

Jakie są najważniejsze umiejętności psychiatry?

Nick Craddock, Mike Kerr, Anita Thapar

The Psychiatrist (2010), 34, 457-460

Psychiatrzy zajmują się ważną i szczególną sferą opieki nad osobami z problemami zdrowia psychicznego, a wysoka jakość ich usług wynikająca ze szczególnych umiejętności powinna pozwolić pacjentom na uzyskanie jak największych korzyści z leczenia. W poniższym artykule autorzy próbują zidentyfikować i omówić najważniejsze umiejętności zawodowe psychiatry.

Ostatnie duże zmiany w organizacji i wizji strategii opieki psychiatrycznej w Wielkiej Brytanii,^{1,3} podobnie jak i w wielu innych krajach, oznaczają, że zmienia się także tradycyjna rola psychiatry. Ważne jednak, że rola ta zmienia się nie w wyniku zmian legislacyjnych, politycznych czy ideologicznych. Zmiany te wynikają raczej z konieczności wykorzystywania szczególnych umiejętności psychiatry, jak również innych specjalistów opieki psychiatrycznej, w sposób poprawiający opiekę nad pacjentem i zapewniający odpowiednią jej jakość i bezpieczeństwo. Między psychiatrami w Wielkiej Brytanii toczy się debata dotycząca tego zagadnienia.⁴⁻²² Jej częstym tematem jest potrzeba zdefiniowania (czy raczej ponownego zdefiniowania) roli psychiatry w kontekście planowanych zmian w systemie opieki psychiatrycznej. Panuje zgoda co do tego, że brak jasnego określenia roli psychiatry jest szkodliwy dla pacjenta,¹⁹ a także dla naboru i morale psychiatrów.¹⁸

Przedmiotem zainteresowania autorów tego opracowania nie jest rola psychiatry. Próbuje raczej zidentyfikować i zastanowić się nad jego najważniejszymi umiejętnościami zawodowymi. Innymi słowy, co takiego szczególnego wnosi psychiatra do zespołu terapeutycznego czy opieki psychiatrycznej. (w terminologii marketingowej określono by to jako USP – unikalne cechy produktu). Identyfikacja i nazwanie tych umiejętności mogą być korzystne w dokładniejszym określeniu optymalnej roli psychiatry w aktualnym systemie opieki oraz także, co jest kluczowe, określeniu form szkolenia oraz typu osoby najbardziej pasującego do tego, by stać się skutecznym psychiatrą w przyszłym systemie.

By określić dokładniej kontekst tych rozważań, na początku pomocne może być krótkie, ale konkretne przedstawienie

czterech zagadnień. Po pierwsze, zmiany w systemie opieki psychiatrycznej i jej rola różnią się co do momentu wystąpienia oraz istoty w zależności od poszczególnych podspecjalności psychiatrycznych. Na przykład praca w zespole, łącznie z podziałem funkcji, jest cechą systemu opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą (Child and Adolescent Mental Health Services, CAMHS). Są również znaczne różnice dotyczące opieki w zależności od regionu geograficznego. Po drugie, zagadnienia te nie są swoiste dla psychiatrii, a podobne zmiany zachodzą w mniejszym lub większym stopniu także w innych specjalnościach medycznych,²³ (np. ordynowanie leków przez pielęgniarki i rozszerzenie roli społecznej farmaceuty; przesuwanie granic między opieką lekarza rodzinnego a opieką specjalistyczną). Po trzecie, zmiany w opiece psychiatrycznej przyniosły wiele korzyści, łącznie ze zwiększeniem jej znaczenia w strategii zdrowotnej, wzrostem inwestycji oraz poprawą dostępu do pomocy psychologicznej. Po czwarte, zmiany te są wzmacniane przez nieodwracalną ewolucję społecznego i politycznego myślenia oraz zmian w opinii publicznej i psychiatria powinna korzystać z tego i rozwijać się w nowej rzeczywistości bez oglądania się za siebie.

Teraz przyjrzymy się tym umiejętnościom zawodowym, które mogą być rozważane, jako charakterystyczne dla psychiatry.

Co jest wyjątkowego w byciu psychiatrą?

