości oferowanych świadczeń medycznych z zadowoleniem świadczeniobiorcy włącznie.

Ekonomizacja i komercjalizacja świadczeń dla chorych psychicznie odbywa się według następujących zasad:

1. Intensywnie poszukuje się rozwiązań alternatywnych do leczenia stacjonarnego. Stąd wzięta się oferta leczenia w oddziałach dziennych lub wręcz wieczorowych, w ramach programu weekendowego oraz większe wykorzystanie możliwości terapii ambulatoryjnej.
2. Powinno się wyczerpać możliwości interwencji kryzysowej w formie ambulatoryjnych lub stacjonarnych interwencji doraźnych.
3. Coraz częściej stosuje się rozwiązania alternatywne do stacjonarnego leczenia osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków.
4. Świadczeń psychoterapeutycznych należy udzielać w sposób celowy i ograniczony czasowo, przy czym pierwszeństwo przed psychodynamicznymi formami terapii zapewnia się interpersonalnym lub behawioralnym formom terapii.

Zastosowanie tych zasad doprowadziło do głębokich, a także niekiedy (w sensie deficytów) do bardzo niekorzystnych zmian w opiece zdrowotnej osób z zaburzeniami psychicznymi.

W opiece ambulatoryjnej lekarz domowy sprawuje funkcję "gatekeepera". Pacjent znajdzie się pod opieką Behavioral Health Care dopiero, gdy lekarz domowy go tam skieruje. Managed Care promuje hierarchię w stosowaniu drogich świadczeń w zależności od potrzeb, tzn. najpierw oferuje się (tańsze) świadczenia ze strony mniej wyspecjalizowanych grup zawodowych, które następnie w zależności od kompleksowości i intensywności schorzenia zastępowani są przez bardziej wyspecjalizowane grupy zawodowe - aż do leczenia stacjonarnego włącznie.

W opiece ambulatoryjnej pierwszeństwo przed psychoterapeutycznymi świadczeniami psychiatrii mają usługi świadczone głównie przez pedagogów i psychologów. Jest to pomoc głównie doraźna, polegająca na łagodzeniu objawów, przy czym celem terapii jest umożliwienie choremu funkcjonowania w środowisku. Psychiatrze wolno przepisać pacjentowi leki dopiero wtedy, gdy lekarz ogólny uzna to za konieczne. Przyjęcie do określonego szpitala odbywa się po konsultacji z pracownikiem Medical Firm. Okres pobytu w szpitalu nie jest z reguły dłuższy niż 7 - 10 dni, po tym okresie pacjent musi zostać zwolniony. Jedyny wyjątek stanowią pacjenci z myślami samobójczymi. Oznacza to, że nawet pacjenci w stanach psychotycznych, z ciężką depresją lub z zaburzeniami osobowości po krótkim leczeniu stacjonarnym odsyłani są na powrót do ambulatorium.

Ważną funkcję w zakresie Managed Care Systems odgrywa Case Manager. Chodzi tu o szczególnie doświadczonych pod względem praktycznym i naukowym psychiatrów lub psychologów klinicznych, pracujących dla dobrych firm w ramach Behavioral Health Care i którym oferuje się wysokie pensje. Case Manager nadzoruje i steruje świadczeniami oferowanymi pacjentom. Lekarze i szpitale, z którymi Medical Firms zawarły kontrakty, odpowiadają przed Case Manager z wykonania kontraktu. Case Manager jest gwarantem, że po pierwsze podległe mu jednostki będą pracowały oszczędzając koszty, a po drugie, że pacjent rzeczywiście otrzyma to, co z medycznego punktu widzenia jest mu niezbędne. Jeżeli Medical Firm nie wywiąże się ze swoich zadań wobec jakiejś instytucji, to grożą jej wysokie kary. Jeżeli natomiast instytucja przekroczy limit świadczonych usług, to musi się liczyć z sankcjami ze strony wspólników lub akcjonariuszy. W tym punkcie przecięcia między ekonomią a medycyną Case Manager wypełnia bardzo ważne zadanie polegające na zachowaniu bardzo kruchej równowagi.

