

Psychiatryzacja społeczeństwa*

Wstęp

Między psychiatrą a społeczeństwem od zawsze istnieje szczególne powiązanie. Spółność, w jaki dane społeczeństwo obchodzi się z osobami chorującymi psychicznie oraz to, jak inwestuje ono w psychiatrię zdaje się być swoistym sejsmografem, wskazującym na stopień jego rozwoju. W tym miejscu można by kontynuować rozważania nad stanem społeczeństwa w Polsce i w Niemczech, czy też ogólnie w Europie, rozwijając ogólne tezy na ten temat. Ja jednak chciałbym zająć się tym tematem od strony praktycznej i zwrócić uwagę na kilka konkretnych tendencji widocznych aktualnie zarówno na polu psychiatrii, jak i w naszych społeczeństwach i zastanowić się, czy naprawdę jest więcej zaburzeń psychicznych, czy raczej istnieją mechanizmy, które stwarzają takie wrażenie.

Rozpocznę od prezentacji szczególnego przypadku, na podstawie którego zadać chcę pytanie: kto właściwie decyduje o tym, kto jest chory, a kto zdrowy? Następnie przejdę do obecnie stosowanego w psychiatrii postępowania diagnostycznego, z próbą wyjaśnienia, w jaki sposób wpływa na nasze postępowanie w psychiatrii. Na przykładzie żaloby i „burnoutu” („wypalenia zawodowego”) chcę pokazać zachodzące obecnie interesujące zmiany, w czym szczególną rolę zdają się odgrywać

środki masowego przekazu. Następnie zaprezentuję bardziej zdystansowany, epidemiologiczny punkt widzenia, z próbą odpowiedzi na pytanie, czy obecnie z powodu zaburzeń psychicznych częściej dochodzi do niezdolności do pracy? Krótkie spojrzenie na zmiany w dziedzinie oferty „usług” powinno pomóc nam w odpowiedzi na pytanie, czy widoczna jest tu reakcja na być może stale rosnący popyt? Na koniec spróbuję dać tymczasową odpowiedź na pytanie, czy w psychiatrii naprawdę mamy dylemat psychiatryzacji?

Szczególny przypadek – psychiatryzacja w psychiatrii sądowej

W pierwszym programie niemieckiej telewizji, 16 sierpnia 2012 roku, doniesiono, że 50-letni mężczyzna, wielokrotnie karany, na krótko przed zwolnieniem z więzienia, w którym odbywał wieloletnią karę dowiedział się, że zamiast zwolnienia, ma zostać bezterminowo osadzony w ramach tzw. „środka zabezpieczającego”, gdyż stanowi ciągle zagrożenie dla społeczeństwa. (<http://www.ardmediathek.de/das-erste/kontraste/umstritten-straftaeter-in-die-psychiatrie?documentId=11431092>). Jednak krótko po tym Europejski Trybunał Praw Człowieka zdecydował, że „środek zabezpieczający” w tym przypadku jest niedopuszczalny, gdyż nie może być stosowany wstecz. W takiej sytuacji mężczyzna ten powinien zostać zwolniony z więzienia.

* XXIII Sympozjum PNTZP, Bielefeld-Bethel 2012

Jednak nie doszło do tego, gdyż prawodawca niemiecki uchwalił „prawo o terapeutycznym internowaniu”, na podstawie którego bezterminowe umieszczenie w szeroko pojętym zamknięciu ma być możliwe, jeśli u sprawcy stwierdzi się zaburzenia psychiczne. W opisywanym przypadku wszyscy pytani eksperci oraz specjaliści, którzy sporządzali opinię sądowo-psychiatryczną zgodni byli co do tego, że ów mężczyzna nie cierpi na żadne zaburzenia psychiczne. Czy został on wobec tego zwolniony? Nie. Został osadzony w ośrodku psychiatrii sądowej, czyli szpitalu psychiatrycznym o wysokim stopniu zabezpieczenia, w którym umieszczane są osoby psychicznie chore, które dopuściły się czynów karalnych. Sprawa była dodatkowo kontrowersyjna, ponieważ opiniujący go psychiatry stwierdzili, że obecnie nie stanowi on dla społeczeństwa żadnego zagrożenia.