Z definicji psychiatrę od innych specjalistów pracujących w opiece psychiatrycznej odróżnia wykształcenie medyczne. Jego zdobywanie trwa długo, obejmuje szeroki zakres wiedzy związanej ze zdrowiem psychicznym i somatycznym,

Department of Psychological Medicine and Neurology, School of Medicine, Cardiff University

Nick Craddock is Professor of Psychiatry and Honorary Consultant Psychiatrist, Mike Kerr is Professor of Learning Disability Psychiatry and Honorary Consultant Psychiatrist, Anita Thapar is Professor of Child and Adolescent Psychiatry and Honorary Consultant Psychiatrist, Department of Psychological Medicine and Neurology, School of Medicine, Cardiff University, UK. Konflikt interesów: brak

z naciskiem na patofizjologię i nauki podstawowe. Lekarz spędza wiele czasu na nauce anatomii, fizjologii i biochemii w odniesieniu do stanu zdrowia i choroby, podobnie jak na nauce podstaw farmakologii i farmakologii klinicznej oraz studiowaniu zasad prowadzenia badań klinicznych i oceny danych naukowych. Jest to szkolenie łączące podstawy teoretyczne z zajęciami praktycznymi obejmującymi umiejętności kliniczne, takie jak zbieranie wywiadu, badanie przedmiotowe i interpretację badań dodatkowych (np. laboratoryjnych). Co więcej, podczas okresu nauki (jako student medycyny i młody lekarz) psychiatra poznaje, jak działa system podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej w różnych specjalnościach medycznych oraz ma do czynienia z szerokim zakresem częstych i rzadkich chorób oraz reakcji pacjentów na ich wystąpienie. Medyczne ramy praktyki¹⁴ (niektóre stosowane tutaj terminy zostały wyjaśnione w tabeli 1) obejmują systematyczną ocenę (w której – niezależnie od specjalności – niemal na pewno będą uczestniczyli członkowie zespołu niebędący lekarzami), ustalanie rozpoznania, prowadzenie leczenia i ocenę rokowania oraz krytyczne rozpoznanie różnicowe. Praktyka kliniczna jest oparta, na ile to możliwe, na danych z wiarygodnych badań naukowych pomocnych w podejmowaniu decyzji, zastosowaniu wiedzy na temat wytycznych, stawia dobrostan pacjenta w centrum zainteresowania i wymaga postępowania pragmatycznego i raczej eklektycznego niż trzymania się ściśle jednej szkoły teoretycznej.

Kluczowymi cechami psychiatrów odróżniającymi ich od innych lekarzy jest dokładne i szerokie szkolenie w klinicznych istotnych aspektach neuronauki (termin „neuroscience” odnosi się do szerokiego zakresu dyscyplin naukowych zajmujących się układem nerwowym, obejmując m.in. także psychologię; tab. 1) oraz skoncentrowaniu się na pomocy pacjentom, u których stwierdzone są raczej zaburzenia myślenia, nastroju czy zachowania niż skargi na dolegliwości somatyczne. Chociaż wszyscy lekarze są kształceni także w psychologicznych i społecznych aspektach zdrowia i choroby, psychiatrzy poświęcają znaczną część swojego szkolenia podyplomowego na rozwijanie rozumienia połączeń tych obszarów z neurobiologią, a niektórzy z nich szkolą się szczególnie w prowadzeniu opartych na dowodach interwencji psychologicznych lub społecznych.

Na podstawie powyższych rozważań można wyróżnić kilka zakresów umiejętności, szczególnie wyróżniających psychiatrę.

Kompleksowe rozpoznanie

Psychiatry są specjalistami opieki psychiatrycznej, wyszkolonymi w procesie oceny klinicznej i diagnozowania oraz dysponującymi dogłębną wiedzą w dziedzinach, które mogą być istotne w tym procesie. Potrafią rozpoznawać zaburzenia psychiczne i choroby somatyczne. Tak jak wyjaśniono wcześniej,

ważne jest to, że zaburzenia te nie są wyraźnie oddzielone i rozważane jako wzajemnie wykluczające się przyczyny problemów. Z jednej strony, zmiany myślenia, nastroju i zachowania mogą być naturalnymi cechami wieku, rozwoju człowieka i uwarunkowań psychologicznych czy społecznych. Z drugiej, mogą być poważnymi stanami patologicznymi, które zagrażają życiu i mogą wpływać na rozwój, stan fizyczny, psychiczny czy społeczny danej osoby. Kluczowe dla podejmowania świadomych decyzji, które mogą prowadzić pacjenta najwłaściwszą drogą terapeutyczną od samego początku, jest zarówno uwzględnianie wywiadu, obserwacji, czujności wobec problemów somatycznych, jak i synteza informacji uzyskanych z różnych źródeł (wypowiedzi, obserwacji, badania przedmiotowe i właściwych badań dodatkowych).