Wprowadzenie zasad Managed Care do psychiatrii wywołało wśród amerykańskich psychiatrów trwającą do dzisiaj gwałtowną dyskusję, bardzo kontrowersyjną i nierzadko o dużym ładunku emocjonalnym.

2. Psychiatria jako nauka oraz badania w dziedzinie psychiatrii w kontekście managed care

Możliwie precyzyjna definicja psychiatrycznego obrazu zaburzeń w ramach urynkiowanego systemu świadczenia usług stała się - oprócz przyczyn naukowych - istotnym impulsem dla rozwoju czysto deskryptywno - empirycznej, opierającej się na określonych kryteriach klasyfikacji DSM III i DSM IV.

Wprowadzając w latach osiemdziesiątych DSM III konstruktorzy tej klasyfikacji pod wodzą Roberta Spitzera z Nowego Jorku podkreślali bez przerwy rzekomo "ateoretyczny" charakter tej klasyfikacji. Ale klasyfikacje oparte na określonych kryteriach z punktu widzenia teorii nauki w żadnym przypadku nie są "ateoretycznymi". Po pierwsze, każde ludzkie spostrzeżenie i porządkowanie treści przesycone jest wyobrażeniami teoretycznymi (choćby nawet subiektywnymi), a po drugie metoda zastosowana przez konstruktorów DSM nie odpowiada założeniom teoretycznym nauk empiryczno - psychologicznych. Kto tę klasyfikację nazywa "ateoretyczną" nie dostrzega, że normotetyczne, tu: deskryptywno - empiryczne założenie badawcze posiada swoje dialektyczne przeciwieństwo, a mianowicie hermeneutyczny proces poznawczy.

Przez całe dziesięciolecia w diagnostyce i terapii psychiatrycznej w USA posługiwano się teorią hermeneutyczną, a zwłaszcza psychoanalitycznym obrazem choroby. Tym radykalniej w latach siedemdziesiątych dokonał się zwrot w kierunku metodyki deskryptywno - empirycznej. Ważnym jest, aby zrozumieć, że na tym teoretycznym podłożu bazują różne współczesne tendencje w opiece zdrowotnej i rozwoju badań naukowych.

Dla Managed Care i związane z tym wysiłki zmierzające do szczegółowej empirycznej analizy kosztów i zysków w służbie zdrowia taka klasyfikacja, oparta na ścisłych kryteriach stanowi condition sine qua non. Deskryptywna klasyfikacja chorób i związana z nią nieskomplikowana psychopatologia wychodzi naprzeciw także określonym potrzebom naukowym. Po pierwsze, jest dużą pomocą dla badaczy pracujących w neurobiologii. Nieodzowna jest również przy przeprowadzaniu klinicznych studiów psychofarmakologicznych. Klasyfikacje oparte na określonych kryteriach są przydatne także dla różnych metod psychoterapeutycznych, zwłaszcza dla terapii behawioralnej, mniej dla psychodynamicznych form terapii.

Niestety przy wszystkich korzyściach, jakie dają klasyfikacje deskryptywno - empiryczne i badania, które na nich bazują, często postępuje się tak, jak gdyby przy ich pomocy można było dokładnie wyjaśnić teorię i praktykę psychiatrii. Przy tym zapomina się, że klasyfikacja ta odzwierciedla jedynie teoretyczną stronę zagadnienia. Hermeneutyczny biegun przeciwny zdaje się niezbyt pasować do dzisiejszych czasów, ale jest widoczny wtedy, gdy w USA psychiatrzy gwałtownie angażują się po stronie praw swoich pacjentów, zagrożonych przez Managed Care.