Jest to z pewnością szczególnie wyrazisty przykład na to, jak społeczeństwo, tudzież jego przedstawiciele, obchodzą się z sytuacją, której nie potrafią rozwiązać w zgodzie z prawem, a raczej z prawami człowieka, i w którym to przypadku uciekają się do psychiatryzacji konkretnego człowieka. Dodatkowo obawy budzi fakt, że w ciągu ostatnich 25 lat w Niemczech wyraźnie wzrosła liczba osób umieszczonych w tzw. ośrodkach psychiatrii sądowej.

Aktualnie w Niemczech dysponujemy ponad 12.100 miejsc w ośrodkach psychiatrii sądowej. Powodem do dużej obawy jest fakt, że 75% przebywających tam osób było wcześniej pacjentami w psychiatrii ogólnej. To temat, którym psychiatria koniecznie musi się zająć.

Psychiatryzacja przez nadmierne diagnozowanie

Kto decyduje o tym, kto jest chory, a kto zdrowy? Obecnie, w zasadzie bezkrytycznie przejęliśmy to, co zaleca, a tak właściwie w mniejszym lub większym stopniu narzuca nam klasyfikacja Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (WHO) ICD 10, a już niedługo

ICD 11, oraz Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) DSM-IV, wkrótce DSM-V. Przy opracowywaniu nowych klasyfikacji, jak obserwujemy to na przestrzeni dekad, opisywane są coraz to nowe jednostki chorobowe lub diagnozy, co z pewnością jest nieuniknione i co wynika z postępu wiedzy. Jednak, nawet jeśli przyjmiemy, że zmiany te najprawdopodobniej są słuszne, z każdą z nich związane są konsekwencje (patrz poniżej). Oczywiście płatnicy w systemie ochrony zdrowia również podejmują decyzję o tym, co uznają za chorobę. Jednak z powodu niewystarczającej wiedzy, nie są w stanie realnie przeciwstawić się wpływowym organizacjom psychiatrycznym. Naturalnie istotną rolę odgrywają tutaj środki masowego przekazu, do czego wkrótce powrócę. Ostatecznie chodzi też o samych chorych psychicznie, którzy podejmują decyzję, czy udadzą się do lekarza lub psychoterapeuty, ryzykując jednocześnie zaszufladkowanie w ramach klasyfikacji psychiatrycznych. To, jakie decyzje podejmują lekarze, tudzież terapeuci, jest częścią odpowiedzi na to, kto tu właściwie decyduje. Z powyższego wynika, że decyzja, czy ktoś jest chory psychicznie czy nie, podejmowana jest nie przez pojedynczą osobę, a przez całą grupę różnych organizacji, przez samych chorych oraz przez osoby, do których się udają w poszukiwaniu pomocy.

Powszechnie dzisiaj przyjęte i stosowane zoperacjonalizowane systemy diagnostyczne w ciągu ostatnich 30 lat tworzą katalogi kryteriów, które działają w oparciu o szczególną logikę. Chodzi tu o ustalenie tzw. „cut-off”, czyli punktu odcięcia, którego osiągnięcie lub nie, decyduje o tym, kto jest chory oraz kto otrzyma daną diagnozę. Zasadniczym problemem takiego podejścia jest jego kategoryalność a jak wiemy, natura zorganizowana jest wymiarowo, a nie kategoryalnie, co dotyczy również człowieka i jego świata przeżyć psychicznych. Przy tak skonstruowanych mniej lub bardziej dowolnych kategoriach, będących wynikiem badań empirycznych oraz konsensusu mamy często do czynienia z problemem osób, które cierpią, ale nie spełniają wszystkich wymaganych kategorii. Dlatego powstało pojęcie tzw.

diagnoz podprogowych (po angielsku subthreshold). Nowością ze wstępnych wersji DSM-V jest próba ujęcia wymiarowego, która ma uzupełnić podejście kategorialne (www.dsm5.org). Autorzy mają nadzieję, że dzięki temu będzie możliwe bardziej adekwatne opisanie stanów psychicznych i psychopatologicznych. Po części jest to na pewno słuszne, jednak wprowadzenie nowych kategorii podwyższa potencjalnie częstość zaburzeń psychicznych w społeczeństwie.