Choroby somatyczne

Coraz częściej rozpoznawane jest współwystępowanie chorób somatycznych i psychicznych.^{24,25} Choroby somatyczne mogą początkowo przejawiać się zaburzeniami psychicznymi. Ważne jest, by tego nie przeoczyć. Wielu zaburzeniom neuropsychicznym towarzyszą problemy postrzegane jako somatyczne (np. współistnienie autyzmu i padaczki), a inne szczególnie zwiększają ryzyko wystąpienia problemów somatycznych (np. depresja i choroby układu krążenia). Co więcej, leczenie niektórych

Tabela 1. Terminologia – wyjaśnienie podstawowych pojęć

Pewne słowa stały się trudne do użycia, ponieważ mogą wyzwać błyskawicznie oskarżenia o paternalizm/redukcjonizm czy też inne -izmy. Czy skutkiem przypadkowego niezrozumienia lub politycznej poprawności może być trudność w prowadzeniu dyskusji na pewne tematy w sposób jasny, zrównoważony i wolny od zbędnych emocji. Tutaj przedstawiono próbę uczynienia „bezpiecznymi” trzech terminów używanych w artykule.

- **Podjęcie medyczne:** ten termin jest stosowany jako określenie systematycznego podejścia do syntezowania i stosowanie danych naukowych w prowadzeniu terapii i udzielaniu porad osobom, które szukają pomocy. Jest oczywiste, że w badaniu i terapii zawiera się szeroki zakres sposobów leczenia, spójny ze szkoleniem, jakie odbył lekarz. (Nie mamy tutaj na myśli dawnego, paternalistycznego czy redukjonistycznego, ostrego modelu biologicznego).
- **Biologia:** ten termin jest używany, by wskazać na te dziedziny nauk podstawowych, które tradycyjnie należą do sfery nauk o życiu, włączając tu fizjologię, anatomię, biochemię. Ważne jest zdawać sobie sprawę, że różnica między biologią a na przykład psychologią (określającą siebie nauką o życiu) jest jednym z poziomów rozumienia, i że każde wyjaśnienie psychologiczne jest, z założenia, możliwe do zrozumienia na poziomie funkcji komórki. Dlatego też psychologia może być rozważana jako gałąź biologii, w ten sam sposób jak chemia jest gałęzią fizyki.
- **Nauki neurobiologiczne:** ten termin jest stosowany w odniesieniu do interdyscyplinarnych badań naukowych mózgu i układu nerwowego, które mogą zawierać odpowiednie działy psychologii, filozofii, matematyki, fizyki i nauk informatycznych, lingwistyki, socjologii i ekonomii, jak i medycyny czy biologii. (Jest to uznane współczesne użycie tego terminu).

chorób somatycznych często wpływa na stan psychiczny, a leczenie zaburzeń psychicznych często wpływa na zdrowie somatyczne. Istotne jest nadużywanie substancji psychoaktywnych – takie problemy mogą prowadzić do zaburzeń psychicznych i somatycznych na skutek zatrucia, uzależnienia czy odstawienia substancji. Psychiatrycy potrafią ocenić, zrozumieć i prowadzić leczenie tych często skomplikowanych przypadków.

Biologiczne i kliniczne aspekty neuronauki

Jak przedstawiono w tabeli 1 rozważanie hipotetycznych rozgraniczeń między „biologicznym”, „psychologicznym” i „społecznym” nie należy do dociekań współczesnej nauki.^{20,26} Postrzega ona raczej chorobę na różnych poziomach oraz zajmuje się różnorodnym możliwym podejściem do leczenia. Należy jednak pamiętać, że psychiatra przeszedł odpowiednie szkolenie w podstawowych dziedzinach biologii i ich wzajemnym oddziaływaniu na obszary psychospołeczne. Jest więc dobrze przygotowany w stosowaniu podstaw naukowych do zrozumieniu przyczynowych czynników ryzyka i ich wzajemnych powiązań, z równoczesnym wykorzystaniem użytecznych sposobów podziału zaburzeń, prowadzenia właściwego leczenia, wyboru, gdy jest to niezbędne, odpowiednich leków psychotropowych, szacowania ryzyka i korzyści z terapii i określenia rokowania. Ponieważ zastosowanie nauk neurobiologicznych w praktyce klinicznej pozwala lepiej zrozumieć choroby psychiczne (i ich związki z chorobami somatycznymi) oraz ze względu na to, że dostępne są nowe metody leczenia, jest prawdopodobne, że rola psychiatrii będzie wzrastać.¹⁴ Dlatego też psychiatra jest tym specjalistą w opiece psychiatrycznej, który dzięki przygotowaniu teoretycznemu i praktycznemu może wykorzystać pełen zasób właściwej wiedzy naukowej, by pomóc chorym.