Podczas gdy zalety przejrzystości diagnostyki i wysokiej niezawodności są absolutnie czymś oczywistym, to klasyfikacje oparte na określonych kryteriach, a więc DSM-IV i ICD-10 powodują coraz więcej problemów. Duża wada tej formy diagnostyki polega na upraszczaniu psychopatologii i niedocenianiu zróżnicowanego postrzegania pacjenta w kontekście z uważną obserwacją samego siebie. Proszę się kiedyś zastanowić, ile lat potrzebowali Państwo, aby rozwinąć u siebie podobnie zróżnicowane postrzeganie! I proszę pomyśleć, za jak podstawową i niezwykle ważną uważacie Państwo tę umiejętność w Waszej codziennej praktyce. Waszych dzisiejszych umiejętności nie rozwijali Państwo czytając przez 20 lat nieustannie katalogów kryteriów, lecz pracując hermeneutycznie z pacjentami.

W świecie ekonomicznego świadczenia usług, a więc kas chorych i firm zajmujących się ochroną zdrowia ale i niestety w świecie badań naukowych umiejętności te nie są już niestety zbyt pożądane. Istnieją jednak określone struktury ekonomiczne, które pozwalają zdefiniować, i to nie tylko w USA, ile czasu można poświęcić na jakie świadczenie. Ze względu na przymus ekonomiczny coraz bardziej kurczy się czas, jaki możemy poświęcić zróżnicowanemu postrzeganiu pacjenta, łącznie z jego problemami w relacjach z innymi ludźmi i sprawami socjalnymi. W dłuższym okresie czasu proces ten prawdopodobnie doprowadzi nie tylko do gorszej opieki nad pacjentami, lecz właśnie do zubożenia umiejętności psychiatrów w świadczeniu opieki, doksztalceniu się, prowadzeniu prac badawczych. Dla Managed Care redukcja kompleksowych powiązań do łatwo mierzalnych faktów stanowi zrozumiałe, a nawet korzystne założenie, jednak nie umotywowane wyłącznie naukowo, lecz właśnie także - i na to powinno się zwrócić szczególną uwagę - politycznie i ekonomicznie.

W tym klimacie powstają też niektóre biologistyczne a tym samym upraszczające teorie dotyczące chorób psychicznych. Wpływ owych poglądów, mocno kontrowersyjnych nawet w USA, na kształcenie,

naukę zawodu i badania naukowe jest ogromny i z mojego punktu widzenia ze względu na ich jednowymiarowość nadzwyczaj problematyczny.

Managed Care jest ściśle związany z wymaganiem skutecznego zastosowania rachunku kosztów i zysków w zakresie świadczonych usług, przez co w ostatnich latach doprowadził do rozszerzenia naszej wiedzy na temat kosztów ale i korzyści wynikających z określonych form terapii. W ścisłym związku z deskryptywno - empiryczną definicją jednostek chorobowych, ale także w związku z rozwojem naszej wiedzy terapeutycznej powstały wytyczne dla możliwie skutecznych standardów leczniczych. W USA, ale i coraz częściej w Europie, funkcjonują podobne standardy dla niemal wszystkich zaburzeń. Organizacje Behavioral Health Care zwracają uwagę na to, aby standardy te stosować w leczeniu pacjentów. Każde odstępstwo od nich musi być starannie umotywowane.

Wytyczne bazują na obecnym stanie wiedzy empirycznej odnoszącej się do leczenia określonych chorób. Ten sposób postępowania implikuje możliwość zastosowania jedynie takich metod psychoterapeutycznych, socjoterapeutycznych i farmakoterapeutycznych, których skuteczność została dowiedziona empirycznie. Nie wolno stosować metod, co do których nie istnieją wystarczające dane, nawet jeżeli ma się wrażenie, że klinicznie metoda jest skuteczna. Oznacza to, że stosowanie standardów prowadzi nie tylko do wykluczenia metod leczenia, których skuteczność nie została udowodniona empirycznie, lecz także zabrania stosowania metod, które wprawdzie sprawiają wrażenie skutecznych, ale zgromadzono zbyt mało danych, mogących jednoznacznie ową skuteczność potwierdzić. Jednak gromadzenie danych o szczególnych psychoterapeutycznych i socjoterapeutycznych metodach leczenia może ze względów metodologicznych okazać się sprawą niezwykle skomplikowaną. Akurat w porównaniu z bardziej prostymi metodami leczenia tracą na tym te wielowarstwowe. Również innowacyjne formy terapii, np. nowoczesna psychofarmakoterapia są pokrzywdzone w porównaniu z empirycznie lepiej sprawdzonymi, znanymi metodami.

