

Rok 2002 w psychiatrii w Polsce

The year 2002 in Polish psychiatry

Jacek Bomba

Z Katedry Psychiatrii CM UJ
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Bomba

Summary: The aim of this paper is a reflection upon the most important issues in Polish psychiatry in 2002. In the mental health care development, an unfavorable legal regulation on the profession of the psychologist was passed and another change in health care financing in Poland.

The role of Polish psychiatrists in international actions inspired by the World Psychiatric Association could be noted, especially in the de-stigmatising “Open the doors”, as well as the stance towards 2nd generation antipsychotics.

A positive growing interest and tendency in post-graduate psychiatric training was noticed, especially constant training.

The publication of a new, large clinical textbook on psychiatry was noted, leading the probable direction of post-graduate training and development of scientific research.

Special attention was drawn to the return of neuro-surgical interventions in treatment resistant obsessive-compulsive disorders, namely the nonstandard position of stereotactic operations on the limbic system in these disorders. Such a position is the result of insufficient scientific documentation on the effectiveness of such procedures and weakly documented theoretical bases.

Słowa klucze: kształcenie ustawiczne, stygmatyzacja, neurochirurgia w leczeniu zaburzeń psychicznych

Key words: continuous education, stigmatisation, neurosurgery in mental disorders

Moje rozważania na temat wydarzeń w psychiatrii w minionym roku są odpowiedzią na propozycję Redakcji „Psychiatrii Polskiej” i Rady Programowej pisma. Wydaje się, że rok jest długi, jeśli wziąć pod uwagę żywy nurt życia psychiatrii, a przecież

nie dość długi, aby to, co się w ciągu dwunastu miesięcy wydarzyło, można było uznać za reprezentatywne w dziejach psychiatrii. Refleksje snute na bieżąco niemal zawsze pozbawione są dystansu koniecznego do wyważenia ocen. Są, zazwyczaj, silniej naznaczone subiektywizmem. Osobisty (subiektywny) jest sam wybór wydarzeń. Subiektywna też musi pozostać ocena ich znaczenia, zwłaszcza potencjalnego wpływu na dalsze losy psychiatrii. Prognozowanie zawsze jest trudne. Tam zaś, gdzie wydarzenia budzą silniejsze emocje, trzeba dołożyć więcej starań, aby uwolnić oceny od doraźnych satysfakcji i lęków oceniającego. W tym ostatnim zadaniu pomocne jest sięganie wstecz, do wydarzeń odleglejszych w czasie.

Problemy natury ogólnej

Dwa, jak się wydaje najistotniejsze, wydarzenia to oddalenie w czasie wprowadzania w życie ustawy o zawodzie psychologa oraz przygotowywanie kolejnej zmiany zasad finansowania opieki zdrowotnej, w tym psychiatrii.

Pierwsza decyzja polityczna wprowadza kolejny bałagan w podyplomowe kształcenie psychologów. Odracza w czasie przygotowanie dużej i ważnej grupy profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym. Znaczenie i udział psychologów w leczeniu psychiatrycznym w Polsce są duże. Trudno przewidzieć wszystkie konsekwencje decyzji sejmu. Obecnie widoczne są one przede wszystkim w postaci dużej liczby bezrobotnych absolwentów psychologii, którzy nie mogą rozpocząć kształcenia podyplomowego.

Zapowiadana zmiana finansowania leczenia¹, wyrażająca się w centralnym decydowaniu o alokacji środków, zdaje się nie zapowiadać poprawy opieki nad zdrowiem psychicznym, jeśli o stosunku centralnych władz do zdrowia psychicznego wnosić na podstawie losów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który nie może się doczekać należytej mu troski i uwagi. Podobnie, projekt jednolitego kontraktowania świadczeń zdrowotnych w psychiatrii, opracowany przez zespół przygotowujący reformę, jest wyrazem całkowitego niezrozumienia potrzeb i zasad organizowania opieki nad zdrowiem psychicznym. Ostateczna wersja zmian i ujednoczenia zasad kontraktowania świadczeń – podobnie jak wielkość środków finansowych przeznaczonych na psychiatrię – jest nieznaną i należy do przyszłości raczej niż do minionego roku, jednak to, co w tej sprawie zostało już zrobione (przy ogromnym wysiłku Specjalisty Krajowego, zespołu Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Zarządu Głównego PTP), raczej nie napawa otuchą. Profesor Pużyński omówił już wiążące się z tym problemy na łamach „Psychiatrii Polskiej” [1].