Tabela 2. Główne atrybuty psychiatrii

<ul style="list-style-type: none"> • Patrzy z szerokiej perspektywy uwzględniającej czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne • Stawia wielostronne i systematyczne rozpoznanie zaburzeń zarówno w odniesieniu do chorób somatycznych, jak i psychicznych • Ma wiedzę na temat szerokiego zakresu chorób • Wykorzystuje wiedzę na temat podstaw biologicznych i tych aspektów neuronauki, które mają znaczenie kliniczne • Chce i potrafi kierować zespołem klinicznym • Działa kompleksowo i pragmatycznie • Ceni badania i dowody • Działa jako rzecznik osób chorujących psychicznie, w tym zabiega o wysoką jakość świadczeń • Szkoli się, by nadażyć za rozwojem wiedzy
--

Cechy przywódcze, rozwiązywanie problemów i pragmatyzm

Głównymi kryteriami doboru studentów medycyny są duże zdolności akademickie, motywacja i zaangażowanie zawodowe. Ich edukacja ma szeroki zakres, dużą intensywność i dotyczy problemów somatycznych oraz psychicznych. Połączenie umiejętności akademickich oraz dogłębnego szkolenia powinno pozwolić wszystkim lekarzom, łącznie z psychiatrami, kierować zespołami, praktycznie i elastycznie radzić sobie ze złożonością kliniczną, oraz rozpatrywać szeroki zakres możliwości diagnostycznych i terapeutycznych. Warto jednak zauważyć, że skuteczne radzenie sobie w złożonych sytuacjach klinicznych wymaga doświadczenia w prowadzeniu także prostszych przypadków.¹⁶ Psychiatrycy są wyjątkowo predestynowani do dokonania wyważonej i świadomej oceny, szczególnie gdy należy odejść od mnóstwa protokołów prowadzenia chorych i wytycznych. Jest to niezwykle ważny element wysokiej jakości opieki ze względu na złożoność chorób psychicznych i niezwykle duże różnice między pacjentami, które sprawiają, że ich potrzeby mogą nie zostać spełnione w sytuacji ścisłego stosowania wytycznych. W szczególności psychiatrycy są przygotowani do koordynowania i nadzorowania sytuacji, w których wymagane jest zastosowanie wielu różnych metod leczenia (np. terapii poznawczo-behawioralnej i leków przeciwdepresyjnych czy jednoczesnego leczenia choroby somatycznej i psychicznej). Wykraczanie poza sytuację danego pacjenta pozwala psychiatrom na wykorzystanie ich zdolności rozwiązywania problemów w innych sytuacjach mających miejsce w opiece psychiatrycznej, łącznie z planowaniem tej opieki, budowaniem zespołu oraz jego oceną czy kierowaniem nim. Szkolenie psychiatrów umożliwia im także skuteczną i wartościową współpracę z lekarzami innych specjalności, łącznie z lekarzami rodzinnymi, pediatrami i internistami.

Badania naukowe

Ważnym elementem szkolenia zarówno w medycynie ogólnej, jak i w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w psychiatrii są badania naukowe, które obejmują szerokie spektrum dyscyplin naukowych mających znaczenie w rozumieniu zdrowia człowieka i choroby. Silnie zakorzenione są również kultura i tradycja prowadzenia badań i doświadczeń. Dla postępu rozumienia przyczyn, mechanizmów i leczenia chorób psychicznych niezwykle ważne jest prowadzenie badań przez badaczy zajmujących się naukami podstawowymi, jak również klinicystów. Psychiatrycy mają szczególnie dobre przygotowanie w zakresie nadzorowania i oceny perspektywicznej, które mogą stać się pomostem między badaniami podstawowymi i klinicznymi, co staje się coraz bardziej złożone i wielodyscyplinarne. Obejmuje to formułowanie nowych pytań badawczych opartych na wglądzie klinicznym. Co więcej, szkolenie psychiatrów pozwala na krytyczną analizę wyników badań. Jest to kluczowe przy coraz większej liczbie informacji.

Wsparcie

Psychiatrzy mogą być głosem przypominającym środowisku medycznemu o tym, jak ważne jest podejście psychologiczne i społeczne a także zwracającym specjalistom ochrony zdrowia psychicznego uwagę na konieczność uwzględniania chorób somatycznych, czynników biologicznych oraz stosowania, gdy jest to konieczne, podejścia medycznego. Dotyczy to również takiego wpływu na programy studiów medycznych oraz szkolenia podyplomowego, by dawały one pewność, że wszyscy lekarze będą właściwie i w sposób wyważony rozumieli choroby psychiczne oraz rolę psychiatrii w zdrowiu człowieka. Psychiatrzy mogą też występować jako silni i obdarzeni autorytetem rzecznicy bądź liderzy rozwoju świadczeń opartych na dowodach, cechujących się wysoką jakością oraz odpowiadających potrzebom użytkowników. Na poziomie osobowym psychiatra może działać jako rzecznik lub koordynator różnorodnych interwencji terapeutycznych dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Zdolności adaptacyjne

Szczególnie ważną umiejętnością psychiatrii jest elastyczność wobec zmian zachodzących w rozumieniu etiologii i leczenia chorób psychicznych, a także zmienności systemu świadczeń. Szeroki zakres umiejętności zawodowych oznacza, że psychiatra nie musi być przywiązany do jednego rodzaju interwencji, jak np. psychofarmakologia czy psychoterapia, czy też jednej przyczyny chorób, np. genetycznej czy społecznej. Równocześnie elastyczność pozwala psychiatrze łączyć różne role, np. stosować różne metody leczenia, uczyć lub prowadzić badania naukowe i zapewniać opiekę psychiatryczną.