Układanie oferty świadczeń zgodnie ze standardami terapeutycznymi ma tę zaletę, że jest ona przejrzysta i pozwala unikać kosztownych i niepotrzebnych działań, ale też warunkuje wady: preferowanie metod tradycyjnych zamiast promowania innowacji i prostszych kroków terapeutycznych zamiast bardziej kompleksowych. Następnie ogranicza indywidualne możliwości kształtowania relacji lekarz - pacjent. Ponadto trzeba zwrócić uwagę na to, że w definicji metod terapeutycznych odpowiednich dla danego zaburzenia, zawartej w standardach leczenia, w sposób wielce problematyczny może dojść do spłylenia osobowościowego aspektu choroby i jej leczenia.

Reasumując mam wrażenie, że Managed Care promuje badania naukowe o charakterze deskryptywno - empirycznym, preferuje działania, wiedzę i metody leczenia uproszczone zamiast kompleksowych i raczej nie pozwala na uwzględnianie czynników indywidualnych, międzyludzkich i społecznych w powstawaniu choroby. Problemy ze stosowaniem metod jedynie deskryptywno - empirycznych wychodzą na jaw w dwulicowości opieki psychiatrycznej w warunkach managed care: z jednej strony nie wolno wspierać prób wkraczających w ideosynkrazję, z drugiej strony zbyt często cierpi na tym indywidualny kontakt z pacjentem, od którego to kontaktu zależy zresztą sukces terapii.

5. Wpływ managed care i aktualnych badań w dziedzinie psychiatrii na psychiatrię w USA

To oczywiste, że istotny postęp w dziedzinie nauki a później i w psychoterapii nie dokonuje się dzisiaj na skutek rozwoju psychoterapii i socjoterapii, lecz przypuszczalnie w trzech dziedzinach zdominowanych przez neurobiologię, a mianowicie:

1. w badaniach nad molekularnogenetycznym powstawaniem chorób psychicznych,
2. (częściowo związanym z tym) dalszym rozwoju psychofarmakologii i
3. w kognitywnych naukach związanych z neurologią.

Na razie potencjał terapeutyczny zawierający się w tych trzech dziedzinach widoczny jest dzisiaj tylko w psychofarmakologii. Możemy jednak założyć, że w następnych dziesięcioleciach dokona się neurobiologiczny przewrót naszej dziedziny, który gruntownie zmieni możliwości terapii a tym samym cały obraz psychiatrii. A dokona się to dzięki wiedzy genetyki molekularnej na temat powstawania chorób i wpływania na nie oraz cerebralnemu przetwarzaniu informacji. Na szczycie tego rozwoju niezaprzeczalnie znajduje się USA, a za nią w pewnej odległości (według mnie) Wielka Brytania.

Organizacyjne formy amerykańskiego systemu badawczego popychają te tendencje do przodu. Dużą rolę odgrywają tu: silna presja osiągania sukcesów, pod jaką znajdują się naukowcy amerykańscy jak również mierzenie sukcesu przy pomocy takich deskryptywnych wskaźników, jak np. czynnik skuteczności i ilość pozyskanych dodatkowych środków. Państwowym ofiarodawcom tych środków, zwłaszcza wywodzącym się z przemysłu, zależy głównie na neurobiologicznych badaniach psychiatrycznych. Właśnie przemysł jest gwałtownie zainteresowany tym, aby w ścisłej współpracy z uniwersytetami rozwijać psychofarmakologię. Prowadzi to do zawierania przez uniwersytety kontraktów z określonymi firmami farmaceutycznymi, które z jednej strony ograniczają swobodę działania uniwersytetów, ale z drugiej strony zapewniają im znaczne środki finansowe.

Te w rzeczy samej z jednej strony bardzo korzystne dla psychiatrii kierunki badań, a z drugiej strony sposób korzystania z niego, dyktowany przez politykę i ekonomię, bardzo zmieniły obraz amerykańskiej psychiatrii, a zwłaszcza w warunkach Managed Care. W USA trwa na ten temat gwałtowna debata.