Warto przypomnieć zaangażowanie, z jakim polscy psychiatrzy i inni pracownicy opieki nad zdrowiem psychicznym uczestniczyli w inicjatywach psychiatrii światowej. 2002 był rokiem światowego kongresu psychiatrii w Jokohamie, na którym obecność polskich psychiatrów była zauważalna. Przypomnieć jednak chciałbym raczej świa-

¹ Ustawa o narodowym funduszu ochrony zdrowia została podpisana przez prezydenta Rzeczypospolitej w trakcie przygotowywania tego tekstu.

ową akcją „Otwórzcie drzwi” wymierzoną przeciwko stygmatyzacji psychiatrii. Jej koordynatorem w Polsce jest dr Andrzej Cechnicki. W Polsce powstało wiele zespołów, w których profesjonaliści, wspólnie z pacjentami i członkami ich rodzin, czynią wiele dla rozwoju środowiskowych form opieki, przywracania ludziom chorym możliwości godziwego życia wśród bliskich, umożliwienia im powrotu do pracy, a także wiele dla zmiany stereotypowego obrazu choroby psychicznej – szkodliwego, jak każdy stereotyp. Praca ta, na co dzień żmudna a konieczna, w jedną wrześniową niedzielę znajduje kulminację w festiwalowej atmosferze otwierania symbolicznych drzwi na ważniejszych ulicach miast, w obecności osób sprawujących władzę – osób, których udział w kształtowaniu opinii publicznej jest znaczący – i wszystkich zainteresowanych.

Inna inicjatywa Światowej Federacji Psychiatrycznej dotyczy oceny znaczenia nowych leków przeciwpsychotycznych. Ich pozycja w leczeniu zaburzeń psychicznych w Polsce jest zawikłana i wymaga zmiany. Wynika nie z wiedzy lekarskiej i wykorzystania wyników dotychczasowych badań, a z politycznych decyzji o zasadach refundacji kosztów ich stosowania. Polska grupa robocza, kierowana przez profesora Marka Jareme, opracowała w ubiegłym roku stanowisko psychiatrów w tej kwestii. Po akceptacji Zarządu Głównego PTP zostało ono opublikowane [2].

Kształcenie

Za najważniejsze wydarzenie należy uznać opublikowanie dwóch tomów *Psychiatrii* [3]. Jest to duże zbiorowe dzieło, opracowane przez zespół redaktorów – profesorów Adama Bilikiewicza, Stanisława Pużyńskiego, Janusza Rybakowskiego i Jacka Wciórki. Przygotowanie tego dzieła zainicjował profesor Rybakowski, który w tym czasie był prezesem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Ówczesny Zarząd Główny PTP był na bieżąco informowany o przebiegu prac. Redaktorzy zaprosili do współpracy wybitnych specjalistów, powierzając im opracowanie poszczególnych rozdziałów. Pierwszy tom obejmuje teoretyczne podstawy psychiatrii i diagnostyki psychiatrycznej. Drugi – psychiatrię kliniczną. Trzeci, który się jeszcze nie ukazał – poświęcony ma być zagadnieniom terapii i problemom z pogranicza psychiatrii. To, czym już dysponujemy, jest dziełem imponującym, które ma szansę stać się punktem odniesienia w kształceniu podyplomowym, w wyznaczaniu kierunków rozwoju terapii, a także – być może – kierunków badań naukowych w dziedzinie zdrowia psychicznego. Szansę tę upatruję w szerokim ujęciu większości kierunków współczesnej psychiatrii. Pewną słabością jest brak spojrzenia integrującego. Może znajdzie się w tomie jeszcze nie wydanym.