Rola psychiatrii

Rola psychiatrii zmienia się w zależności od czasu i miejsca, w związku ze specyficznym modelem opieki, stanu prawnego, potrzeb populacji objętej opieką oraz liczby i umiejętności pozostałych członków zespołu. Chociaż ten artykuł nie próbuje zdefiniować roli psychiatrii, rozważenie szczególnie ważnych umiejętności psychiatrii (tab. 2) powinno być przydatne do zapewnienia, że te właśnie umiejętności są związane z jego rolą w sposób, który najlepiej służy poszczególnym pacjentom i sprawowaniu opieki nad nimi. Zaznaczenie i jasne określenie tych cech może także pomóc we wzmacnianiu tożsamości psychiatrów, pomagać w kwalifikacji oraz podnosić morale i satysfakcję z wykonywania zawodu.

Podsumowanie

Autorzy zidentyfikowali kilka obszarów, które mogą być rozważane jako szczególne atrybuty psychiatrii (tab. 2) i wskazali na niektóre implikacje w związku z rolą psychiatrii. W niedawnym artykule wstępnym w czasopiśmie *World Psychiatry* postawiono

pytanie: „Czy psychiatrzy są zagrożonym gatunkiem?”²⁷ Zapewne w jednym środowisku funkcjonuje wiele konkurujących „gatunków” specjalistów psychiatrycznej ochrony zdrowia psychicznego. Niezbędna będzie adaptacja psychiatrów do zmieniających się warunków środowiskowych przez podtrzymywanie i rozwijanie najlepszych cech oraz przekazywanie tych cech kolejnym pokoleniom psychiatrów.²⁸ Powinno to dać pewność, że dwa wieki po tym, jak Reil po raz pierwszy opisał psychiatrię jako specjalność,^{29,30} pacjenci będą mogli nadal korzystać ze szczególnych umiejętności zawodowych i wyników szkolenia lekarzy, którzy specjalizują się w chorobach psychicznych, skutecznie używają swojej szerokiej wiedzy medycznej i biologicznej oraz umiejętności diagnostycznych, doceniają wpływ czynników psychospołecznych i pełną gamę możliwości terapeutycznych.³¹

From *The Psychiatrist* (2010), 34, 457-460. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010, 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Department of Health. National Service Framework for Mental health: Modern Standards and Service Models. Department of Health, 1999 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009598).
2. Royal College of Psychiatrists, National Institute for Mental Health in England, Changing Workforce Programme. New Ways of Working for Psychiatrists: Enhancing Effective, Person-Centred Services through New Ways of Working in Multidisciplinary and Multiagency Contexts. Final Report 'But Not the End of the Story'. Department of Health, 2005.
3. Department of Health. New Horizons: Towards a Shared Vision for Mental Health - Report on Responses to the Consultation. Department of Health, 2009 (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Consultations/Responsesstoconsultations/DH_114076).
4. Royal College of Psychiatrists. *The Responsibilities of Consultant Psychiatrists, Revised Statement* (Council Report CR51). Royal College of Psychiatrists, 1996.
5. Royal College of Psychiatrists. *Roles and Responsibilities of a Consultant in General Psychiatry* (Council Report CR94). Royal College of Psychiatrists, 2001.
6. Royal College of Psychiatrists. *Consultants as Partners in Care: The Roles and Responsibilities of Consultant Psychiatrists in the Planning and Provision of Mental Health Services for People with Severe Mental Illness* (Council Report CR96). Royal College of Psychiatrists, 2001.
7. Royal College of Psychiatrists. *Role of Consultants with Responsibility for Substance Misuse (Addiction Psychiatrists): Position Statement by the Faculty of Substance Misuse* (Council Report CR97). Royal College of Psychiatrists, 2001.
8. Royal College of Psychiatrists. *Role and Contribution of the Consultant Psychiatrist in Psychotherapy in the NHS* (Council Report CR98). Royal College of Psychiatrists.
9. Royal College of Psychiatrists, Royal College of General Practitioners. *Roles and Responsibilities of Doctors in the Provision of Treatment for Drug and Alcohol Misusers* (Council Report CR131). Royal College of Psychiatrists, 2005.
10. Royal College of Psychiatrists. *Role of the Consultant Psychiatrist in Psychotherapy* (Council Report CR139). Royal College of Psychiatrists, 2006.
11. Royal College of Psychiatrists. *Roles and Responsibilities of the Consultant in General Adult Psychiatry* (Council Report CR140). Royal College of Psychiatrists, 2006.
12. Royal College of Psychiatrists. *Role of the Consultant Psychiatrist: Leadership and Excellence in Mental Health* (Occasional Paper OP74). Royal College of Psychiatrists, 2010.
13. Anonymous. Molecules and minds. *Lancet* 1994;343: 681-2.
14. Kendell RE. The next 25 years. *Br J Psychiatry* 2000; 176:6-9.
15. Shah P, Mountain D. The medical model is dead - long live the medical model. *Br J Psychiatry* 2007;191:375-7.
16. Malik A, White O, Mitchell J, Henderson P, Oakley C. New Ways of Working and psychiatric trainees. *Psychiatr Bull* 2008;32:230-2.
17. Gee M. New Ways of Working threatens the future of the psychiatric profession. *Psychiatr Bull* 2007;31:315.
18. Gee M. New Ways of Working: time to abandon the phrase. *Psychiatr Bull* 2008;32:233.