W głośnym artykule opublikowanym w 1997 roku w Archives of General Psychiatry, Detre i McDonald zajęli dość radykalne stanowisko. Stwierdzili, że w opiece nad pacjentami psychiatrycznymi, odbywającej się w ramach Managed Care dochodzi dzisiaj do zjawiska despecializacji, przy czym jest to korzystne, że zarówno diagnostyka zaburzeń psychicznych jak również stosowanie metod psychoterapeutycznych są w coraz większym stopniu opisywane przez jasno ustrukturyzowane i zrozumiałe standardy i wytyczne, przy pomocy których mogą pracować nawet mniej wykształceni pracownicy socjalni, pedagodzy i psychologowie. Nawet leczenie farmakologiczne nie stanowi już żadnego szczególnego wyzwania intelektualnego i w dużej części może zostać przejęte przez lekarzy ogólnych. Z perspektywy naukowej gwałtowny rozwój badań neurobiologicznych wykazał, że choroby psychiczne są głównie chorobami mózgu. Te nowe ustalenia badań psychiatrycznych jak również konieczność zapewnienia opieki medycznej w warunkach niedostatku dóbr wymaga, aby psychiatria i neurologia scalały się w jedną dziedzinę ("kohabitacja") i aby psychiatra jako wyspecjalizowany naukowiec od spraw neurologii zdefiniował się od nowa jako "neuronaukowiec klinicysta". Jego zadanie w opiece nad pacjentami to funkcja wysoko wyspecjalizowanego doradcy i leczącego małą grupę najciężej chorych, wtedy wystarczyłby jeden specjalista na 25 000 mieszkańców.

W tym samym numerze Archives Olfson, Weissman i Gottlieb sprzeciwili się gwałtownie temu rozpowszechnionemu w USA pogładowi. Autorzy ci argumentują, że rzeczywistość pacjentów psychiatrycznych jest zbyt złożona i zindywidualizowana, żeby można ją ująć bez odpowiednich umiejętności klinicznych i naukowych. Autorzy przytaczają wiele studiów empirycznych dokumentujących efektywność terapii psychiatrycznej, polegającej właśnie na integracji wiedzy z dziedziny neurobiologii z wiedzą z dziedziny psychoterapii i psychiatrii społecznej.

Nie wiadomo, ilu psychiatrów opowiada się za pierwszą lub drugą koncepcją.

Dyskusja trwa nadal, prowadzona jest w dość ostrym tonie. Jednak nie można nie zauważyć - standaryzacja diagnostyki i terapii, przekazanie działań terapeutycznych w ręce pracowników socjalnych i psychologów, ogromna presja w kierunku oszczędzania kosztów, bezpardonowo realizowane interesy silnych pod względem finansowym i wpływowych koncernów farmaceutycznych, jak również rzeczywiste sukcesy badań w dziedzinie neurobiologii - to wszystko gruntownie zmieniło obraz amerykańskiej psychiatrii w teorii i w praktyce.

Istotą sporów w USA jest fakt, że wielu psychiatrów czuje się zagrożonych w swojej tożsamości zawodowej. Boli ich, że pacjenci znajdujący się w trudnej sytuacji socjalnej są niewystarczająco lub w ogóle nieubezpieczeni, że nie mają już adekwatnej szansy na leczenie, że wszystkimi tego konsekwencjami ze wzmożoną zachorowalnością i zwiększoną śmiertelnością włącznie. Dla psychiatrów klinicznych stanowi to poważny problem, że po krótkim pobycie w szpitalu (7 - 10 dni) muszą wypuścić na niewiadome ledwo co podleczonych pacjentów ze schizofrenią albo depresją. Jedyną możliwością uniknięcia tego kroku jest podanie argumentu (czasem nieco przesadzonego), że pacjent nosi się z zamiarem popełnienia samobójstwa. Wielu psychiatrów boli i to, że muszą się przyglądać coraz większemu zubożeniu i rosnącej liczbie bezdomnych pacjentów chorych na schizofrenię.