Innym problemem jest kryterium czasowe. Już po dwóch tygodniach, podczas których spełnione są kryteria diagnozy psychiatrycznej, zostaje ona postawiona i trafia (jako przypadek) do badań epidemiologicznych. Ale zadam pytanie. Kto z nas udaje się do lekarza w ciągu dwóch tygodni trwania niewielu objawów, o ile nie są one bardzo nasilone i dokuczliwe? Większość z nas na pewno wpiery spróbowałaby przeczekać. Jeśli po dwóch, czy trzech tygodniach objawy by zelżały lub ustąpiły uważalibyśmy się za zdrowych.

Głosy krytyczne wobec DSM-V

Pewna amerykańska organizacja psychiatrii społecznej podsumowała swoje uwagi krytyczne pod adresem DSM-V, jako „Syndrom Złotowłosej” - nawiązując tu do popularnej w USA bajki o Złotowłosej i trzech misiach, różniących się wzrostem (www.lifespr.com). Główne ostrze krytyki skierowane jest przeciw poszerzeniu kategorii diagnostycznych, obniżeniu wcześniejszych wartości progowych („cut-off”), patologizacji naturalnych i normalnych reakcji na doświadczenia życiowe, wprowadzenie wielowymiarowych systemów diagnostycznych oraz niebezpieczeństwo rozszerzenia zjawiska patologizacji oraz inflacji biologicznych modeli z pokusą leczenia farmakologicznego dużych części społeczeństwa.

Przykładem podobnym do wspomnianej wcześniej krytyki, jest praca autorstwa Zimmermanna i wsp. (2012) w odniesieniu do choroby afektywnej dwubiegunowej. Autorzy przytaczają powody, dla których próg diagno-

styczny dla zaburzenia dwubiegunowego nie powinien zostać obniżony. Według nich udowodniono, że takie obniżenie doprowadzi do częstszego stawiania fałszywie pozytywnych rozpoznań. Równocześnie brak kontrolowanych badań, które wskazywałyby na skuteczność obecnie stosowanych metod leczenia w przypadkach rozpoznań zaburzeń podprogowych. „Nadmierne diagnozowanie” czyli rozpoznawanie choroby tam, gdzie jej nie ma, prowadzi wedle autorów do niepotrzebnego leczenia, np. stabilizatorami nastroju, które najczęściej nigdy nie zostają odstawione, ponieważ fakt nieistnienia choroby nie będzie mógł być udowodniony. W sytuacji odwrotnej, w przypadku diagnozy fałszywie negatywnej, (czyli nierozpoznania istniejącej choroby) można w przypadku późniejszego nasilenia objawów zawsze zastosować adekwatne leczenie.

Kolejny, empiryczny przykład, ukazuje w jaki sposób różne systemy diagnostyczne z upływem czasu wpływają na częstość rozpoznawania zaburzenia stresu pourazowego w społeczeństwie (van Ameringen et al. 2011). Zapadalność w ciągu życia waha się tutaj między 9,2% a 13,4%. Jest to istotna różnica, która w odniesieniu do populacji Europy (UE: 27 państw) oznacza 100 tysięcy chorych więcej lub mniej. Co ciekawe różnice w częstości w znacznym stopniu wyrównują się, gdy oprócz kryteriów objawowych uwzględnia się również ich znaczenie funkcjonalne, tzn. ich wpływ na funkcjonowanie w życiu codziennym (F-kryterium w DSM-IV).

Żałoba – choroba czy zaburzenie psychiczne?