Powodem satysfakcji jest także utrzymujące się znaczne zainteresowanie psychiatrów i innych profesjonalistów, zajmujących się zdrowiem psychicznym, udziałem w konferencjach, sympozjach i zjazdach naukowych. Cieszy przy tym wysoki na ogół poziom prezentowanych na tych spotkaniach doniesień z własnej pracy. Innym, nie mniej istotnym, powodem do radości jest samo zainteresowanie poszerzaniem wiedzy i korzystaniem z możliwości kształcenia się. W Polsce lekarze psychiatry

mają do wyboru dwie drogi dokumentowania kształcenia ustawicznego. Jedną z nich jest gromadzenie punktów edukacyjnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Komisja Kształcenia Ustawicznego ZG PTP przyznaje je za udział w spotkaniach organizowanych i współorganizowanych przez Towarzystwo (oddziały, sekcje, komisje Zarządu Głównego PTP i Zarząd Główny). Drugą drogą jest gromadzenie punktów edukacyjnych przyznawanych przez Izbę Lekarską za udział w kształceniu organizowanym przez „podmiot uprawniony do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy” [4]. Rozwój psychiatrii, w tym także ustawiczne kształcenie profesjonalistów, jest zadaniem statutowym Towarzystwa. Można chyba uznać, że jego aktywność, i to zarówno członków, jak i wybieralnych władz, jest zauważalna.

Kształceniu ustawicznemu służy też, chociaż nie wyłącznie, aktywność wydawnicza, którą Towarzystwo także prowadzi. Cieszy, że „Psychiatria Polska” i „Psychotherapia”, oficjalne organy Towarzystwa, już od dawna nie są jedynymi periodykami poświęconymi psychiatrii. Lista czasopism o różnicowanych celach jest całkiem spora: od periodyków prezentujących polskie tłumaczenia tekstów zagranicznych edukacyjnych do wydawanego przez Towarzystwo w języku angielskim „Archives of Psychiatry and Psychotherapy”, od pism wąkospecjalistycznych do powstałych z inicjatywy Oddziału Warszawskiego „Nowinek Psychiatrycznych”.

Lecznictwo

Wszystkie zaszłości w lecznictwie psychiatrycznym zostały przyćmione ponownym zastosowaniem operacji neurochirurgicznej do leczenia zespołu natręctw. Wiemy o tym jedynie z prasy codziennej oraz z innych środków masowego przekazu. Powrót neurochirurgii do lecznictwa psychiatrycznego po półwieczu został poprzedzony opublikowaniem w „Psychiatrii Polskiej” pracy neurochirurgów – Harata i Rudasia [5]. Autorzy zwrócili w niej uwagę na niechęć psychiatrów do korzystania z interwencji chirurgicznej, wyjaśniając ją z jednej strony mniej, niż się spodziewano, korzystnymi wynikami leczenia lobotomią przedczołową, z drugiej – żądaniami ruchu praw człowieka ograniczenia interwencji chirurgicznych mających skutki nieodwracalne. Obserwacja dotycząca niechęci wydaje się uzasadniona. W najnowszym polskim podręczniku psychiatrii [3] nie ma interwencji neurochirurgicznych wśród haseł skorowidza, a w części klinicznej, w rozdziale poświęconym zespołowi natręctw, mowa jest o tym, że „w Wielkiej Brytanii i USA nadal sporadycznie przeprowadza się zabiegi psychochirurgiczne w ciężkich i nie poddających się leczeniu stanach natręctw” [6].

Trudno o pełną informację o zakresie i częstości stosowania na świecie interwencji neurochirurgicznych w zaburzeniach psychicznych. W istocie kilka ośrodków neurochirurgicznych wykonuje nowoczesne, opisywane przez Harata i Rudasia, zabiegi (przednia cingulotomia, przednia capsulotomia, podogoniasta traktotomia, limbiczna leukotomia), stosując metodę stereotaksji – o niskim stopniu inwazyjności i nieznacznym odsetku powikłań – w leczeniu opornych na inne sposoby postępowania terapeutycznego zespołów depresyjnych, choroby afektywnej dwubiegunowej, zespołów obsesyjno-kompulsywnych i innych zaburzeń lękowych.

