

W jaki sposób Ustawa 180 w ciągu 30 lat zmieniła psychiatrię: podejście w przeszłości, obecne trendy i niespełnione potrzeby

A. Carlo Altamura, Guy M. Goodwin

The British Journal of Psychiatry (2010) 197, 261–262

Włoska Ustawa 180 zlikwidowała szpitale psychiatryczne dla osób z przewlekłymi psychozami. Po 30 latach autorzy przyglądają się konsekwencjom tej zmiany w psychiatrii we Włoszech i podobieństwom do sytuacji w Anglii i Walii. Podają argumenty, że zastąpienie kierownictwa klinicznego zaleceniami ustawowymi/politycznymi oznacza, że psychiatrzy mogą stracić przywileje i odpowiedzialność należne lekarzom.

Uchwaloną w 1978 r. we Włoszech Ustawę 180 „Reforma opieki psychiatrycznej” – zgodnie uznano za kamień milowy w historii prawodawstwa. Po raz pierwszy we Włoszech godność pacjenta w ostrej psychozie, a nie potrzeba jej opanowania znalazła się w centrum zainteresowania prawa, co miało wpłynąć na metody postępowania stosowane u chorych psychicznie. Ustawa dotyczyła przede wszystkim długoterminowo przebywających w szpitalach psychiatrycznych chorych, zwykle cierpiących na przewlekłe psychozy. Cele ustawodawców były szczytne – ustawa miała dbać o dobro pacjentów, zapobiegając ich zatrzymywaniu przez nieokreślony czas w szpitalach nie zapewniających opieki o odpowiedniej jakości. Wspaniałe wizje i dobre intencje nie gwarantują jednak właściwej realizacji. Autorzy artykułu pytają, czy takie zmiany powinny być wprowadzane przez polityków przez wywieranie nacisku, czy raczej wynikać z poprawy praktyki klinicznej dokonywanej przez ekspertów będących specjalistami opieki zdrowotnej i popartej danymi z badań naukowych i doświadczeń pacjentów?

Wprowadzając wymóg wyłącznie ambulatoryjnego leczenia chorych psychicznie, Ustawa 180 narzuciła obowiązek prawny, który pomieszał skutek ciężkich chorób psychicznych ze skutkami samej instytucjonalizacji i nie docenił wyzwani stających przed opieką kliniczną w warunkach opieki środowiskowej. Wdrożenie zapisów ustawy było częściowe i powolne

ze względu na niewystarczające wsparcie finansowe¹ oraz niedocenicenie potrzeby opieki długoterminowej.² Ustawą nie obejmowała interwencji terapeutycznych i rehabilitacji oraz pomijała zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju. Jej wpływ na obecny stan psychiatrii włoskiej był raczej negatywny i wymaga porównania z podobnymi zmianami w praktyce wykazywanymi ostatnio w Anglii.

Obecne trendy: utrata umiejętności medycznych

We Włoszech likwidacja publicznych szpitali psychiatrycznych ograniczyła społeczny zasięg psychiatrii. Chorzy na depresję lub zaburzenia lękowe, którzy obecnie są konsultowani w klinikach prywatnych i przez psychologów, nie identyfikują się z rutynową opieką psychiatryczną. Dlatego we Włoszech wiedza najmłodszego pokolenia psychiatrów o chorych z przewlekłymi psychozami – którzy stanowią zdecydowaną większość ich pacjentów na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych oraz w opiece ambulatoryjnej – jest ograniczona. Aktualnie psychiatrzy przyjmują podejście ściśle menadżerskie, ignorując ustalanie rozpoznania i kliniczne formułowanie problemów w leczeniu poszczególnych chorych. Zbyt duży nacisk na interwencje społeczne w zaburzeniach psychotycznych zredukował wagę przykładaną do fenomenologii klinicznej, rozpoznania różnicowego i badania objawów w przekrojowym i długoter-

A. Carlo Altamura jest profesorem psychiatrii i kierownikiem Wydziału Psychiatrii na Uniwersytecie w Mediolanie. Jego aktywność naukowa skupiona jest na psychobiologii i leczeniu dużych psychoz. Guy M. Goodwin kieruje University Department of Psychiatriy w Warneford Hospital w Oxfordzie. Prowadzi badania dotyczące leczenia ciężkich chorób psychicznych i zastosowań nauk neurobiologicznych w rozumieniu neurobiologii zaburzeń nastroju.