Jeszcze większy problem pojawia się przy temacie żałoby, czyli zjawisku, o którym większość ludzi intuicyjnie powiedziała, że należy ono do palety normalnych doświadczeń życiowych, nie będących chorobą. W klasyfikacji DSM-III dopiero po roku trwania żałoby mowa była o zjawisku chorobowym. W DSM-IV były to już tylko 2 miesiące, a w DSM-V proponuje się zaledwie 2 tygodnie. Co to oznacza? Czy

po 1994 roku zaczęliśmy nagle wszyscy coraz szybciej przeżywać żałobę? Czy każda żałoba, która trwa dłużej niż przewiduje to DSM-IV jest chorobą?

Na pewno nie będziemy sprzeczać się co do tego, że w pewnych przypadkach można mówić o patologicznej żałobie, z cechami zaburzenia, np. traumatyczna żałoba po stracie nienarodzonego lub bardzo małego dziecka, w wyniku której matka w wiele lat po utracie nadal wykazuje bardzo intensywne, uporczywie utrzymujące się objawy. Żałoba jest w istocie procesem, który opisany został w Lancecie w bardzo osobisty sposób przez Arthura Kleinmana eksperta z Uniwersytetu w Harvardzie. Opisuje on swoją własną żałobę, objawy w rok po śmierci żony, z którą był żonaty przez 46 lat. Zadaje pytanie, czy ta żałoba niesie w sobie coś złego, a tym bardziej patologicznego? (patrz poniżej: Kleinman, 2012, str. 608).

„W marcu 2011 roku zmarła moja żona i doświadczyłem wtedy fizjologicznych objawów głębokiego smutku. Byłem bardzo zasmucony i bardzo za nią tęskniłem. Nie spałem dobrze. Kiedy wróciłem do pustego domu doznałem mocnego poruszenia. Jednocześnie czułem się zmęczony i miałem trudności w skoncentrowaniu się na pracy naukowej. Nie miałem apetytu, moja waga znacząco spadała. To mroczne doświadczenie zelało wraz z upływającymi miesiącami i było dużo łagodniejsze po około 6 miesiącach. Nasze małżeństwo trwało 46 lat, więc zapewne dla większości ludzi nie będzie zaskoczeniem, że gdy zbliża się pierwsza rocznica mojej straty, wciąż czasami czuję dojmujący smutek i zmagam się z poczuciem, że część mnie odeszła na zawsze. Nie jestem nawet pewien czy moja opieka nad żoną, która zmarła z powodu choroby Alzheimera, nie przyczyniła się do jej śmierci. Wciąż pielęgnuję nasze wspomnienia. Czy jest w tym coś dziwnego (albo patologicznego)?”

Burnout – błyskawiczna kariera fenomenu

Temat tzw. burnoutu, czyli wypalenia zawodowego od kilku lat jest bardzo modny i

lansowany w prawie wszystkich mediach, przez co prawie odnieść można wrażenie, że większość osób pracujących snuje się przez życie cierpiąc katusze wypalenia. Ale czy naprawdę chodzi tu o chorobę? Pojęcie „burnoutu” wprowadzone zostało w latach 70. przez Freudenbergera dla opisanego stanów, które, co ciekawe, obserwował on u osób pracujących w dziedzinie pomocy i działalności społecznej. Chodziło mu o osoby, które w związku ze swoją pracą sprawiały wrażenie wyczerpanych. W literaturze najczęściej mowa jest o triadzie, w skład której wchodzi:

- emocjonalne wyczerpanie,
- cynizm, zdystansowanie wobec pracy sięgające czasem wręcz depersonalizacji. Dotykać ma to pracowników, którzy wcześniej należeli do ponadprzeciętnie zaangażowanych,
- obniżona wydajność w pracy.

