

Psychiatria konsultacyjna – historia i współczesność

Consultation psychiatry – history and the present time

¹ Oddział Psychiatryczny, Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach. Ordynator: dr hab. n. med. Piotr Gorczyca

² Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Kierownik: dr hab. n. med. Piotr Gorczyca

³ Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej

Correspondence to: Piotr Ścisło, Oddział Kliniczny Psychiatrii, ul. Pyskowicka 49, 42-600 Tarnowskie Góry, e-mail: pioscil@poczta.onet.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Publikacja ma na celu przybliżenie zagadnienia psychiatrii konsultacyjnej. Prezentuje jej definicję, cele i zadania, działalność edukacyjną oraz historię – od starożytności do czasów nowożytnych, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju tej dziedziny w Polsce. Na podstawie dostępnego piśmiennictwa przedstawiono funkcjonowanie psychiatrii konsultacyjnej w poszczególnych krajach; szczególny nacisk położono na zasady szkolenia i edukacji. Ponadto wymieniono wyzwania stojące przed omawianą dyscypliną. Jej rozwój wiąże się z rozwojem medycyny, m.in. w dziedzinie transplantologii, onkologii, pandemii chorób zakaźnych i biomedycyny, więc wraz z postępem medycznym będą się pojawiać nowe psychologiczne i emocjonalne wyzwania, które staną się obszarem działań psychiatrii konsultacyjnej. Omówiono jej wpływ na inne dziedziny medycyny: zgłoszone i przeprowadzone konsultacje psychiatryczne znacząco skracają długość pobytu w szpitalu (istnieje bezpośredni związek między czasem zgłoszenia konsultacji a długością hospitalizacji), pomagają obniżyć koszty opieki medycznej, oferują lepszy dostęp do opieki psychiatrycznej, zwiększają wykrywalność chorób psychicznych, których część może stanowić zagrożenie dla życia, oraz wpływają na jakość życia pacjentów. We wnioskach ujęto pięć głównych zadań psychiatrii konsultacyjnej. Są to: diagnostyczna ocena, identyfikacja barier powrotu do zdrowia, identyfikacja ponownego pogorszenia, krótka psychoterapia skoncentrowana na problemie i leczenie farmakologiczne.

Słowa kluczowe: psychiatria konsultacyjna, historia, wyzwania, edukacja, aspekt finansowy

Summary

The publication aims to discuss and present the subject of consultation psychiatry. It presents the definition, objectives and tasks, educational activities and history of the concept of consultation psychiatry from antiquity to modern times, with emphasis on the development of this domain in Poland. Literature also presents issues related to consultation psychiatry in different countries, paying special attention to the principles of training and education. The publication presents also the challenges to which consultation psychiatry is exposed. This domain is associated with the progress of medicine, including such specialties as transplantation, oncology, infectious diseases and biomedicine. With advances in medical there will be more psychological and emotional challenges that will create an area for consultation psychiatry. Furthermore, the article discusses the impact of consultation psychiatry on other fields of medicine: notified and performed psychiatric consultations considerably reduce the length of hospitalisation (there is a direct relationship between the time of notification of consultation and the length of hospitalization), they help to reduce the healthcare costs and provide a better access to mental health care, increase the detection of mental diseases, some of which may be life-threatening, and affect the patients' quality of life. The conclusions present five major tasks for consultation psychiatry: diagnostic assessment, identification of barriers to recovery, identification of relapse, brief psychotherapy focused on the problem and pharmacological treatment.

Key words: consultation psychiatry, history, challenges, education, financial aspect

WSTĘP

Psychiatria konsultacyjna to dział psychiatrii zajmujący się:

- konsultowaniem (diagnozowaniem, leczeniem, profilaktyką) zaburzeń psychicznych u pacjentów chorych somatycznie, ze szczególnym uwzględnieniem chorób i objawów somatycznych powstających z udziałem czynników psychospołecznych (choroby psychosomatyczne);
- budowaniem związków psychiatrii z medycyną (*liaison*) przez nauczanie i szkolenie personelu medycznego w zakresie psychiatrii, ochrony zdrowia psychicznego oraz psychologicznych i społecznych aspektów chorób somatycznych, a także prowadzeniem obserwacji i badań naukowych dotyczących pogranicza oraz wzajemnych wpływów psychiatrii, psychologii i medycyny psychosomatycznej⁽¹⁻³⁾.