W takich warunkach nie tylko pacjenci otrzymują złą opiekę, ale cierpi na tym także kliniczne doksztalcenie psychiatrów. Oprócz tego istnieje niebezpieczeństwo, że w kontekście standaryzowanej diagnostyki i leczenia działalność psychiatrów zostanie zbanalizowana.

Niezadowolenie panuje także w opiece ambulatoryjnej, która w USA tradycyjnie stosowała sporo psychoterapii. Usług psychoterapeutycznych w ogóle już nie można świadczyć. Psychiatrzy mający praktyki prywatne czują się zdegradowani do roli automatów wydających leki. Poza tym muszą godzić się z coraz mniejszymi zarobkami. Wszystko to powoduje dramatyczny spadek atrakcyjności tej specjalizacji w porównaniu z innymi. W ostatnich latach zanotowano spadek liczby psychiatric residents w klinikach o ok. 30%.

Wydaje mi się, że nie ma co dyskutować na temat znaczenia w przyszłości badań w dziedzinie neurobiologii dla psychiatrii. W tym punkcie panuje duża zgodność pomiędzy Amerykanami i Europejczykami. Różnimy się nie tyle w ocenie znaczenia badań w dziedzinie neurobiologii jako takich, co raczej w sposobie przyporządkowania ich do jakiegoś odpowiedniego kontekstu naukowo - teoretycznego, politycznego i praktycznego, z czego wynika możliwość uniknięcia błędów.

Uważam, że należałoby zrozumieć, iż deskryptywno-empiryczne podejście do diagnostyki, badań i terapii jest w naszej specjalności konieczne i sensowne, jednak choćby z teoretycznego punktu widzenia nieco jednostronne. Wydaje mi się, że mądrzej jest nie rezygnować z dialektycznego stosunku do hermeneutycznych dróg rozumienia.

Pogląd ten, zresztą według mnie ewidentny z punktu widzenia nauki, mógłby wesprzeć nasze stanowisko odnośnie opieki nad pacjentami psychiatrycznymi. Przecież dzielimy z Amerykanami troskę o stale rosnące wydatki w służbie zdrowia. Także i my nie chcemy i nie możemy zahamować wprowadzania nowych kosztownych technologii. Jeżeli chcemy przystopować wydatki na ochronę zdrowia, to będziemy musieli pogodzić się z ograniczeniem wolności w ordynowaniu środków terapeutycznych.

Dlatego też, biorąc pod uwagę doświadczenia i opinie ekspertów trzeba się dobrze zastanowić, które świadczenia w opiece psychiatrycznej można jeszcze finansować, przy czym należy mieć na uwadze zarówno częstotliwość i socjoekonomiczne znaczenie chorób psychicznych jak i nakłady w porównaniu z kosztownymi metodami leczenia stosowanymi w medycynie somatycznej. Powinniśmy raczej zrezygnować z pochopnie podejmowanych działań politycznych, rzekomo odnoszących większy skutek w urabianiu opinii publicznej, a także z bezkrytycznego sięgania do opinii typu "w USA jest wszystko lepsze".

Aspekt hermeneutyczny odnajduje się jednak w najprostszej formie w konieczności uznania indywidualności jednostki, wartości kontaktów osobistych i ściśle z tym związanych ukształtowanych przez ludzi systemów społecznych i przyznania tym czynnikom miejsca w kształtowaniu systemów opieki zdrowotnej. W bardziej kompleksowej formie aspekt hermeneutyczny znajduje swój wyraz w zróżnicowanej psychopatologii, wrażliwości w postrzeganiu relacji międzyludzkich, indywidualnie dobranej psychoterapii, z poszanowaniem niewiadomego i nauki, która tłumaczy związek pomiędzy determinantami neurobiologicznymi a np. aspektami indywidualnego rozwoju życia, relacji i środowiska społecznego. Jeżeli taki sposób postępowania usunie się opieki psychiatrycznej jako zbyt drogi, to szybki zysk najprawdopodobniej zostanie prędko pochłonięty przez szkody, które wystąpią znacznie później (brak compliance, chronicznie choroby).