Do dzisiaj brak jednolitej, ogólnie akceptowanej definicji burnout (Berger et al. 2012, Kerschka et al. 2011). Wszystkie dotąd zebrane dane empiryczne nie zdołały jednoznacznie dowieść, że chodzi tu o chorobę w węższym tego słowa znaczeniu. Kryteria są niejasne, brak też pewnych szacunków, co do częstotliwości występowania. W ICD-10 w rozdziale diagnoz dodatkowych pojęcie burnoutu zrównane zostało ze stanem totalnego wyczerpania (Z73.0). Po przejrzaniu literatury na ten temat odnosi się wrażenie, że w przypadku burnoutu chodzi najprawdopodobniej o zaburzenie interakcji między warunkami w miejscu pracy a cechami indywidualnymi danej osoby. Zatem burnout sam w sobie może stanowić co najwyżej czynnik ryzyka wystąpienia zaburzenia psychicznego. Mowa jest w nim o czynnikach indywidualnych i cechach miejsca pracy, których interakcja, w niekorzystnych przypadkach prowadzi do przeciążenia pracownika i następnie do wyczerpania. Gdy stan ten trwa przez dłuższy czas można mówić o zjawisku burnoutu, które z kolei może ustąpić samoistnie albo z powodu przewlekłego stresu prowadzi do rozwinięcia się klinicznie manifestującego się zaburzenia psychicznego. Burnout może więc być nazywany czynnikiem ryzyka dla możliwych zaburzeń psychicznych. Burnout

nout wydaje się być klasycznym przykładem jak problemy społeczne, czyli przyspieszenie tempa w życiu zawodowym i coraz wyższe wymagania w połączeniu z wynikającymi z tego oznakami przeciążenia opatrzone zostają specjalną nazwą i następnie psychiatryzowane.

Badania epidemiologiczne i bezrobocie

Od wielu lat wykonuje się metaanalizy badań epidemiologicznych. Najważniejsze dane dla Europy pochodzą z prac zespołu Wittchena (Wittchen et al. 2011). Ostatnio przedstawiono meta-analizę prac z lat 2005 do 2011 dla 27 państw UE. Stwierdzono zaskakująco dużą różnicę w 12-miesięcznej prevalencji, która w roku 2005 wynosiła 27,4% a w 2010 roku 38,2%. Co się zdarzyło? Czy częstość zaburzeń psychicznych rzeczywiście aż tak wzrosła? Wyjaśnienie znajdziemy po bliższym przyjrzeniu się porównaniu bez rozbijania na poszczególne diagnozy. Gdy weźmiemy rozpoznania zaburzeń psychicznych (tzw. grupa A) obecnych zarówno w roku 2005 jak i w 2011 otrzymujemy prawie identyczną wartość 12-miesięcznej prevalencji, odpowiednio 27,4% i 27,1%. Już ta wielkość jest olbrzymia, gdy pomyślimy, jak wiele osób dotykają zaburzenia psychiczne. Wspomniana na początku różnica, wynikała z faktu, że w meta-analizie 2011 roku uwzględniono dodatkowe zaburzenia, takie jak zaburzenia osobowości i upośledzenie umysłowe czy otępienia, co ostatecznie doprowadziło do oceny na poziomie 38,2%.

Społeczne znaczenie chorób zależy nie tylko od częstotliwości ich występowania. Decydujące są społeczne skutki nazywane DALY (disability adjusted life years, „lata życia stracone z powodu choroby”). Wyniki te też znajdują się u Wittchena i wsp. (2011). Spójrzmy teraz na statystykę niezdolności do pracy w Niemczech. W roku 2011 był to głośny temat w mediach. Tytuły gazet donosiły, że coraz więcej osób jest niezdolnych do pracy z powodu chorób psychicznych. W rzeczywistości

statystyka obejmująca wszystkie ujęte w ICD-10 diagnozy wskazuje na znaczący spadek ilości dni zwolnień chorobowych w Niemczech między latami 1991 a 2007. Gdy wyodrębnimy grupę wszystkich zaburzeń psychicznych, zobaczymy brak tego spadku, a nawet pewien wzrost, w rzeczywistości nieznaczny. I tylko tyle, nic więcej. Dopiero analiza względnego udziału liczby dni niezdolności do pracy z powodu chorób psychicznych pokazała ich podwojenie. W mediach (i niestety też w niektórych organizacjach zawodowych nie zwrócono uwagi, że liczby absolutne prawie się nie zmieniły a nieznaczne podwyższenie liczby osób niezdolnych do pracy z powodów psychicznych prawdopodobnie wywodzi się z efektu „demaskowania”, tzn. że lekarze łatwiej i bardziej otwarcie stawiają diagnozę „zaburzenie psychiczne” niż to było kilka lat temu. Z drugiej strony mamy powód do zadowolenia, gdyż zjawisko to wskazuje na korzyści wynikające z kampanii anty-stygmatyzacyjnych. Tak więc, dzisiaj bardziej widać prawdziwą doniosłość problemów, choć nie jest to dowód na wzrost zaburzeń psychicznych i ich skutków.