Wyczerpujący raport Grupy Roboczej ds. Neurochirurgii Royal College of Psychiatrists [7] wskazuje na ubóstwo rzetelnej literatury dotyczącej chirurgicznego leczenia zaburzeń psychicznych. Autorzy raportu nie znaleźli ani jednego studium wyników leczenia przeprowadzonego z zachowaniem wymogów medycyny opartego na dowodach [7, s. 5]. Pomimo tych braków istnieją, ich zdaniem, podstawy do uznania, że zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, depresja, inne zaburzenia lękowe i choroba afektywna dwubiegunowa są wskazaniem do interwencji neurochirurgicznej. Praktyka leczenia neurochirurgicznego w krajach, w których jest ono stosowane w postępowaniu w zaburzeniach psychicznych (Australia, Brazylia, Dania, Holandia, Rosja, Szwecja, UK, USA, Węgry), jest niejednorodna. Różnice dotyczą technik operacyjnych, miejsc interwencji chirurgicznej w mózgu, zakresu wskazań i przeciwwskazań do operacji, oraz procedur kwalifikacyjnych. Różnorodność technik tłumaczy się indywidualnymi drogami szkolenia i rozwoju neurochirurgii; pozostaje też w związku z niejednakowym wyposażeniem technicznym ośrodków, a także z ryzykiem nietrafnych destrukcji powodujących – rzadkie co prawda – reoperacje. Rozbieżności we wskazaniach do operacji wynikają z niejednoznacznego statusu koncepcji miejscowych dysfunkcji mózgu w genezie zaburzeń psychicznych. Odmienności w postępowaniu kwalifikacyjnym – w szczególności chodzi o restrykcyjność procedur – zwolennicy interwencji neurochirurgicznej w zaburzeniach psychicznych wyjaśniają czynnikami natury politycznej.

Rzeczywiście, najważniejsze sprzeciwy wobec stosowania lobotomii przedczołowej wynikały z nieodwracalności interwencji niszczącej tkankę mózgową. Badania katamnesticzne osób poddanych temu leczeniu prowadzono także w Polsce [8]. Warto przypomnieć je dzisiaj. Instruktywna pod wieloma względami jest praca Broszkiewiczowej. Jej orientacja teoretyczna – pawłowizm w wersji z lat pięćdziesiątych – mało ma wspólnego z ruchem na rzecz praw człowieka.

Broszkiewiczowa postuluje zaniechanie wykonywania lobotomii przedczołowej w Polsce, opierając się na trzech przesłankach.

Pierwsza – to brak poprawy w ocenie klinicznej i znaczna liczba powikłań pooperacyjnych, w tym narastającego zaniku mózgu – stwierdzonego w katamnesticznym badaniu 176 chorych operowanych w ciągu 4 lat od 1947 r. (101 w Kościanie, 29 w Warszawie, 24 w Krakowie, 12 we Wrocławiu, 9 w Radomiu, 1 w Pruszkowie). Grupa ta była „niejednolita pod każdym względem”, a to dlatego, że do leczenia operacyjnego kwalifikowano pacjentów w różnym wieku, u których rozpoznawano różne zaburzenia psychiczne, a sam zabieg operacyjny wykonywano niejednakową techniką. Powodował on różne co do lokalizacji i rozległości uszkodzenia tkanki mózgu, a towarzyszyła mu znaczna ilość powikłań, głównie w postaci krwotoków. Wskazania były rzeczywiście dość szerokie. W przewadze, w Polsce leczono leucotomią osoby chore na schizofrenię, ale także osoby z padaczką, uporczywymi bólami głowy i upośledzeniem umysłowym, parkinsonizmem, płasawicą Huntingtona, stanem pomrocznym reaktywnym, porażeniem postępującym. Broszkiewiczowa zwraca uwagę na brak rzetelnej dokumentacji klinicznej, nieadekwatność i chaotyczność wskazań

lekarskich do operacji, brak obserwacji i opieki po leczeniu, nieraz karygodny. Nie był to głos odosobniony, skoro Walne Zgromadzenie PTP we wrześniu 1951 r. na wniosek Stryjeńskiego i Falkowskiego „bez sprzeciwu [...] przy 2 głosach wstrzymujących się” uchwaliło: „że stosowanie leukotomii przedczołowej i innych zabiegów chirurgicznych przez szpitale psychiatryczne w ramach leczenia zakładowego we własnym zakresie należy powstrzymać. W przypadkach, kiedy proponowane jest zastosowanie lobotomii lub innego zabiegu chirurgicznego, konieczna jest zgoda wojewódzkiego specjalisty psychiatrycznego lub jednej z klinik psychiatrycznych.

Druą przesłanką to pochopność decyzji podejmowania leczenia chirurgicznego. Próbowano ją opanować, wprowadzając zasadę zewnętrznej kontroli wskazań do operacji.

