

W poszukiwaniu nici Ariadny*

In search of Ariadna's thread

Stefan Leder

Summary: The article was presented on the opening of the jubilee 40th Polish Psychiatric Conference, where the main theme was "Integration in psychiatry". The author describes the present developmental tendencies in medicine and analyses the changes which took place in psychiatry in the recent years, beginning with a favourable manner of perceiving and treating psychiatric patients by their surroundings, through the strengthening of the patients' positions and control of their laws, formalised by appropriate legal regulations, all the way to unfavourable instances which formulate a barrier and endangerment of further advances in psychiatric treatment reforms.

Słowa klucze: tendencje rozwojowe w medycynie, reforma psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Chciałbym podzielić się refleksjami dotyczącymi przyszłości medycyny i psychiatrii i ich aktualnego stanu. Refleksje te chyba wiążą się z moim wiekiem oraz bilansem 58-letniej pracy zawodowej. Stąd ten metaforyczny tytuł, który ma przekazać, że przyszłość jest dla mnie synonimem poruszania się w labiryncie pełnym wyzwań i zagrożeń. Wyjście z niego wymaga drogowskazów i wytyczenia trafnych celów i rozwiązań. Tym zagadnieniom poświęcono już wiele dyskusji i publikacji, konieczna jest jednak ich intensyfikacja i pogłębienie analiz przeprowadzanych przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych, uwzględniających również pytania, wątpliwości, zastrzeżenia, poglądy i oczekiwania konsumentów usług medycznych. Nie sądzę, aby trzeba było uzasadniać celowość takiego partnerskiego dyskursu równorzędnych partnerów, obejmującego próbę analizy kierunków rozwoju świata w pierwszej połowie dwudziestego pierwszego wieku, ponieważ wytycza on i określa przyszłe tendencje, szanse i wyzwania zarysowujące się przed medycyną i psychiatrią.

Początek nowego tysiąclecia stoi pod znakiem dwóch przeciwstawnych, ale niekiedy wzajemnie się wzmacniających, rozwojowych tendencji – dążenia do integracji i równocześnie do fragmentaryzacji w zakresie wymiaru społeczno-ekonomicznego, kultury, nauki i polityki. Szczególne cechy tych aktualnych dynamicznych procesów

* Referat wygłoszony na XL Zjeździe Naukowym Psychiatrów Polskich, Kraków, 14-17 czerwca

uwidaczniają się w toczącym się demontażu poprzednich form ustrojowych w wielu krajach Europy Centralnej i Wschodniej i zastąpieniu ich tzw. „dzikim kapitalizmem”. Odbywa się to po wyłonieniu jednego światowego mocarstwa, dysponującego ekonomicznymi i militarnymi środkami wywierania znacznego wpływu na pozostały świat, forsującego zachodzące procesy globalizacji oparte na rewolucji informatycznej, gwałtownym postępie technologicznym oraz szybko wzrastającej potędze ponadnarodowych korporacji. Ponieważ procesy te pogłębiają nierówność społeczno-gospodarczą, m.in. między Północą a Południem, w wielu krajach narasta opór i protesty przeciwko tendencjom monopolistycznym, hegemonistycznym oraz próbom ograniczania suwerenności poszczególnych państw, których interesy **polityczne, gospodarcze, kulturowe i narodowe** są często sprzeczne. Stąd też aspiracje do powstania nowych niezależnych państw, narastanie nacjonalistycznych i separatystycznych tendencji, które towarzyszą próbom tworzenia regionalnych lub nawet kontynentalnych sojuszy i unii, które z kolei zakładają unifikację i standaryzację **legislacji, przepisów technologicznych i handlowych** oraz upodabnianie się struktur i normatywnych uregulowań, mających sprzyjać procesom integracyjnym i zwiększeniu równowagi w świecie. Procesy te przebiegają w sposób zróżnicowany w różnych zakresach i różnym tempie w poszczególnych krajach, mają jednak wspólne cechy, które charakteryzują kierunki zmian w poszczególnych dziedzinach, w tym w kulturze i nauce.