Pojęcie psychiatrii konsultacyjnej odnajdujemy też w dwóch innych określeniach: *psychiatria w medycynie ogólnej (consultation psychiatry)* oraz *psychiatria związków z medycyną (liaison psychiatry)*. Pierwszy termin obejmuje świadczenie usług klinicznych, pomoc w rozwiązywaniu psychologicznych, psychiatrycznych czy psychospołecznych problemów pacjenta, a drugi – tworzenie i rozwijanie współpracy oraz integrowanie wiedzy z zakresu nauk biologicznych, psychologicznych i społecznych. Jest to również działalność edukacyjna w stosunku do lekarzy innych specjalności i pozostałych pracowników niepsychiatrycznej służby zdrowia (*liaison education*) oraz prowadzenie badań naukowych nad problematyką psychiatryczną w medycynie somatycznej i odwrotnie (*liaison research*)⁽⁴⁾.

CELE I ZADANIA PSYCHIATRII KONSULTACYJNEJ

W działalności klinicznej psychiatrii konsultanta można wyróżnić kilka modeli konsultacji. Są to:

- konsultacja ukierunkowana na pacjenta – obejmuje nie tylko diagnozę, lecz także ocenę osobowości pacjenta i sposobu reagowania na chorobę;
- konsultacja nastawiona na kryzys – zawiera analizę źródeł i skutków kryzysu, w jakim znalazł się pacjent, określenie rodzaju mechanizmów radzenia sobie oraz rokowań, łączy się z interwencją psychoterapeutyczną;
- konsultacja zorientowana na sytuację – koncentruje się na interakcjach między pacjentem a zespołem leczącym;
- konsultacja ukierunkowana na lekarza prowadzącego lub zespół leczący – główne cele działania konsultanta to lekarz zamawiający konsultację i jego problemy z prowadzeniem pacjenta;
- konsultacja rozszerzona – obejmuje pacjenta wraz z całą rodziną, pacjent jest postrzegany jako osoba centralna w grupie złożonej z członków rodziny i personelu medycznego.

Z praktycznego punktu widzenia konsultacje dzieli się na planowe, pilne i natychmiastowe. Działanie psychiatrii

konsultanta (bądź zespołu interdyscyplinarnego) ma na celu m.in. ułatwienie wypisu ze szpitala, ustalenie miejsca i metod dalszej terapii oraz kontakt z lekarzem rodzinnym w celu ułatwienia ciągłości opieki⁽⁴⁻⁶⁾.

Do zainteresowań psychiatrii konsultacyjnej należy również zależność między chorobą psychiczną a somatyczną. Współistnienie choroby psychicznej i somatycznej to istotny problem kliniczny – nie zawsze dostrzegany. Wśród pacjentów z ciężką chorobą psychiczną obserwuje się wyższą zachorowalność i częstość przedwczesnych zgonów niż w populacji ogólnej. Osoby cierpiące na choroby psychiczne żyją o 13–20 lat krócej niż osoby wolne od tych chorób⁽⁷⁾.

HISTORIA PSYCHIATRII KONSULTACYJNEJ

Istotą współczesnych koncepcji psychiatrii konsultacyjnej jest integracja nauk biomedycznych i behawioralnych, mająca na celu zrozumienie stanu zdrowia i promowanie pozytywnych efektów zdrowotnych. Połączenie ciała i umysłu, choć często postrzegane jako nowoczesna koncepcja, okazuje się ideą bardzo starą.

W starożytnych Chinach, Indiach i Egipcie zaburzenia fizyczne i psychiczne postrzegano jako jednolite. W antycznej Grecji istniała opinia o ścisłym związku między strefą somatyczną i czynnościami fizjologicznymi a strefą psychiczną (duszą) i stanem emocjonalnym człowieka.

Mniej magiczne, bardziej racjonalne podejście charakteryzuje tradycję medyczną Hipokratesa, w której zarówno psychiczne, jak i fizyczne warunki były postrzegane jako konsekwencje określonego statusu płynów ciała: krwi, żółci, flegmy. Hipokrates powiązał indywidualne cechy osobowości z czynnikami humoralnymi i skłonnością do pewnych chorób. Galen, żyjący w starożytnym Rzymie, również był zwolennikiem łączenia psychiki z funkcjonowaniem ciała: uważał, że choroby duszy oddziałują na funkcje narządów i odwrotnie.