Oferta świadczeń psychiatryczno-psychotherapeutycznych jako wskaźnik?

Spójrzmy jeszcze na rozwój oferty świadczeń psychiatrycznych w Niemczech. Tutaj również można by spodziewać się znaleźć oznaki wzrostu częstości zaburzeń psychicznych. W rzeczywistości liczba łóżek psychiatrycznych w Niemczech spadła znacznie, nawet jeśli w ostatnich kilku latach zaobserwowaliśmy niewielki wzrost. Równocześnie średni okres pobytu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym uległ znacznemu skróceniu. Kiedy zsumujemy liczbę dni leczenia stacjonarnego z poszczególnych pobytów otrzymujemy względnie stałą wielkość. Ilość dni leczenia we wszystkich szpitalach łącznie nie zmieniła się istotnie (www.gbe-bund.de), więc można wnioskować, że ilość dni leczenia pacjentów w szpitalach psychiatrycznych również się nie

zmieniła. Zmieniło się jedynie to, że pobyty są krótsze, ale za to częstsze, jest, więc większa ilość przyjęć przy niezmienionej ilości dni pobytu. Z tego faktu nie możemy wnioskować, że nastąpiło zwiększone zapotrzebowanie, tzn. więcej osób korzystających w populacji.

Ilość lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, psychoterapii i neurologii w Niemczech na przestrzeni ostatnich 10 lat wzrosła z 8.000 do prawie 10.000 (www.gbe-bund.de). Jednak dotyczy to lekarzy w szpitalach (klinikach) a nie lekarzy z własnymi ambulatoryjnymi praktykami. Znacznie wzrosła w Niemczech liczba psychoterapeutów. W roku 2010 pracowało w ambulatoriach niemieckich ok. 13.900 psychoterapeutów-psychologów, ok. 5.314 psychoterapeutów lekarzy i ok. 550 specjalistów psychiatrów, razem prawie 20.000 (AOLG 2012). I pomimo, że czas oczekiwania na miejsce leczenia ambulatoryjnego wynosi ciągle jeszcze od 3 do 6 miesięcy, wiemy z wielu analiz, że nie ma to nic lub bardzo niewiele wspólnego ze wzrostem chorobowości w populacji. Wynika to mianowicie z tak zwanej ustawy o psychoterapeutach, która doprowadziła do znacznego wzrostu liczby miejsc kształcenia w kierunku psychoterapii dla dyplomowanych psychologów i otwierania własnych praktyk. Jest to szczególnie problem, obecnie w takim nasileniu dotyczący wyłącznie Niemiec. Długi czas oczekiwania świadczy o wroście potrzeb w populacji. Ciągłe krytykuje się fakt, że ciężko chorujące osoby prawie nie korzystają z tej oferty.

A właśnie tego oczekuje się od poradni przyklinicznych przy szpitalach psychiatrycznych, które kierują swoje oferty kompleksowe do ciężko i przewlekle chorujących. Ich liczba w ostatnich 15 latach faktycznie wzrosła, i to ponad dwukrotnie do ok. 450-490 w całym kraju. Jednak również w tym przypadku, najpierw doszło do zmiany w przepisach prawnych, w wyniku, których przed 10 laty zezwolono na otwieranie takich poradni nie tylko przy szpitalach psychiatrycznych, ale również przy oddziałach psychiatrycznych utworzonych w szpitalach somatycznych. Jak wszyscy wiemy, jest to sensowne rozwiązanie. W przyszłości, również kliniki psychosomatyczne będą mo-

gły otwierać poradnie przykliniczne, co znowu doprowadzi do wzrostu ich liczby. Jednak powyższe liczby pokazują, że liczba chorych psychicznie w populacji, a już na pewno nie ciężko chorych, wcale nie wzrosła.