W ciągu tych 4 lat opublikowano jedynie kilka opracowań dotyczących tego nowego i ważnego zagadnienia. Pierwszym była praca Korzeniowskiego [9] oparta na obserwacji 9 operowanych pacjentów ze schizofrenią. Korzeniowski pozytywnie ocenił wyniki leczenia; zalecał, by nie kwalifikować do operacji chorych ze „stępieniem uczuciowym”. Broszkiewiczowa zarzuca mu krótki okres obserwacji pooperacyjnej i zaskakująco dobre wyniki w zakresie społecznego funkcjonowania w porównaniu z tymi, jakie uzyskała we własnych badaniach. Bilikiewicz, Nowicki i Sedlaczek-Komorowski [10] opisali nowy typ interwencji chirurgicznej zastosowany u dwojga dzieci w wieku 8 i 14 lat, i entuzjastycznie oceniony („psychochirurgia zasługuje na najwyższe poparcie miarodajnych czynników”). Bornsztajn [11] ocenił interwencje chirurgiczne w mózgu w leczeniu zaburzeń psychicznych jako metodę „błędną lekarsko i antyhumanitarną”. W pozostałych pracach dyskutowano metodę Moniza i jej teoretyczne uzasadnienie z perspektywy neurofizjologii, dochodząc zresztą do odmiennych wniosków, zarówno co do jej zgodności z neurofizjologią Pawłowa, jak i celowości stosowania w praktyce [12, 13]. Prace te są o tyle interesujące, że pawłowizm był jedynym dopuszczalnym językiem dyskursu naukowego. Inne wypowiedzi traktowano formalnie jako nienaukowe. Broszkiewiczowa tak pisze o Bornsztajnie: „z wnioskami musimy się zgodzić; nie możemy jednak zgodzić się ze stwierdzeniem [...] że »godzina, kiedy praktyka będzie mogła oprzeć się na teorii i z nią się uzgodnić, na naszym zegarze psychiatrycznym jeszcze nie wybiła«”. To jest właśnie drugi plan dyskusji nad leukotomią – przesłanka trzecia. Nauka Pawłowa została przez Moniza źle zinterpretowana. Pawłow wypowiedział się kategorycznie o tym, że w płatach czołowych nie ma „szczególnie ważnych urządzeń, które stanowiłyby o doskonałości czynności nerwowych”. To był główny argument przeciw podstawom teoretycznym „psychomorfologii”.

Problem, który, zdaniem Bornsztajna, pół wieku temu, sprowadzał się do dystansu między rozwiązaniami teoretycznymi w psychiatrii a jej praktyką kliniczną, istnieje chyba w dalszym ciągu. Ogromny postęp wiedzy o mózgu nadal nie pozwala na jednoznaczne i ostateczne rozstrzygnięcie o lokalizacji ogniska migowego zespołu natręctw. Pozostajemy w obszarze słabo udokumentowanych korzystnych następstw interwencji neurochirurgicznych. I dlatego przekonanie o słuszności stosowania neurochirurgii

w leczeniu zaburzeń psychicznych nie jest jednoznaczne. W wielu krajach (niektóre stany USA, Kanada) ten sposób leczenia jest prawnie zabroniony. W innych – warunkiem jest zgoda pacjenta wyczerpująco poinformowanego; w UK zgoda pacjenta podlega kontroli odpowiedniej komisji, działającej z mocy ustawy o zdrowiu psychicznym; nierzadko komisja uchyla ważność zgody pacjenta [7]. Różnice w ustawodawstwie między Anglią a Szkocją powodują przy tym odmienności procedur kwalifikacyjnych (w Anglii postępowanie jest ostrożniejsze). Ostrożność w decyzji o podjęciu leczenia chirurgicznego rzeczywiście pozostaje w związku z ruchem na rzecz praw człowieka. Argumenty rzeczników ochrony praw człowieka, polityczne przecieży, opierają się na wątpliej dokumentacji skuteczności leczenia neurochirurgicznego zaburzeń psychicznych oraz, co również istotne z powodów etycznych, łatwości nadużyć w stosowaniu nieodwracalnej w skutkach metody postępowania.