19. Craddock N, Antebi D, Attenburrow MJ, Bailey A, Carson A, Cowen P, et al. Wake-up call for British psychiatry. *Br J Psychiatry* 2008;193:6-9.
20. Bullmore E, Fletcher P, Jones PB. Why psychiatry can't afford to be neurophobic. *Br J Psychiatry* 2009; 194:293-5.
21. Hawley C, Drummond L, Knight J. NHS psychiatry: the need for constructive debate. Invited commentary on . . . The trouble with NHS psychiatry in England. *Psychiatric Bull* 2009;33:299-302.
22. Gee M. Psychiatry over the next decade: the return of common sense. *Midlands Med* 2010;26:17-9.
23. NHS Employers. The Role of the Doctor Consensus Statement. NHS Employers (<http://www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/MedicalWorkforce/Future-of-the-medical-workforce/Pages/Role-of-doctor-consensus.aspx>).
24. Leucht S, Fountoulakis K. Improvement of the physical health of people with mental illness. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:411-2.
25. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859-77.
26. Kendell RE. The distinction between mental and physical illness. *Br J Psychiatry* 2001;178:490-3.
27. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.
28. Craddock N, Craddock B. Patients must be able to derive maximum benefit from a psychiatrist's medical skills and broad training. *World Psychiatry* 2010;9:30-1.
29. Reil J, Hoffbauer J. Beiträge zur Beförderung einer *Kurmethode auf psychischem Wege*. [Contributions to the Advancement of a Treatment Method by Psychic Ways.] Curt'sche Buchhandlung, 1808.
30. Marneros A. Psychiatry's 200th birthday. *Br J Psychiatry* 2008;193:1-3.
31. Craddock N. A psychiatrist is . . . - in 100 words. *Br J Psychiatry* 2010;196:473.

KOMENTARZ



Prof. dr hab. n. med. Jacek Bomba

Katedra Psychiatrii i Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

W stronę tożsamości zawodowej psychiatrii

Artykuł Heinza Katschniga, przedrukowany w *Postęпах Psychiatrii i Neurologii*¹ najwyraźniej poruszył psychiatrów i skłonił ich do refleksji. Zapewne przyczyniła się do tego redakcja *World Psychiatry*, zapraszając do dyskusji nad тезami autora. Podobnie postąpiła redakcja polskiego czasopisma. Artykuł Craddocka, Kerra i Thapar opublikowany w *The Psychiatrist*, a w polskiej wersji udostępniony czytelnikom w tym zeszycie, jest interesującym głosem w tej debacie. Warto odnotować, że został napisany przez brytyjskich psychiatrów pracujących z dziećmi i młodzieżą. Autorzy zestawili umiejętności, jakimi ich zdaniem powinien dysponować psychiatra. (W języku oryginału znajdujemy zresztą nie *competencies*, a mocniejsze określenie *expertises*.) Formułując zestaw obszarów wiedzy i umiejętności, w których psychiatra powinien być biegły, podjęli wysiłek, będący zazwyczaj udziałem organizatorów kształcenia dbających o należyty poziom opieki, jaką sprawować mają w przyszłości psychiatrzy. A także tych, których zamiarem jest ustalenie kryteriów oceny kompetencji lekarza ubiegającego się o uznanie zdobytej wiedzy i umiejętności w specjalności, jaką chce uprawiać. Zestaw takich umiejętności, oraz ich uporządkowanie przygotowane przez Sekcję i Zarząd Psychiatrii UEMS w Europejskim Profilu Psychiatrii³ jest nieco odmienny od tych, które uwzględnili Craddock, Kerr i Thapar. Nie są to jednak różnice znaczące. Brytyjscy psychiatrzy bardziej zdecydowanie podnoszą znaczenie swobodnego przygotowania lekarza, będącego wynikiem kształcenia przeddyplomowego.