Nas w pierwszym rządzie interesują przyszłe kierunki rozwoju medycyny. Każdy człowiek w swoim życiu konfrontuje się z cierpieniem, bólem, chorobą, niesprawnością i śmiercią, oczekuje więc od medycyny i jej pracowników wsparcia, pomocy, uzdrowienia i życzliwego zrozumienia. Stąd pytania: jak i w jakiej mierze zostaną zaspokojone te oczekiwania, jak medycyna potrafi spełnić swoje humanitarne zadania, jak będzie formułowała i realizowała swoje funkcje społeczne?

Zaznaczy się wyraźny wpływ takich zjawisk, jak: postępująca komercjalizacja świadczeń medycznych, ważna rola rachunku ekonomicznego, zmniejszenie finansowania sektora publicznego przez państwo i rezygnacja przez nie z niektórych funkcji w zakresie polityki zdrowotnej, postępująca standaryzacja metod diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i badawczych, przy wzrastającym odwoływaniu się do zmiany stylu życia przez społeczeństwo i odpowiedzialności jego członków za własne zdrowie. Coraz wyraźniejsza też się staje modyfikacja paradygmatów naukowych, spektakularne osiągnięcia w zakresie nauk przyrodniczych, szczególnie biotechnologii, psychofarmakologii, w tworzeniu nowych specyfików, szczepionek, preparatów hormonalnych, stymulatorów biologicznych, środków wpływających na procesy komórkowe, immunologiczne, procesy reprodukcyjne, na stan sanitarno-higieniczny środowiska. **Osiągnięcia te przeciwdziałają zagrożeniom demograficznym i ekologicznym, powodując jednak równocześnie wzrost roli i znaczenia przemysłu i koncernów farmakologicznych. Postęp technologiczny w zakresie diagnostyki i terapii, medycyny reparacyjnej i konstruującej (m.in. transplantologii) powoduje również konieczność zmian modelu kształcenia personelu medycznego.**

Zmiany struktury zachorowań w pierwszym rządzie związane są z przedłużeniem długości życia, wzrostem odsetka populacji powyżej 65 lat, przewlekłymi chorobami układowymi, wzrostem liczby pacjentów wymagających przewlekłej opieki,

występowaniem nowych chorób zakaźnych o pochodzeniu wirusowym, wzrostem wypadków komunikacyjnych, liczbą uzależnionych od rozmaitych substancji (w tym farmakologicznych).

Te tendencje siłą rzeczy spowodują rozwój i zmianę organizacji systemów opieki zdrowotnej i pełnionych przez nią funkcji na bardziej ekonomiczne, ale równocześnie zaspokajające podstawowe potrzeby i oczekiwania chorych oraz ich rodzin. Dokonać się to może m.in. poprzez szerszą współpracę z zawodami medycznymi, stosującymi także alternatywne metody leczenia, a także przez kooperację z pozarządowymi organizacjami, obejmującymi także chorych i członków ich rodzin, oraz z lokalnymi samorządami.

Znaczna niezgodność między oczekiwaniami i dążeniem wielu konsumentów świadczeń medycznych a rzeczywistością spowoduje konieczność zmiany stylu i form współpracy personelu medycznego z ludnością oraz szersze uwzględnienie roli alternatywnych metod leczenia i zapoznanie się z nimi nauczycieli akademickich.