Zarówno cytowany raport Grupy Roboczej RCP [7], jak i późniejszy raport ośrodka neurochirurgii w Dundee [14] stwierdzają, że kwalifikacja do leczenia neurochirurgicznego może dotyczyć tylko tych osób, u których leczenie zachowawcze okazało się nieskuteczne. Ocena tego faktu nie jest sprawą prostą. Ustalenie oporności zespołu psychopatologicznego na leczenie zachowawcze wymaga według autorów cytowanych raportów starannej oceny trafności leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego oraz rzetelności w jego prowadzeniu. Dlatego próbuje się ustalić minimalną liczbę kuracji określonymi lekami, dobór metod psychoterapii itd. Dodatkowo wprowadza się kryterium czasu trwania zaburzeń i ich uciążliwości dla pacjenta. Szczególnym problemem, jak wynika z cytowanych raportów, jest znaczenie współistniejących z podstawowymi zespołami psychopatologicznymi zaburzeń osobowości. Ich obecność uważana jest za przeciwwskazanie do operacji. Stąd, jak można mniemać, wynika tendencja do opierania się w diagnozowaniu na DSM-IV, a nie ICD-10. Ponadto wymaga się, aby oceny dokonywał zespół specjalistów, którzy nie uczestniczyli w dotychczasowym leczeniu, ani nie są członkami zespołu przeprowadzającego operację.

Zastosowanie w leczeniu metody niekonwencjonalnej, nowej, trzeba traktować jako eksperyment. Kodeks etyki lekarskiej [15] stwierdza, że w tej sytuacji przewidywane korzyści pacjenta muszą przeważać nad ryzykiem. Natomiast ustawa o zawodzie lekarza [16] dopuszcza prowadzenie eksperymentu leczniczego (obejmującego leczenie, diagnostykę i profilaktykę) wyłącznie w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla pacjenta [17]. Przeprowadzenie eksperymentu leczniczego, podobnie jak to jest w przypadku eksperymentu badawczego – wymaga akceptacji Komisji Bioetycznej.

Trzeba z uwagą obserwować otwieranie się możliwości nowej, chociaż sięgającej pierwszej połowy ubiegłego wieku, pomocy w ciężkich i nie poddających się leczeniu zespołach zaburzeń psychicznych. Trzeba też domagać się opracowania wyraźnych zasad postępowania kwalifikacyjnego. Trzeba także zabiegać o rzetelne śledzenie wyników interwencji neurochirurgicznych i o publikowanie ich wyników.

Nialdcríel

Cfáriclé írnñí' úle d'f'c'f'áin'ç' 'æ' lñn' i'olier' írcáit'él' árcíúó' n'áúñc'ê á d'f'eúñe'íe d'ñc'ó'c'f'nd'c'ê á 2002 áiaó. In'él'-lí ílám'c'áiúé, æ' d'f'ç'ac'ñc' íd'l'ç' írã d'ñc'ó'c'-'lñç'ê ç'áid'iaú'le, f'ç'ólín' t'd'c'ac'-'lñç'ê d'laóe' 'oc'ê, in'íin' 'uc'ón' ç' d'f'ólín'c'ê d'ñc'ó'ie'iar, f' n'f'ç'él' í-'l'd'la'ír' d'lid'ar'íç'f'ç'f'oc' in'ia' óo'ie'ç'ic'ic'ia'ric' 'élac'ó'c'íne'íe íd'l'ç' á D'ieú'rl.

Rãnid' d'ia-'l'd'ç'árln' ó-'r'nn'él' d'f'eúñe'ç'ó d'ñc'ó'c'f'nd'ia á él'c'aó'írd'ia'úó' f'ç'ó'c' 'ó, c'ind'ç'd'ia'riúó' ÁÍÇ - Él'c'aó'írd'ia'ie d'ñc'ó'c'f'nd'c'-'lñç'ie ó'la'ld'í'f'roc'ê. Ýni in'ial'íin' in'íin'c'ñn' ' ç' f'ç'ó'c'ê „lñç'd'ie'nl' aald'c'” ç' d'f'ç'f'ráin'ç'el' íd'ie'ic'ê d'í' áid'd'ia'f'e d'ç'c'él'í'ic' f'ñc'd'ñc'ó'c'-'lñç'ê d'f'ld'í'rd'ia' II ál'í'ld'í'f'roc'ê.