Wnioski

Pozostaje pytanie, czy psychiatria naprawdę stoi przed dylematem? Niemal można odnieść wrażenie, że pracownicy psychiatrii angażują się z jednej strony w działania na rzecz większej otwartości i akceptacji osób z zaburzeniami psychicznymi (ujawnianie się), z drugiej zaś nie chcemy naznaczać zbyt wielu osób jako chorujących psychicznie i zaczynamy mówić wręcz o psychiatryzacji (życia codziennego) społeczeństwa.

Moja osobista odpowiedź na dzisiaj: nie, nie mamy w psychiatrii żadnego dylematu, tam gdzie w pierwszym rzędzie chodzi o ciężko i przewlekle chorych psychicznie, których liczba najwyraźniej się nie zmienia. Tym niemniej musimy zachować czujność, ponieważ nasze systemy diagnostyczne niosą ze sobą niebezpieczeństwo inflacji rozpoznań psychiatrycznych i pewną dowolność diagnozowania a opieka psychoterapeutyczna nie może być kierowana prawie tylko do osób lżej chorych. Kwestią zasadniczą jest niedopuszczenie, aby problemy społeczne i złe samopoczucie można było dowolnie przeformułowywać w diagnozy psychiatryczne. Dlatego moim zdaniem problem leży po stronie społeczeństwa, przez to również w nas, którzy pracujemy w psychiatrii i psychoterapii. Zjawisko burnout jest bardzo dobrym przykładem na to, jak osobiste cechy stają się problemem w momencie, kiedy się spotykają z warunkami pracy i życia, które nie zostawiają miejsca na odpoczynek i kompensację. Temu zagadnieniu musimy aktywnie stawić czoła, próbując zawsze wskazywać na właściwe problemy i ich proporcje. To jednak jest możliwe tylko w oparciu o uzasadnioną wiedzę wynikającą z badań naukowych, których celem są wszystkie istotne pytania o zdrowie psychiczne człowieka. Artur Kleinman wzywał w ostatnim czasie, aby znaleźć

bardziej zrównoważony balans w badaniach psychiatrycznych (Kleinman 2012):

„Problem psychiatrii akademickiej polega na tym, że staje się ona największym z obszarów badań biologicznych, przy jednoczesnym zmniejszającym się powiązaniu z praktyką kliniczną. To, czego potrzeba psychiatrii akademickiej, to zrównoważenie polegające na większym wsparciu dla badaczy prowadzących społeczne, kliniczne i środowiskowe badania w ramach szerszych, biospołecznych ram”.

Bibliografia

AG Psychiatrie der AOLG. Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven Bericht der AG Psychiatrie der AOLG- Bericht für die GMK 2012. <http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/AOLG%20Bericht%20Psychiatrie.pdf>

Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B. The impact of changing diagnostic criteria in posttraumatic stress disorder in a Canadian epidemiologic sample. *J Clin Psychiatry*. 2011;72:1034-41.

Berger M, Linden M, Schramm E, Hillert A, Voderholzer U, Maier W. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout vom 7.3.2012.

www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf

Kaschka WP, Korcak D, Broich K. Mode-diagnose Burn-out. English Version: Burn-out – a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108(46): 781–7. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0781

Kleinman A. The Art of Medicine: Culture, bereavement, and psychiatry. *Lancet* 2012; 379:608-9

Kleinman A. Editorial: Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen – and soon. *The British Journal of Psychiatry* (2012) 201: 421-422 doi: 10.1192/bjp.bp.112.118695

Statistisches Bundesamt. Strafvollzugsstatistik - Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafgerichtlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug). Wiesbaden 2011. (www.destatis.de)

Zimmerman M. Would broadening the diagnostic criteria for bipolar disorder do more harm than good? Implications from longitudinal studies of subthreshold conditions. *J Clin Psychiatry*. 2012;73:437-43.