Co więcej jednoznacznie deklarują znaczenie, jakie to przygotowanie ma w praktyce klinicznej. Praktykę kliniczną zaś rozumieją jako udzielaną zespołowo pomoc osobom cierpiącym z powodu zaburzeń zdrowia. Ich zdaniem, swobodne przygotowanie lekarza otwiera przed nim szczególną możliwość ujmowania problemów chorego w sposób, który określają jako całościowy.

Nie zaniehbując znaczenia innych umiejętności, które Craddock, Kerr i Thapar uważają za najważniejsze, chciałbym zatrzymać się nad dwiema. Nad wspomnianym ujmowaniem całościowym oraz nad wymaganiami, jakie stawiają psychiatrzy, kiedy sięga po nowe, opracowane naukowo informacje.

Dylemat podejścia całościowego polski psychiatra może znać z lektury Kępińskiego.³ Dylemat ów wyraża się w szczególności trudnością scalania informacji zdobytych w oglądzie i opisie z perspektywy czy to biologii, czy psychologii, czy socjologii. Współcześnie dodaje się jeszcze jedną perspektywę, której brytyjscy autorzy nie uwzględniają – perspektywę duchowości. Kępiński podnosił również trudność przekazu wiedzy uporządkowanej całościowo, np. w procesie nauczania studentów. Dla jasności przekazu nauczyciel rozdziela to, co z wysiłkiem scalił, niejako utrwalając w uczniach konieczność oddzielnego traktowania tych perspektyw.

W tabeli 1 artykułu Craddock, Kerr i Thapar zamieścili m.in. definicję nauk neurobiologicznych jako „interdyscyplinarne badania naukowe mózgu i układu nerwowego, które obejmują stosowne obszary psychologii, filozofii, matematyki, fizyki i nauk informatycznych, lingwistyki, socjologii i ekonomii, oraz medycyny i biologii (w polskim tłumaczeniu tekstu to obejmowanie wyrażono jako możliwość: „mogą zawierać”)”. Mają niemal pewność, że nauki neurobiologiczne dostarczą psychiatrom możliwości widzenia wieloplannego i integrującego, co więcej uważają, że przygotowanie psychiatrów usposabia ich do wykorzystania tej możliwości.

Mając na uwadze wieloletnie wysiłki integracyjne psychiatrów⁴ jestem mniej optymistyczny, ale ochoczo przystaję na uczestniczenie w ich optymizmie.

Sięganie do naukowych dowodów oraz powoływanie się na naukowe podstawy prezentowanego stanowiska, także jeśli idzie o wybór postępowania leczniczego, stało się tak powszechne, że niemal krępujące jest posługiwanie się tą frazą. Craddock, Kerr i Thapar rozwijają interesująco tę, zdawałoby się, oczywistość. Stawiają przed psychiatrami wymóg umiejętności stałego dokształcania się oraz korzystania z wyników badań naukowych. Jak dotąd jest to wymóg również powtarzany wszędzie, a w Polsce zawarty – może przede wszystkim - w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Tu jednak pojawia się konieczność krytycznej oceny publikowanych i dostępnych psychiatrom wyników badań naukowych. Nie wystarczy zatem wiara w prawdę słowa drukowanego: „napisane, więc prawdziwe”. Nie wystarczy też opieranie się na autorytetach, redakcji czasopisma czy recenzentów, których kompetentna ocena poprzedza publikację wyników badań naukowych: „ktoś mądry uznał to za prawdę, a więc to prawda”. Psychiatra sam musi ocenić czytany tekst czy wysłuchany wykład. Ma oceniać go krytycznie, czyli poddać

ocenie założenia wyjściowe, sensowność pytań badawczych, poprawność hipotez i poprawność wnioskowania o ich przyjęciu lub odrzuceniu. Craddock, Kerr i Thapar oczekują więc – i co więcej sądzą, że każdy lekarz jest do tego przygotowany – iż psychiatra zrezygnuje z potrzeby znalezienia jednoznacznej wskazówki w dręczących go niepewnościach, porzuci pokusę potwierdzenia swoich racji albo równie silną pokusę zakwestionowania racji oponenta. Nie rządzi to, że uważam, iż psychiatrzy nie myślą krytycznie, ani też, że nie wierzę w możliwość opanowania umiejętności krytycznej lektury tekstów naukowych. Wydaje mi się jednak, że szkolenie lekarzy w Polsce nie poświęca kształtowaniu tej umiejętności ani potrzebnej uwagi, ani wystarczającego czasu.