Íad'f'ulín' áic'ç'í'ic'el' íf' d'f'ie'ic'c'ñ'le'ú'íó'f' áic'd'r'nñ'ú'ó'f' n'í'ial'í'ó'ç'f' ç'f'c'ím'ld'í'ln'á'ri'í'nn'c' ç'nd'f'ie'ú'ç'ia'ric' 'áic'ç'ie'c'í'nn'c' d'f'í'nn'ac'd'ie'ie'ia'í' ó'ni'ald'í'ln'á'ia'ric' ' á d'ñc'ó'c'f'nd'c'ê, f' á n'ie' -ç'ñ'él' d'í'nn'í' í'ia'í' áin'd'f'ie'í'ic' 'n'áic'ó' ç'á'f'c'ó'ç'f'roc'ê. Oç'f'ç'í'í' íf' ç'í'f'-l'ic'el' í'ia'ia'í, áie'ú'ria'í' ó-'lá'ic'ç'f' d'í' d'ñc'ó'c'f'nd'c'ê ç' d'í-'l'd'ç'í'ón'í' lá'í' d'í-'á'c'ac'ê'ie'ó, áie'ú'rl' áe'ç' í'ç'el' íf' írd'd'ra'el'ic' ' d'í'nn'ac'd'ie'ie'ia'í' ó'ni'ald'í'ln'á'ia'ric' ', f' n'f'ç'él' d'f'ç'ac'ñc'el' íf'ó-'í'ú'ó' ç'nn'el'ia'ia'ric'ê. In'ial'í'ln' áic'ç'í'ic'el' íad'f'ulín' íf' d'ç'c'él'í'ic' ' íl'ed'í'ó'ç'd'ó'd'ac'-'lñç'ê'ó' áel'í'rn'le'ú'nn'á' á d'í'ç'c'ñ'ln'í'í'ú'ó' ç' ó'f'd'ç'f'ie'ia'ç'-'lñç'ie'ó' él'-l'ic'ç' í'án'í'-n'c'á'í'-'ç'í'ed'ó'e'ú'nc'ái'ú'ó' n'c'í'ad'f'ie'á. D'ia-'l'd'ç'í'ón'í' í'ln'á'ia'rd'ia'í' d'f'ie'ic'í'ic'el' n'ld'í'nf'ç'-'lñç'ê'ó' íd'í'ld'í'f'roc'ê' íf' ç'c'c'á'c'-'lñç'ie' n'c'ñ'nl'él' d'ç'c' él'-l'ic'ç' n'f'ç'ê'ó' íf'd'ó-'rl'ic'ê. N'f'ç'él' d'f'ie'ic'í'ic'el' ç'nn'ç'f'ln' ç'ç' ç'f'ie'í' íf'ó-'í'ie' áie'ó'él'í'nf'roc'ê' y'ó'ól'ç'c'ái'í'nn'c' n'f'ç'ia'í' áic'ç'al'enn'ac' ', f' n'f'ç'él' n'ç'ra'í' d'f'ç'f'rá'í'nn'í'ú'ó' n'í'ld'í'nc'-'lñç'ê'ó' in'ia'í'.

Das Jahr 2002 in der Psychiatrie in Polen

Zusammenfassung

Das Ziel der Bearbeitung war das Nachdenken über die wichtigsten Ereignisse in der polnischen Psychiatrie im Jahre 2002 in Polen. Es wurde ein ungünstiger Einfluss der Rechtregelungen über den Beruf des Psychologen auf die Entwicklung der Gesundheitsbetreuung und auf die nächste Umgestaltung der Prinzipien der Finanzierung der Medizinbetreuung in Polen bemerkt.

Man betonte die Teilnahme der polnischen Psychiater an den internationalen Aktionen des Weltverbandes der Psychiatrie, darunter besonders an der Aktion „Öffnet die Tür“ und die Bearbeitung der Stellungnahme zu den antipsychotiven Arzneimitteln der II. Generation.

Man machte auf die Möglichkeit aufmerksam, sich in der Psychiatrie ergänzend zu bilden. Man machte auf die Veröffentlichung eines neuen, großen Handbuches der Psychiatrie aufmerksam und betonte seine wahrscheinliche Bedeutung auf die Richtungen des ergänzenden Studiums und die Entwicklung der wissenschaftlichen Forschungen.