Te zmiany i realizacja tych tendencji rozwojowych mogą dać pozytywne efekty. Powinny nastąpić:

- Po pierwsze – poprawa stanu zdrowotnego znaczącej populacji, szczególnie w wysoko rozwiniętych krajach, pewna poprawa jakości życia niektórych grup przewlekłe chorych.
- Po drugie – eliminacja niektórych „starych” chorób i bardziej skuteczne metody leczenia innych (AIDS, Eboli, SHE, Alzheimer) oraz zapobieganie i usuwanie niektórych czynników ryzyka (palenie, wypadkowość, otyłość, nieprawidłowe odżywianie się, szkodliwy wpływ zanieczyszczenia ekologicznego).
- Po trzecie – rozwój innych, bardziej efektywnych środków farmaceutycznych pewnych technologii, oddziaływań na układy: nerwowy, hormonalny, immunologiczny, reprodukcyjny, postępy w reparacyjnych, protetycznych i rehabilitacyjnych zakresach medycyny oraz zmniejszenie cierpień, bólu i niesprawności towarzyszących niektórym chorobom degeneracyjnym i układowym.
- Po czwarte – rozpowszechnienie paradygmatów biopsychospołecznego modelu patologii zdrowia, zarówno w praktyce klinicznej, jak i kształceniu medycznym w niektórych krajach.
- Po piąte – większe uwzględnianie problematyki etycznej i moralnej, związanej z nowymi możliwościami medycyny, które są zarówno wyzwaniem, jak i szansą, którą daje jej upowszechnienie w formie wielodyscyplinarnych dyskusji, społecznego dialogu oraz inicjatyw instytucjonalnych.
- Po szóste – w wielu krajach wzrost możliwości korzystania ze świadczeń medycznych, choć jednocześnie towarzyszą mu próby ograniczenia ich dostępności dla pewnych grup ludności.

Chciałbym dodać jeszcze trzy istotne, tym razem negatywne, zjawiska. Może grozić:

- Niedocenianie i lekceważenie oczekiwań konsumentów na większe zmiany w zakresie relacji między pacjentem a personelem instytucji medycznych, na bardziej partnerskie stosunki, większe zrozumienie potrzeb psychologicznych chorych,

na **podejście mniej przedmiotowe**, a charakteryzujące się humanistycznymi postawami personelu i uwzględniające konieczność indywidualnego traktowania pacjenta.

- Ekspansywnie postępująca komercjalizacja świadczeń medycznych pociągająca za sobą zróżnicowanie dostępu do opieki zdrowotnej.
- Nie mniej ważne może być hamowanie i wręcz utrudnianie kreatywnego i innowacyjnego myślenia i działania personelu poprzez promowanie i forsowanie standardowego postępowania, regulowanego i narzucanego przez reguły i przepisy i nie uwzględniającego koniecznego hermeneutycznego zrozumienia poszczególnego pacjenta i kierowania się analizą opartą na zasadach biopsychospołecznego modelu integracyjnego, przeciwdziałającego dyskryminacji, manipulacji i wykluczeniu.

Pod tym względem niebezpieczny jest wzrost tendencji do selekcji pacjentów poprzez zróżnicowanie jakości świadczeń między bogatymi a biednymi krajami i chorymi, powstanie dwuklasowej medycyny i zjawisk dyskryminacji i wykluczenia. Szczególnie odnosi się to do dostępności opieki zdrowotnej zależnie od wieku chorych i ich zdolności do produkcyjnej pracy, od ich płci, etnicznej przynależności czy statusu społecznego i cenzusu wykształcenia. Te zjawiska mogą prowadzić do zwiększenia się wpływu teorii i praktyki neodarwinistycznych koncepcji wykorzystania możliwości genotechnologii do hodowli „lepszych” i degradacji mniej „wartościowych” osobników, do odrodzenia się skądinąd pamiętnych teorii i praktyk, które nie były w swoim czasie odrzucane przez wszystkich psychiatrów.

Zacytuję tu moje pytania sprzed kilku lat, które – jak myślę – nie straciły na aktualności.