Piśmiennictwo

1. Katschnig H: Czy psychiatrzy są gatunkiem zagrożonym? Obserwacje dotyczące wewnętrznych i zewnętrznych wyzwań stojących przed naszym zawodem. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2010;19(2):89-114
2. Europejska unia lekarzy specjalistów (UEMS). Europejska Rada Psychiatrii – doniesienie. Europejskie ramy kompetencji w psychiatrii. *Psychiat. Pol.* 2011;1:135-163
3. Kępiński A. O biologiczny model w myśleniu psychiatrycznym. W: A. Kępiński. *Rytm życia*. WL, Kraków 1972;226-232.
4. Bomba J, Biologia w oczach psychiatry, czyli czego psychiatra spodziewa się po biologii? *Psychiat. Pol.* 2002;4:527-537.

ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 53

14. McEwan TE, Mullen PE, MacKenzie RD, Oglhoff JRP: Violence in stalking situations. *Psychol Med* 2009; 39:1469-1478.
15. Weisbrot DM. Prelude to a school shooting? Assessing threatening behaviors in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:847-852.
16. Warren LJ, Mullen PE, Thomas SDM et al. Threats to kill: a follow-up study. *Psychol Med* 2008;38:599-605.
17. O'Toole ME. The school shooter: a threat assessment perspective, Federal bureau of investigation. Quantico, VA. 1999, <http://www.fbi.gov/library/school/school12.pdf>
18. Fazel S, Langström N, Hjern A et al. *JAMA* 2009; 301:2016-2023.
19. Hodgins S. The major mental disorders and crime: stop debating and start treating and preventing. *Int J Law Psychiatry* 2001;24:427-446.
20. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:152-161.
21. Arboleda-Florez J. Mental illness and violence. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:475-476.
22. Danto BL. Suicide among murders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 1978; 22: 140-148.
23. Rosenbaum M, Bennett B. Homicide and depression. *Am J Psychiatry* 1986;143:367-370.
24. Fox JA, Levin J (2003) Mass murder: An analysis of extreme violence. *J Appl Psychoanal Studies* 5:47-64.
25. Lester D, Stack S, Schmidke A, et al. Mass homicide and suicide deadliness and outcome. *Crisis* 2005; 26:184-187.
26. Kupersanin E. FBI expert says school shooters always give hints about plan. *Psychiatric News* 2002;37:2.
27. Meloy JR, Hempel AG, Mohandie K et al. Offender and offensive characteristics of a nonrandom sample of adolescent mass murderers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(6):719-728.
28. Linden M. The posttraumatic embitterment disorder psychotherapy and psychosomatics 2003;72:195-202.
29. Borum R. Assessing violence risk among youth. *J Clin Psychol* 2000;56:1263-1288
30. Schmidke A, Häfner H. The werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychol Med* 1988;18:665-676.
31. Lester D, Stack S, Schmidke A, et al. Clustering in rampage murders. *Psychol Rep* 2002;91:911-914.
32. Lee J, Lee TS. Reflections on a mass homicide. *Ann Acad Med* 2007;36:444-447
33. Dressing H, Salize HJ. Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker. *Psychiatrieverlag, Bonn* 2004.
34. Kleinhans H. Schüler äußern Mordgedanken: Leere Worte oder läuft er wirklich Amok? *MMW* 2009;151:8.
35. Aitken L, Oosthuizen P, Emsley R, Seedat S Mass murders: Implications for mental health professionals. *Int J Psychiatry Med*. 2008;38:261-269.
36. Praagvan HM, Asnis GM, Kahn RS et al. Monoamines and abnormal behaviour. A multiaminergic perspective. *Br J Psychiatry* 1990;157:723-734.
37. Buckholtz JW, Meyer-Lindenberg A. MAOA and the neurogenetic architecture of human aggression. *Trends Neuroscience* 2008;31:120-129.
38. Meyer-Lindenberg A, Buckholtz J, Kolachana BS et al. Neural mechanisms of genetic risk for impulsivity and violence in humans. *Proc Natl Acad Sci USA* 2006;103(16):6269-6274.
39. Regenbogen C, Herrmann M, Fehr T. The neural processing of voluntary completed, real and virtual violent and non-violent computer game scenarios displaying predefined actions in gamers and nongamers. *Soc Neurosci* 2010:1-21 (in press).
40. Zink CF, Tong Y, Chen Q et al. Know your place: neural processing of social hierarchy in humans. *Neuron* 2008; 58:273-283.