Wraz z nadejściem renesansu, wzrostem racjonalizmu i medycyny naukowej powstała koncepcja dualizmu ciała i umysłu, która wywarła znaczący wpływ na medycynę^(2,8,9). W późniejszych czasach wnikliwe badania autorów takich jak Mirsky czy Weiner i ich współpracowników doprowadziły do opracowania nowego, interaktywnego modelu zaburzeń psychosomatycznych. Integruje on ciało i umysł – jako funkcjonalnie powiązane części systemu. Prototyp tego podejścia opisano w klasycznym badaniu dotyczącym choroby wrzodowej, gdzie omówiono czynnik biomedyczny i psychologiczny. Praca ta stworzyła podwaliny dla biopsychospołecznego modelu choroby, reprezentującego podstawową zasadę współczesnej psychiatrii konsultacyjnej⁽²⁾.

Pojęcia *psychosomatyczny* użył po raz pierwszy Johann Christian Heinroth, w dyskusji na temat bezsenności z 1818 roku. Pełna fraza *medycyna psychosomatyczna* pojawiła się zaś około 1922 roku u Feliksa Deutscha. Swoją wkład w rozwój medycyny psychosomatycznej mieli też twórcy hipnozy, tacy jak Franz Mesmer i Jean-Martin

Charcot, oraz psychoanalizy: m.in. Zygmunt Freud, Sándor Ferenczi, Michael Balint, Georg Groddeck i Franz Alexander.

Za początki psychiatrii konsultacyjnej uznaje się lata 20. i 30. ubiegłego stulecia. Georg W. Henry opublikował wówczas pracę na temat psychiatrii w szpitalnej opiece ogólnomedycznej, a Edward Billings pioniersko posłużył się terminem *psychiatria związków z medycyną* i wydał w 1939 roku jedną z pierwszych książek dotyczących tej tematyki – *A Handbook of Elementary Psychobiology and Psychiatry*. Z kolei Edward Weiss i Spurgeon English opublikowali w 1943 roku podręcznik *Psychosomatic Medicine*. U podstaw psychiatrii konsultacyjnej leżą również holistyczne koncepcje A. Meyera i W.A. White'a.

W 1929 roku Henry wzywał do zatrudniania psychiatrów w szpitalach ogólnych – do celów dydaktycznych. Na początku 1930 roku Helen Flanders Dunbar, należąca do kluczowych twórców „ruchu psychosomatycznego”, przedstawiła znaczące publikacje na temat relacji czynników fizycznych i psychicznych w chorobach. Dunbar i Henry byli pierwszymi konsultantami psychiatrii w szpitalach ogólnych w Stanach Zjednoczonych.

Od zakończenia II wojny światowej do lat 80. psychiatria konsultacyjna rozwijała działalność edukacyjną i badawczą. Otwierano kolejne oddziały psychiatrii w szpitalach ogólnych, powstawały zespoły konsultacyjne o charakterze interdyscyplinarnym – złożone z przedstawicieli personelu medycznego i niemedycznego (pracownicy socjalni, socjolodzy, duchowni, wolontariusze).

W 1974 roku amerykański Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego (*National Institute of Mental Health, NIMH*) oficjalnie zaakceptował psychiatrię konsultacyjną jako dziedzinę medycyny, a od roku 2004 funkcjonuje ona w Ameryce jako subspecializacja. Rozwój psychiatrii konsultacyjnej w Stanach Zjednoczonych umożliwiły przede wszystkim ogromne nakłady finansowe Fundacji Rockefellera (1934–1945) i Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (1970–1977).

Psychiatria konsultacyjna przeszła przez cztery fazy. Faza wstępna, rozpoczęta krótko przed 1900 rokiem i trwająca do roku 1930, była stymulowana przez otwieranie oddziałów psychiatrii w szpitalach ogólnych. Faza pionierska, od 1930 roku do lat 50., wyróżniała się wprowadzaniem programów edukacyjnych w szpitalach uniwersyteckich. Następna faza rozwojowa, zainicjowana w 1980 roku, charakteryzowała się działalnością badawczą oraz programami szkoleniowymi dla studentów i lekarzy. Obecnie psychiatria konsultacyjna znajduje się w czwartej fazie – konsolidacji i ograniczania wydatków^(2,5,8,10–13).