- Czy możemy oczekiwać, że postęp technologiczny i socjoekonomiczny wyeliminuje chociażby niektóre z przeszkód w realizacji wizji optymalnego systemu opieki zdrowotnej, odwołującej się do idealnego modelu zdrowia?
- Czy realne jest, że postęp mikroelektroniki, bardziej wydajnych i skutecznych komputerów i maszyn uczących, robotów, automatycznego sprzętu itp. wyeliminuje uwarunkowania złego stanu zdrowia związane z pracą, bezrobociem, biedą, nadużywaniem uzależniających substancji i wadliwym stylem życia?
- Jakie będą skutki dalszego postępu technicznego, rozwoju innych technologii badań nieinwazyjnych?
- Czy możliwości przeszczepów organów, stworzenie protez, wspierających działanie uszkodzonych systemów ruchowych, sensorycznych i neuropsychicznych, czy zewnętrzne sterowanie zachowaniem za pomocą wszczepionych do mózgu elektronicznych modułów i elektrod, rozwój nowych leków, substancji zastępczych, regulatorów i stymulatorów biochemicznych i immunologicznych, czy osiągnięcia biotechnologii, leczenia genetycznego, procedury klonowania, rozmnażania i zapłodnienia in vitro lub antykoncepcji – uczynią nas zdrowszymi?
- Czy prawdopodobne jest, że znaczące postępy w procedurach promujących zdrowie, diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych, czy akceptacja ściśle dobrowolnej i prawnie usankcjonowanej eutanazji rozwiąże większość problemów zdrowotnych i spełni marzenia o szczęściu i wysokiej jakości **życia** jednostek i społeczeństw?

- Jak daleko człowiek może ingerować w naturę?
- Czy kontakt z pacjentem na odległość, poprzez środki audiowizualne może zastąpić bezpośredni, twarzą w twarz, kontakt pacjenta z lekarzem?

Można te pytania mnożyć, ale jasne jest, że choć dalsze odkrycia i wynalazki mogą mieć nader ważne konsekwencje dla dalszych postępów medycyny, trzeba zdawać sobie sprawę, że znajdowanie odpowiedzi będzie na te i wiele innych pytań procesem długim, trudnym i bolesnym, i że będą mu towarzyszyć liczne, dramatyczne dylematy etyczne.

W tym kontekście, na tym forum, jest wręcz konieczne podjęcie próby – na pewno bardzo niedoskonałej i niepełnej – omówienia stanu i perspektyw rozwoju naszej dyscypliny, w której zachodzą podobne procesy, różniące się niekiedy zakresem, charakterem i tempem.

Dramatyczny wpływ na te procesy wywarły i wywierają nadal zjawiska związane z przełomowymi być może postęпами wiedzy naukowej oraz przemianami społeczno-ekonomicznymi i politycznymi w ostatnich 50 latach. Najważniejszą rolę odgrywają tu: poszerzenie i pogłębienie wiedzy o biologicznych uwarunkowaniach patologii, postępy genetyki, psychofarmakologii i technologii medycznej, potwierdzenie i sprecyzowanie znaczenia ośrodków mózgowych dla funkcjonowania i koordynacji funkcji poznawczych, afektywnych i behawioralnych. Nowe metody obrazowania, umożliwiając lokalizację i śledzenie dynamiki procesów fizjologicznych i biochemicznych w mózgu, potwierdzają ich znaczenie dla funkcjonowania psychicznego, myślenia, postrzegania i przeżywania, dla optymalizacji mechanizmów adaptacyjnych. Umożliwiają udowodnienie występowania zmian na skutek różnych oddziaływań, np. psychoterapeutycznych lub urazów psychicznych. Te metody badawcze, przez użycie nowego instrumentarium, poszerzają i pogłębiają zarówno nasze poznanie, jak i możliwości oddziaływania i modyfikacji funkcji mózgu oraz osobowości, potwierdzają, że centralny układ nerwowy i procesy psychiczne oraz świadomość mają decydujące znaczenie dla rozwoju i kształtowania człowieka, jego psyche i some.