Konflikt interesów: A.C.A. otrzymywał honoraria od firm: AstraZeneca, Sanofi-Aventis, MSD. Był konsultantem firm: Wyeth, AstraZeneca, Lilly, Pfizer, GlaxoSmithKline i MSD. G.M.G. otrzymywał granty od firm: Sanofi-Aventis and Servier i honoraria od firm: AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eisai, Lundbeck, Sanofi-Aventis i Servier. Był konsultantem firm: AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Lilly, Lundbeck, P1Vital, Sanofi-Aventis, Servier i Wyeth.

minowym wymiarze. To ograniczyło wybór farmakologicznych lub psychoterapeutycznych metod leczenia (w odniesieniu do np. zapobiegania zachowaniom samobójczym,⁴ agresywności w zaburzeniu dwubiegunowym, związku remisją z funkcjami poznawczymi czy innych predyktorów reakcji na leczenie) i ich wzajemnej integracji. Etiologia psychoz uważanych za złożone fenotypy wynikające z wzajemnych oddziaływań czynników genetycznych i środowiskowych,⁵⁻⁷ jest słabo rozumiana, a biologiczne, oparte na analizie biologii mózgu uwarunkowania psychologicznych i społecznych aspektów zachowania są ignorowane.

Psychiatrzy niemal stracili swoją tożsamość zawodową i zamiast lekarzami stali się biurokratami, pracownikami społecznymi lub menadżerami opieki psychiatrycznej. Pacjenci z zaostrzeniami choroby kierowani są do ośrodków raczej na podstawie ich lokalizacji niż kompetencji i częste jest obecnie mylenie zaburzeń zachowania z chorobą psychiczną.

Brak perspektywy biomedycznej w prowadzeniu klinicznym utrwala ignorancję opinii publicznej i nie pozwala na wprowadzanie ułatwień w opiece nad chorymi z takimi zaburzeniami, które nie są postrzegane jako zasługujące na medyczne zainteresowanie. W żadnym z zaburzeń psychicznych nie udało się zastosować zintegrowanego podejścia terapeutycznego, a podczas oceny stosowania innych klinicznie istotnych interwencji okazało się, że niewiele jest danych związanych z zastosowaniem międzynarodowych kryteriów leczenia (np. wytycznych American Psychological Association czy National Institute for Health and Clinical Excellence), które często uważane są, zupełnie błędnie, za formy terapii wspomagającej leczenie farmakologiczne.

Podobieństwa do doświadczeń angielskich

Koncepcje ustawodawcze Basaglii zebrane w Ustawie 180 wywodziły się z nurtu anglosaskiej psychiatrii lat 60. XX wieku. Mają one pragmatyczne oblicze wyrażone w pracach Johna Winga, George'a Browna, Juliana Leffa i innych, którzy postrzegali nauki społeczne jako obserwacyjne mogące wyjaśniać hipotezy, poszukiwać przyczyn i być źródłem rzetelnej wiedzy. Doświadczenia włoskie są w rzeczywistości często przywoływane, by podkreślić prowadzone w Anglii od początku lat 70. świadome działania w stronę bardziej społecznej formy opieki psychiatrycznej. W rzeczywistości przez wiele lat wielkie, położone na uboczu szpitale psychiatryczne wydawały się dehumanizujące i regularnie były przyczyną pomniejszych skandali. Enoch Powell był pełnym energii reformatorskim ministrem zdrowia, który w zapisał się w pamięci przedstawiając w 1961 r. (studymore.org.uk/xpowell.htm) swoją wizję chorych psychicznie:

„Niewielu chorych powinno pozostawać w wielkich izolowanych instytucjach lub zespołach instytucji, chociaż nie należy zapominać czy też nie doceniać konieczności utrzymania zabezpieczeń dla małej grupy pacjentów.”

„Teraz spojrzmy i zobaczymy, jakie są następstwa tych wielkich słów. Wskazują one na nic innego niż na eliminację ogromnej części szpitali psychiatrycznych, w takiej formie, w jakiej istnieją nadal w naszym kraju. Jest to kolosalne zobowiązanie, nie tak wielkie w kwestii nowych wyzwań organizacyjnych, jakie pociąga za sobą, lecz w samej zmianie sposobu myślenia i znaczeń, jakie wymagają przezwyciężenia. Stoją one tam, samotne, majestatyczne, wielkie, z ogromnymi wieżami ciśnienia i kominami górującymi wyraźnie i odstrasżająco nad okolicą – szpitale psychiatryczne, które nasi przodkowie zbudowali z niezmierną solidnością, by wyrazić poglądy swoich czasów.”

W latach 90. XX wieku opieka środowiskowa była modnym słowem i stała się elementem polityki konserwatystów, pod kierownictwem, zapamiętanego jako bardzo pewny siebie, ministra zdrowia będącego wcześniej pracownikiem socjalnym. Partia Pracy, u władzy od 1997 r., retorycznie zadeklarowała niepowodzenie polityki opieki środowiskowej prowadzonej przez poprzedni rząd: rozwiązaniem był Narodowy Plan Świadczeń opieki – National Service Framework (NSF).