Eine besondere Aufmerksamkeit schenkte man den neurochirurgischen Eingriffen in den arzneimittelresistenten obsessiv-kompulsiven Syndromen und betonte die Sonderposition der stereotaktischen Operationen an dem limbischen System in der Behandlung dieser Störungen. Diese Position geht aus der ungenügenden wissenschaftlichen Dokumentation der Wirksamkeit dieses Verfahrens und den schlecht dokumentierten theoretischen Grundlagen hervor.

L'année 2002 de la psychiatrie en Pologne

Résumé

Cet article vise à présenter la réflexion sur les événements les plus importants de la psychiatrie en Pologne en 2002. On y note l'influence défavorable de certaines régularisations concernant le métier de psychologue et les questions financières liées avec la réorganisation de l'assistance médicale.

L'auteur souligne l'importance de la participation des psychiatres polonais aux actions

internationales inspirées parla Fédération Internationale des Psychiatres – entre autre l'action «Ouvrez la porte» et l'élaboration d'opinion concernant les médicaments antipsychotiques de la II génération.

On accentue aussi l'accroît d'intérêt porté sur la formation professionnelle en psychiatrie, surtout de l'instruction continue ainsi que l'importance de l'édition du manuel nouveau de la psychiatrie qui exercera une influence sur les perspectives de l'instruction et sur les recherches en psychiatrie.

L'auteur attire attention sur le retour des interventions neurochirurgiennes dans les cas très difficiles des syndromes obsessionnels-compulsifs en soulignant l'importance des opérations stéréotaxiques non-standardisées du système limbique dans leur thérapie. La position non-standardisée de ces opérations résulte du manque de la documentation scientifique concernant l'efficacité de cette méthode thérapeutique et ses fondements théoriques.

Piśmiennictwo

1. Pużyński S. *Aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej – 2002*. Psychiatr. Pol. 2003; 37: Psychiatr. Pol. 2003; 2: 217–224.
2. Jarema M, red. *Poprawa opieki nad osobami chorymi na schizofrenię w Polsce poprzez zwiększenie dostępu do nowoczesnej terapii. Stanowisko Polskiej Grupy Roboczej ds. Leków Przeciwpowikłanych II Generacji*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 2003.
3. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. T. I i II. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002.
4. *Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 013/97/00/III*. Biuletyn NRL nr 5/55/00, § 14.
5. Harat M, Rudaś M. *Leczenie chirurgiczne chorób sfery psychicznej*. Psychiatr. Pol. 2002; 36: 793–804.
6. Pilaczyńska E, Rybakowski J. *Zespół natręctw*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. T. II: *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002, s. 464.
7. Freeman Ch, Crossley D, Eccleston D. *Neurosurgery for mental disorders. Council Report CR89*. Londyn: Royal College of Psychiatrists; 2000.
8. Broszkiewicz E. *Przeciw teorii i praktyce leukotomii przedczołowej (ocena kliniczna i patofizjologiczna wyników operacji wykonanych w Polsce)*. Post. Wiedzy Med. 1954; 1: 37–51.
9. Korzeniowski L. *Leukotomia przedczołowa i jej znaczenie dla leczenia chorób psychicznych*. Zdr. Psych. 1948; 8.
10. Bilikiewicz T, Nowicki S, Sedlaczek-Komorowski L. *Pierwsze doświadczenia z topektomią przedczołową*. Roczn. Psychiatr. 1950; 28, 38: 1–4.
11. Bornsztajn M. *Psychochirurgia, jej wartość lecznicza i teoretyczna w psychiatrii*. Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol. 1951; 1: 1.
12. Ziemnowicz S. *Psychochirurgia, jej rozwój i znaczenie*. PTL 1951; 6: 44.
13. Selecki B. *Z zagadnień umiejscowienia czynności w korze mózgowej człowieka*. Kraków; 1953.
14. Matthews K, Eljamen MS. *Neurosurgery for Mental Disorders in Dundee Report*. Dundee NMD Service, Dundee; 2001.
15. *Kodeks etyki lekarskiej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Naczelnej Izby Lekarskiej; 1994.
16. *Ustawa o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996 r.*
17. Bomba J. *Zagadnienia etyczne psychiatrii*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. T. III. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner [w druku].

*Praca zamówiona
przez redakcję*

Adres: Katedra Psychiatrii CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21 a
E-mail: mzbomba@cyf-kr.edu.pl