Niewątpliwie te odkrycia neurobiologiczne przyczyniają się do tego, że psychiatria kliniczna zbliża się i w pewnym sensie upodabnia do innych dyscyplin medycznych, co również ułatwia jej integrację z medycyną, bardziej całościowe podejście do człowieka i jego jedności psychofizycznej, jego relacji i interakcji z otoczeniem społecznym, biofizycznym i chemicznym czy ekologicznym. Jest to ważne, gdyż badania potwierdzają, że w etiopatogenezie wielu zaburzeń psychicznych dużą rolę odgrywa interakcja czynników genetycznych i środowiskowych. Jednak wielu lekarzy pozostaje w przekonaniu, że dalsze postępy medycyny są określone przez sukcesy nauk przyrodniczych i że nauki społeczne i humanistyczne odgrywają drugorzędną rolę, podejście zaś hermeneutyczne nie ma większego znaczenia. Do utrwalenia takiego redukcjonistycznego myślenia przyczynia się także, oporny na zmiany, model kształcenia medycznego.

W dziedzinie kształcenia podyplomowego obserwujemy narastające tendencje do myślenia o nim jako o rynku usług, co pociąga za sobą traktowanie go jako inwestycji finansowej, w której wyłożone koszty muszą zostać pokryte przez przyszłych pacjentów.

W związku z tymi problemami, na łamach amerykańskiej prasy fachowej toczy się ożywiona polemika na temat przyszłości psychiatrii i roli zawodowej psychiatrów i psychologów. Zarysowały się dwa przeciwstawne stanowiska:

Zwolennicy pierwszego (Detre, Rush, Liberman) uważają, że psychiatria amerykańska skupiła się głównie na problemach niemedyceńskich i na realizacji w pierwszym rzędzie zadań psychospołecznych. W związku z jej postępującą remedykalizacją, wzrastającą rolą sił rynkowych, m.in. w postaci „managed care” i standardów, oraz zmianą funkcji szpitali, psychiatrzy powinni zrezygnować z niektórych funkcji klinicznych, które będą bardziej skutecznie pełnić niżej wynagradzani pracownicy medyczni, np. psychologowie, pracownicy społeczni, doradcy itd. Natomiast psychiatrzy muszą być specjalistami neurologami, co oznacza powstanie nowej specjalizacji w zakresie „neurosciences”, umożliwiającej dalsze istnienie psychiatrii. Powinna ona uwzględniać charakter leczonej populacji, rodzaj używanych narzędzi diagnostycznych i metod leczniczych, oraz pełnionych funkcji zawodowych, i posiadaną wiedzę i umiejętności.

Przedstawiciele drugiego stanowiska reprezentują pogląd, że psychiatrzy powinni leczyć i opiekować się chorymi ze złożonymi zaburzeniami o przewlekłym przebiegu, winni ustalać rozpoznanie na podstawie słownych interakcji z pacjentami, opisu fenomenologicznego i rozumienia uczuć, myśli i zachowania chorych, stosowanej psycho- i farmakoterapii.

Wydaje się, że niezależnie od tych skrajnych stanowisk psychiatrzy nadal będą łączyć te dwa modele klinicysty, szczególnie w coraz ważniejszych rolach członka i uczestnika interdyscyplinarnego zespołu oraz konsultanta innych specjalistów, pełniąc nader ważne funkcje, określane jako „liaison”. Z pewnością jednak zmieniłyby się znacznie warunki i charakter ich pracy, gdyby w ich świadomości dążenie do obniżenia kosztów świadczeń medycznych i realizacja określonych standardów postępowania stały się najważniejszym elementem działania.