Dla przyszłości naszej specjalności nasuwa się w tym kontekście istotne pytanie, czy naprawdę istnieje jakieś uzasadnienie, dla którego mielibyśmy się określać mianem "stosowanego neuronaukowca" jak chce Detre, a tym samym wydali na niebezpieczeństwo poddania się interesom dyktowanym względami ekonomicznymi. Myślę, że zamiast tego psychiatrzy dobrze by zrobili, gdyby silniej niż do tej pory podkreślali bogactwo swojej specjalności, bogactwo polegające właśnie na integracji płaszczyzn - neurobiologicznej, psychologicznej i socjologicznej chorób psychicznych i na zastosowaniu tej wiedzy w praktyce. Nikt poza dobrze wykształconym psychiatrą nie będzie w stanie rozwijać tego integracyjnego podejścia i wykorzystać wynikających z niego możliwości terapeutycznych dla poszczególnych pacjentów. Jeżeli taki "model psychiatry" ma istnieć i posiadać perspektywę rozwoju, to nasi koledzy po fachu będą musieli nastawić się na znacznie wyższe wymagania odnośnie kwalifikacji zawodowych, stałe sprawdzanie stanu ich wiedzy i na świadczenie pod niektórymi względami innego, choć niekoniecznie węższego zakresu usług. Moim zdaniem nic nie można temu zarzucić, jak długo nie dojdzie do zasadniczej zmiany paradygmatu w kierunku "klinicznego neurologa - naukowca"

Amerykanie starają się aktywnie zwalczyć problem ograniczonych zasobów. Zgodnie ze wzorcem kulturowym, nacechowanym silnym dążeniem do osobistej wolności i odpowiedzialności za samego siebie, na różnych płaszczyznach powstały systemy ubezpieczeń. Prywatne ubezpieczenia dla zamożnych, managed care dla pracującej klasy średniej i niższej, system ubezpieczeń państwowych (medicare i medicaid zapewniające podstawową opiekę dla inwalidów i osób starszych). Ale: wiele ludzi nie mieści się w tych systemach i części społeczeństwa nie finansuje się już wiele metod leczenia, które nam - Europejczykom wydają się sensowne.

Po drugiej wojnie światowej w Europie wykształcił się system opieki socjalnej, oparty o poglądy socjalno - demokratyczne, w którym istotną rolę odgrywa pojęcie grup ludzi jako solidarnej wspólnoty, także w sensie ogólnospołecznym. Osobiście odbieram ten sposób spojrzenia na ten problem jako osiągnięcie kulturowe. Jeżeli chcemy nie tylko w pewnych częściach społeczeństwa, lecz jako podstawową zasadę utrzymać wspólnotę solidarnych jednostek, i zgodnie z tą zasadą obok orientacji na wymierny rachunek kosztów i zysków chcemy utrzymać "czynnik ludzki", ale równocześnie musimy walczyć z rosnącymi kosztami ochrony zdrowia, to co powinniśmy robić?

Sądzę, że powinniśmy uznać wypracowane w USA osiągnięcia naukowe i pozwolić, aby nas zainspirowały. Osiągnięcia te przyniosą nam postęp w medycynie. I powinniśmy uznać, że rozważania na temat kosztów i korzyści konieczne są także w terapii psychiatrycznej.

Ale nie powinniśmy się zgadzać ani na rosnące wpływy, nie podlegające demokratycznej kontroli i legitymacji, przedsiębiorstw przemysłowych na rozwój nauki i praktyki opieki zdrowotnej w naszej specjalności, ani na ułatwienie wprowadzenia fragmentarycznej opieki zdrowotnej. Ofiarami są zawsze członkowie biedniejszych warstw ludności, a wśród nich jest wiele osób chorych psychicznie. Jeżeli chcemy utrzymać solidarną wspólnotę i jeżeli chcemy utrzymać empatycznie - indywidualny aspekt opieki nad naszymi pacjentami, to będzie nas to kosztowało sporo pieniędzy. Ale myślę, że są to dobrze zainwestowane pieniądze.