PSYCHIATRIA KONSULTACYJNA W POLSCE

Pierwsze doniesienia na temat psychiatrii konsultacyjnej w Polsce pojawiły się w latach 60. i 70. ubiegłego wieku. Na podstawie doświadczeń jednego z pierwszych oddziałów

psychiatrycznych przy szpitalu wielospecjalistycznym w południowej Polsce Hese i wsp. już w 1968 roku spisali swoje przemyślenia na temat roli psychiatrii konsultacyjnej^(14–17). Kolejną pracę opublikowała Wardaszkowska w 1971 roku. W 1976 roku XXXII Zjazd Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego poświęcono właśnie zagadnieniom psychiatrii konsultacyjnej, medycynie psychosomatycznej i roli psychiatrów w systemie podstawowej opieki zdrowotnej. W następnych latach powstało kilka stowarzyszeń psychosomatycznych: Sekcja Medycyny Psychosomatycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (1984) i Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego (1992), Komisja ds. Psychiatrii w Medycynie Ogólnej w ramach Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (1993) oraz Sekcja Psychodermatologii w ramach Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego (2008). Ostatnie wydarzenia związane z omawianą dyscypliną to XLII Zjazd PTP (2007), podczas którego podkreślono związek zaburzeń psychicznych z problemami somatycznymi, oraz III Międzynarodowy Kongres w Wiśle (2009)⁽¹⁸⁾.

W Polsce brakuje strukturalnych związków między medycyną a psychiatrią. W szpitalach wielospecjalistycznych nie ma obligatoryjnych etatów dla psychiatrii i psychologa, choć psychologa najczęściej się zatrudnia. Na III roku specjalizacji z psychiatrii wymagane jest odbycie dwóch miesięcy stażu z psychiatrii konsultacyjnej na oddziale psychiatrii w szpitalu ogólnym, wraz z nabyciem umiejętności wykonywania konsultacji⁽⁵⁾. Psychiatrii konsultacyjnej nie uważa się obecnie za odrębną podspecjalność.

Z analizy przeprowadzonej przez Wandziela (1996) wynika, że konsultacji psychiatrycznej udzielają najczęściej psychiatry zatrudnieni w ramach etatu w PZP, pracujący w szpitalu ogólnym bądź szpitalu psychiatrycznym. Jak zaznacza autor, najkorzystniejszym modelem są konsultacje wykonywane przez psychiatrów zatrudnianych na stałe w szpitalu wielospecjalistycznym. Wandziel zwraca również uwagę na brak systematycznych szkoleń przed- i podyplomowych w zakresie psychiatrii konsultacyjnej⁽¹⁹⁾.

PSYCHIATRIA KONSULTACYJNA NA ŚWIECIE

W Europie Zachodniej psychiatria konsultacyjna jest obecna od około 50 lat. Ogólna analiza wskazuje na znaczne zróżnicowanie poziomu rozwoju tej dyscypliny i świadczonych przez nią usług oraz na brak zorganizowania. Podstawowa różnica między psychiatrią konsultacyjną w Europie i w USA polega na tym, że w żadnym z krajów Starego Kontynentu dyscyplina nie korzystała w swoim rozwoju z tak znaczącego wsparcia finansowego ze strony państwa, jak miało to miejsce w Stanach Zjednoczonych, głównie w latach 1960–1970.

We Francji historia omawianej dziedziny sięga XIX wieku. W ostatnim czasie pod wpływem Europejskiej Grupy Roboczej ds. Psychiatrii Konsultacyjnej (*European Consultation-Liaison Workgroup, ECLW*) powstała odpowiednia