Próba opisu zmian, które zaszły w zakresie psychiatrii w ciągu ostatnich 10 lat, nie jest łatwa, ponieważ zbyt kuszące może być spojrzenie jednostronne, podkreślające i uwypuklające pozytywne lub negatywne zjawiska. Zaczniemy więc od korzystnego sposobu postrzegania i traktowania chorych psychicznie przez otoczenie. Staje się on – wprawdzie zbyt powoli – bardziej tolerancyjny. W wielu placówkach i szpitalach poprawiły się warunki lokalowe, sprzęt i wyposażenie, oblicze wielu ośrodków psychiatrycznych nie odbiega od wyglądu innych placówek medycznych. Wyraźnie poszerzyły się możliwości postępowania diagnostycznego i leczniczego, jak również wzrosła dostępność do piśmiennictwa światowego oraz możliwości nawiązywania kontaktów międzynarodowych.

Wzrosła partnerska rola i pozycja pacjentów oraz kontrola przestrzegania ich praw, sformalizowana przez odpowiednie regulacje prawne (uchwalenie kilku ustaw dotyczących zdrowia psychicznego). Wyraźnie uaktywniły się pozarządowe organizacje, podejmując różnorodne inicjatywy i działania, współdziałając ze stowarzyszeniami pacjentów i ich rodzin. Stosunkowo dynamicznie rozwija się psychiatria środowiskowa, co sprzyja procesom integracji pacjentów ze społecznościami i podkreśla znaczenie

czynników społeczno-kulturowych w leczeniu i rehabilitacji oraz przeciwdziałania ich dyskryminacji i izolacji, m.in. poprzez dostrzeżenie i zapobieganie ujemnym wpływom makro- i mikroekonomicznych uwarunkowań i konsekwencji powstania takich zjawisk, jak większe rozpowszechnienie i zachorowalność na zaburzenia psychiczne, wzrost biedy i bezrobocia, przestępczości, przemocy, samobójstw, nadużywania alkoholu oraz substancji odurzających i uzależniających, zaburzeń odżywiania, szerzenie się niewłaściwych stylów życia, trudności radzenia sobie, narastanie uczuć apatii, rezygnacji, bezradności i bezsilności.

Podjęto też próby wprowadzenia reform systemów opieki zdrowotnej, w tym psychiatrycznej. Niektórzy zwolennicy tych, według nich niezbędnych, reform uzasadniali ich konieczność potrzebą poprawy jakości i dostępności świadczeń oraz argumentem, że wydatki zdrowotne rosną o wiele szybciej niż dochody i dalszy ich wzrost zagraża budżetowi państwa. Dla rozwiązania tego problemu obrano w większości krajów przechodzących transformację drogę niepodwyższania lub nawet zmniejszania części produktu narodowego przeznaczanego na służbę zdrowia.

Służy temu ograniczenie roli państwa w funkcjonowaniu sektora publicznego, wprowadzenie i upowszechnienie wolnorynkowych mechanizmów w opiece zdrowotnej, zwiększenie wymagań technicznej i alokacyjnej skuteczności, powszechne stosowanie rachunku ekonomicznego poprzez minimalizację kosztów i przyjęcie zasady dochodowości. Szerokie stosowanie tych metod, regulowanych przez podaż, musi mieć i ma ujemny wpływ na dostępność, powszechność, jakość usług oraz integrację służb medycznych.

Pozostają, i poszerzają się, konflikty zarówno na tle płacowym, jak i wiążące się z narzucaniem standardów postępowania, co prowadzi nierzadko do naruszenia zasad etycznych. Istnieje poczucie lekceważenia przez administrację i kasy chorych stanowisk, roli, interesów i prestiżu poszczególnych zawodów medycznych. Zjawiskom tym sprzyja także sytuacja, gdy wyborem metody kieruje zasada „mniej za więcej”, kładąc nadmierny nacisk na wskaźniki ekonomiczne.