NSF jest dokumentem-hybrydą. Niektóre z jego zapisów to po prostu dobra praktyka kliniczna, z którą nikt nie będzie dyskutował. Kazuistyczne opisy różnorodnych, rozdrobnionych modeli opieki prowadzonych pilotażowo jedynie w lokalnych projektach zmieniły się z czasem w nadzwyczaj sztywne plany, opisujące, jak powinien działać każdy ośrodek opieki w kraju. Takie zarządzanie w skali mikro jest formalnie wymuszane przez arbitralnie postawione cele. Co więcej, jedyna wielka koncepcja, że psychiatria jest częścią opieki społecznej – prowadziła do tworzenia coraz większych ośrodków opieki psychiatrycznej, wydzielając je z innych ośrodków opieki zdrowotnej. Stanowiło to rodzaj echa izolacji w dawnych szpitalach psychiatrycznych, jeśli nie w sensie fizycznym, to intelektualnym. Podczas tworzenia NSF, główny nurt psychiatrii został zmarginalizowany. Negatywne konsekwencje takiej praktyki psychiatrycznej w Anglii i Walii zostały wskazane przez grupę „obudzonych”⁸ i zabrzmiały jak echo doświadczeń włoskich.⁹

Podsumowanie

Jeśli psychiatrzy mają pozostać lekarzami oraz utrzymać przywileje i odpowiedzialność lekarzy, powinni być włączeni w trwający całe życie proces uczenia się, adaptacji i kierowania. Oznacza to praktykowanie odpowiednich umiejętności i ról, skupione na wczesnym i właściwym rozpoznawaniu chorób, ocenie współchorobowości i włączaniu najnowocześniejszego, innowacyjnego i opartego na zasadach EBM leczenia. Pierwszym obowiązkiem psychiatrów jest leczenie chorych według swojej najlepszej wiedzy. Sytuacja zarówno we Włoszech, jak i w Anglii ma swoje określone źródła opierające się na takich samych rozwiązaniach narzuconych raczej przez ramy ustawodawcze/menadżerskie niż kliniczne. W żadnym z tych krajów nie wykorzystano zawodowej odpowiedzialności

lekarzy do wdrożenia dobrej praktyki klinicznej jako motoru reformy. W Anglii koncepcja zarządzania klinicznego zastąpiła obecnie krytyczną odpowiedzialność kliniczną lekarzy. We Włoszech zmiany były bardziej bierne. W obu krajach profesja psychiatry stoi na rozdrożu. Autorzy są przekonani, że psychiatrzy powinni odzyskać swoją medyczną rolę osób kierujących opieką i innowatorów. Jeśli nie uda im się tego osiągnąć, nie mają przyszłości.

From the British Journal of Psychiatry (2010) 197, 261–262. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010, 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

- Cazzullo CL, Tacchini G, Altamura AC, Tansella M. The establishment, monitoring and evaluation of community care services. In Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill (eds H Freeman, J Henderson): 30–44. Gaskell, 1991.
- Papeschi R. The denial of the institution. A critical review of Franco Basaglia's writings. *Br J Psychiatry* 1983;146:247–54.
- Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:445–52.
- Altamura AC, Mundo E, Bassetti R, Green A, Lindenmayer JP, Alphas L, et al. Transcultural differences in suicide attempters: analysis on a high-risk population of patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2007;89:140–6.
- Kendler KS, Greenspan RJ. The nature of genetic influences on behavior: lessons from 'simpler' organisms. *Am J Psychiatry* 2006;163:1683–94.
- Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry* 2004; 161:195–216.
- Lieberman JA, Drake RE, Sederer LJ, Belger A, Keefe R, Perkins D, et al. Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2008;59:487–96.
- 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.
- Altamura AC. Law 180 after 30 years – reflections on unmet needs and risks of loss of identity for Italian psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:501–2.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, et al (1976) The Global Assessment Scale: a procedure for measuring the overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry* 33:766–71.
- Tiihonen J, Wahlbeck K, Lönnqvist J, et al (2006) Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ* 333:224.
- Haro JM, Salvador-Carulla L (2006) The SOHO (Schizophrenia Outpatient Health Outcome) study: implications for the treatment of schizophrenia. Commentary. *CNS Drugs* 20:293–301.
- Lewis SW, Barnes TRE, Davies L, et al (2006) Randomised controlled trial of effect of prescription of clozapine versus other second-generation antipsychotic drugs in resistant schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 32:715–23.
- Pharoah F, Mari J, Rathbone J, et al (2006) Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* issue 4: doi 10.1002/14651858.CD000088.pub2.
- Greenberg BD, Malone DA, Friehs GM et al (2006) Three-year outcomes in deep brain stimulation for highly resistant obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 31:2384–2393
- Mallet L, Polosan M, Jaafari N et al (2008) Subthalamic nucleus stimulation in severe obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med* 359:2121–2134

ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 48

ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 53