sekcja przy Francuskim Towarzystwie Psychiatrii i Patologii Społecznej. Większość konsultacji wykonują psychiatrzy pracujący na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych. Dyscyplina ta jest przedmiotem zalecanym, ale nie obowiązkowym do zdobycia specjalizacji z psychiatrii. W Niemczech w 1975 roku parlament zdecydował o konieczności tworzenia oddziałów psychiatrycznych na terenie szpitali ogólnych, ale jednocześnie pominął konieczność istnienia psychiatrii konsultacyjnej. System specjalizacyjny zawiera trzy oddzielne specjalizacje: psychiatrię, psychoterapię oraz psychosomatykę i psychologię medyczną, co wyróżnia Niemców na tle innych krajów europejskich. Konsultacje wykonują przede wszystkim dyżurujący lekarze oddziałów psychosomatycznych i psychiatrycznych. Część szpitali korzysta z kontraktowych konsultantów, istnieją tylko nieliczne oddziały odpowiadające *medical-psychiatric units* z USA. Przy szpitalach ogólnych funkcjonują oddziały ogólnopsychiatryczne, ale także oddziały psychoterapii medycznej i psychosomatyczne. W Holandii początki omawianej dyscypliny datuje się na lata 60. XX wieku. Później powstało wiele oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Szkolenie z psychiatrii konsultacyjnej w trakcie specjalizacji jest w niektórych ośrodkach fakultatywne, w innych – obowiązkowe. Na uwagę zasługują normy zatrudnienia wynegocjowane z rządem, np. na szpital mający 400 łóżek i 10 tys. przyjęć rocznie ma przypadać 1–1,5 etatu konsultującego.

W Wielkiej Brytanii pierwsze ambulatoria psychiatryczne przy szpitalach ogólnych utworzono w latach 30. Łóżka dla pacjentów psychiatrycznych pojawiły się na terenie szpitali ogólnych około 1948 roku, a od roku 1945 zaczęto formować zespoły konsultacyjne przy szpitalach uniwersyteckich. Psychiatria konsultacyjna to część szkolenia studentów medycyny i przedmiot zalecany osobom specjalizującym się w psychiatrii. Konsultacje są wykonywane przez psychiatrów z oddziału psychiatrycznego, ambulatorium lub innej placówki. Specyficzną cechą systemu opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii jest podstawowa rola lekarza ogólnego (*general practitioner*, GP).

W Hiszpanii psychiatria konsultacyjna cechowała się w ostatnich dziesięcioleciach szybkim rozwojem. Kraj ten wypada korzystnie na tle większości państw europejskich. Kliniczne programy psychiatrii konsultacyjnej mają oficjalną akredytację w części krajowych lub regionalnych planów opieki medycznej, a szkolenie w tej dyscyplinie jest obowiązkowe w oficjalnym programie Narodowej Komisji ds. Specjalizacji z Psychiatrii. Jednakże niedawne badania wykazały, że tylko połowa szpitali ogólnych w narodowym systemie dysponuje jednostką psychiatrii (*liaison-psychosomatic psychiatry unit*, LPPU).

We Włoszech każdy pacjent ma zagwarantowaną opiekę lekarza podstawowej opieki. Opieka w zakresie psychiatrii świadczona jest przez Community Mental Health Centres (CMHCs) – zespoły obejmujące psychiatrów, psychologów, pielęgniarki, pracowników społecznych i terapeutów zajęciowych, które opiekują się głównie osobami z ostrymi

i trwałymi zaburzeniami psychicznymi. Niemniej jednak CMHCs są łatwo dostępne dla obywateli – bez skierowania od lekarza rodzinnego. Programy współpracy lekarzy podstawowej opieki z psychiatrami zostały opracowane pod koniec 1990 roku. Wcześniej taki rodzaj współpracy dostępny był tylko na prośbę, na potrzeby okazjonalnych konsultacji – bez wspólnego projektu. Podejście to okazało się nieskuteczne^(5,20–25).

W Szwajcarii psychiatria ma długą tradycję, ale psychiatria konsultacyjna jest dość nowym zjawiskiem. Mimo obserwowanego ostatnio stałego spadku liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych psychiatria konsultacyjna wciąż się rozwija. Usługi konsultacyjne są świadczone w szpitalach ogólnych, nawet małych i wiejskich. Za ważny krok należy uznać niedawne uznanie psychiatrii konsultacyjnej za podspecjalizację psychiatrii dorosłych⁽²⁶⁾.