Niejednoznaczna jest rola koncernów farmaceutycznych, które dążąc do zwiększenia swoich zysków podwyższają ceny nowych leków oraz stają się niekiedy czynnikiem korupcyjnym. Wysokie ceny leków coraz częściej przyczyniają się do tego, że część pacjentów jest zmuszona do rezygnacji z ich wykupienia. Wyraźna jest tendencja przerzucania obciążenia finansowego na pacjentów, m.in. poprzez obniżenie realnego finansowania przez budżet państwa i realizację hasła prywatyzacji nawiązującego do poszerzenia sektora prywatnego i dalszej komercjalizacji i wzrostu ilości pieniędzy wprost z kieszeni pacjenta.

Kontrola samorządów nad lokalnymi funduszami i pozycja kas jako monopolisty w roli trzeciego płatnika, zarządzanych nierzadko przez mało kompetentnych urzędników, doprowadza do poważnych błędów w kontraktacji i ustalaniu różnych limitów. Stwarza to zagrożenie dla warunków zdrowotnych, bytowych i egzystencjalnych pacjentów. Dotyczy to szczególnie przewlekle chorych psychicznie, m.in. na skutek redukcji łóżek i przepełnienia szpitali psychiatrycznych i braku personelu.

Tu pewnym pozytywnym elementem jest zapewnienie znaczącej liczby łóżek dla pacjentów chronicznych przez przejęcie odpowiednich domów przez opiekę społecz-

ną. Odbywa się to jednak często w warunkach likwidacji niektórych poradni zdrowia psychicznego i oddziałów dziennych, pogorszenia się jakości wizyt ambulatoryjnych na skutek limitów czasowych, redukcji personelu i dużych trudności zastosowania metod psychospołecznych, w tym psychoterapii, w leczeniu i rehabilitacji zarówno ostrych, jak i przewlekłych zaburzeń psychicznych.

Zapobieganie nawrotom i nadmiernym rehospitalizacjom staje się trudniejsze, ponieważ pewną fikcją jest ciągłość leczenia na skutek odejścia od zasad rejonizacji i sektoryzacji i przyjęcie złudnej zasady: „pieniądze idą za pacjentem”.

Rozwój psychiatrii środowiskowej jest także zagrożony przez niskie nakłady finansowe i sytuację na rynku pracy, zwłaszcza ośrodków pracy chronionej. Ich liczba systematycznie się zmniejsza.

Wymienione zjawiska stają się barierą i zagrożeniem dla dalszych postępów reformy psychiatrycznej i niektórych jej dotychczasowych osiągnięć. Wydaje się, że te obawy i oceny są podzielane przez wielu psychiatrów i psychologów w różnych regionach naszego kraju, o czym świadczą wypowiedzi na krajowych naradach, a także opinia redaktora „Nowinek Psychiatrycznych” – dr. T. Jaroszewskiego. Cytuję: „Zmienia się praca w klinikach i szpitalach, upadają poradnie, mnożą się prywatne praktyki, zmieniały się zasady staży i specjalizacji. Musimy sobie radzić z nową klasyfikacją, dokumentacją, przepisami, standardami i lekospisami. Żyjemy jak na wulkanie. Ciągłe coś się zmienia, a z informacjami jest trudno. Ich podstawowym źródłem jest niespecjalistyczna prasa. Bo w naszych pełnych nauki pismach panuje duża cisza. Na odbywających się co trzy lata walnych zgromadzeniach delegatów PTP też panuje cisza, prawie bez dyskusji, są tylko sprawozdania i pospieszne wybory władz. Nie ma problemów? Wydaje się, że bez aktywnego włączenia się całej społeczności psychiatrycznej w dyskusję i odpowiednie działania, zagrożenia dla psychiatrii mogą nadal wzrastać i nasze środowisko będzie w części ponosić też odpowiedzialność za taki kierunek rozwoju”.

I jeszcze na zakończenie dwa cytaty. Pierwszy – „Medycyna staje się biznesem” (minister zdrowia G. Opala). Drugi – „Postęp medycyny nie może powodować regresu społecznego, nie wolno mu zwiększać nierówności społecznej. [...] Zdrowie nie może stać się przywilejem zamożnych w naszym społeczeństwie, a także przywilejem krajów zamożniejszych wobec trzeciego świata. Jest to zadanie daleko przekraczające zakres nauk medycznych” (Johannes Rau, obecny prezydent RFN, wypowiedź z 1998 roku).

Sądzę, że my, psychiatrzy, będziemy wszystko czynić, aby ta prawda dotarła do innych polityków i społeczeństw, ponieważ jest to jedna z najważniejszych przesłanek wzmocnienia nici Ariadny.

Ä d'ñęřó Řďřäičné ičňč

Ñäädčřičí

Dđlänňřäčlír' nňňü' inědúarľň řáččéřičúé ÖL Núlčä Dřěüňččö Dňčöčřňďřä, d'ďřäřäňé čüněüt ěinďřäř äüěr „čínřäďřčč' ä d'ňčöčřňďčč". Řäňid id'čňüarľň řěňóřčřüřüľ d'ďřäďřňňčäřüľ nľäľřččč ä ěľäčččičľ č řřřčččđčđľ d'ľďľčľü, ěinďřüľ d'ďřčřřččč ä řäčřňňč d'ňčöčřňďččč ř d'ďřň' čľičč d'ňěľäřččč ěľň, řřčřř' in äřčľľ äčřäřďčč' nňňä äňďđčiččřřč' č nđřčňäřčč' d'čňččč-ľňčč äřččřččč čřäľé řđľč

iędóćlicł, óędlđ'ęlicł d'ięćóćć d'róćliniã ĉ ęinđięũ irã niãęłićełē ćō d'đfã, nōidēfęcęiãrũiōł
 nĩnãłnĩnãółũćć ģđćãĉ-łńęćć ģęńfęc, ãđ'ęĩũ ãi ilćłmłẽũiũó 'ãęlicé, nĩĉãřũćō árdũłđ ĉ óãđĩó
 äē' äřęũilęřłi ãđĩãłnĩr dlōidęũ d'ńćōćmđĉ-łńęćō ěł-łáũũ ó-đłćálćć.

**Entwicklungstendenzen in der Medizin.
 Reform der psychiatrischen Gesundheitsbetreuung**

Zusammenfassung

Der besprochene Artikel eröffnete den XL. Jubiläumskongreß der polnischen Psychiater, dessen Leitlosung „Integration in der Psychiatrie“ war. Der Autor beschreibt die aktuellen Entwicklungstendenzen in der medizín und analysiert die Veränderungen, die im Bereich der Psychiatrie in den letzten ein paar Jahren erfolgt haben, angefangen von der positiven Betrachtungsweise der psychisch kranken Patienten von der Umgebung, durch die Stärkung der Position des Patienten und die Kontrolle der Befolgung ihrer Rechte, die durch entsprechende Rechtsregulierungen formalisiert wurden, bis zu ungunstigen Erscheinungen, die ein Hinderniss und Gefährdung für weitere Fortschritte der Reform der psychiatrischen Betreuung sind.

A la recherche du fil d'Ariane

Résumé

Cet article est article d'ouverture du XL Congrès Jubilaire des Psychiatres Polonais dont la devise est «l'intégration de la psychiatrie». L'auteur décrit les tendances actuelles du développement de la médecine et il analyse les changements dans la psychiatrie au cours de dernières années qui débutent par la perception et la manière de traiter des malades plus favorables, qui passent ensuite à fortifier la position des patients et le contrôle de l'observation de leurs droits, garantis par la loi. Il présente aussi les phénomènes défavorables qui constituent des menaces et des obstacles pour la réforme du système du traitement psychiatrique.

*Praca zamówiona
 przez redakcję*

Adres: Klinika Nerwic IPiN
 02-957 Warszawa
 al. Sobieskiego 1/9