DZIAŁALNOŚĆ EDUKACYJNA, STOWARZYSZENIA, ASPEKT FINANSOWY

Edukacja w psychiatrii konsultacyjnej (*liaison*) jest wpisana w samą definicję dyscypliny. Odnosi się do nauczania i szkolenia personelu medycznego w zakresie psychiatrii, ochrony zdrowia psychicznego oraz psychologicznych i społecznych aspektów chorób somatycznych, a także prowadzenia obserwacji i badań naukowych dotyczących pogranicza oraz wzajemnych wpływów psychiatrii, psychologii i medycyny psychosomatycznej^(1–3,27).

W Australii, Kanadzie, Nowej Zelandii i USA opracowano i wdrożono szczegółowe zasady szkolenia z psychiatrii konsultacyjnej dla lekarzy. W Europie sytuacja jest bardzo zróżnicowana. Narodowe programy szkolenia powstały w Wielkiej Brytanii, Niemczech i Holandii. Z badania przeprowadzonego w 2001 roku w Unii Europejskiej wynika, że staż z psychiatrii konsultacyjnej jest obowiązkowy w Hiszpanii (4 miesiące), Portugalii (3 miesiące) i Polsce (2 miesiące) oraz zalecany w Wielkiej Brytanii (6 miesięcy), Niemczech (3–6 miesięcy) i Norwegii (6 miesięcy). W Niemczech wymaga się również odbycia 20 godzin konsultacji pod nadzorem, we Włoszech – 25 godzin. Liczba obowiązkowych godzin seminariów bądź konferencji wynosi w zależności od kraju od 10 do 125. W Norwegii, Niemczech i Austrii funkcjonuje specjalizacja „medycyna psychosomatyczna”. W trakcie jej zdobywania należy odbyć roczny staż na oddziale internistycznym⁽²⁸⁾.

W Europie i na świecie działa wiele organizacji zrzeszających osoby zainteresowane psychiatrią konsultacyjną lub związane z nią zawodowo:

- sekcja psychiatrii konsultacyjnej w Europejskim Towarzystwie Psychiatrycznym (*European Psychiatric Association*, EPA);
- Europejskie Towarzystwo Psychiatrii Konsultacyjnej i Psychosomatyki (*The European Association for Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics*, EACLPP);
- Akademia Medycyny Psychosomatycznej (*Academy of Psychosomatic Medicine*, APM);

- Amerykańskie Towarzystwo Psychosomatyczne (*American Psychosomatic Society, APS*);
- Royal College of Psychiatrists, Faculty of Liaison Psychiatrii.

W 1991 roku w krajach należących do Wspólnoty Europejskiej utworzono Europejską Grupę Roboczą ds. Psychiatrii Konsultacyjnej (ECLW), a w 1993 roku powstała Komisja ds. Psychiatrii w Medycynie Ogólnej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego^(5,8).

Polska wpisała się w rozwój omawianej dziedziny poprzez organizowanie krajowych zjazdów psychiatrów (zjazdy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) poświęconych jej zagadnieniom:

- Zjazd XXXII (4–6 IX 1976 r., Szczecin) – „Medycyna psychosomatyczna. Psychiatria konsultacyjna”;
- Zjazd XXXVI (22–24 VI 1989 r., Łódź) – „Psychiatria jako nauka interdyscyplinarna”;
- Zjazd XLII (14–16 VI 2007 r., Szczecin) – „Miejsce psychiatrii wśród nauk medycznych”.

Strategie wczesnego wykrywania pacjentów wysokiego ryzyka i zwiększanie świadomości lekarzy co do znaczenia czasu zgłoszenia konsultacji są bardzo ważne dla lepszej i efektywnej finansowo opieki nad pacjentem. Wcześniej zgłoszone i przeprowadzone konsultacje znacząco skracają długość pobytu w szpitalu. Istnieje bezpośredni związek między czasem zgłoszenia a długością hospitalizacji, dlatego ważna jest identyfikacja pacjentów wymagających szybkiej interwencji psychiatrycznej^(29,30).

Wykazano, że w przypadku lekarza podstawowej opieki zdrowotnej krótka pisemna konsultacja przekładała się na zmniejszenie wykorzystania usług medycznych, a także skrócenie średniego rocznego kosztu opieki. Dodatkową redukcję kosztów związanych ze współistnieniem chorób ogólnomedycznych i psychiatrycznych wykazano wśród pacjentów z zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną, którzy są narażeni na wiele – często niepotrzebnych diagnostycznie – badań. Stwierdzono też związek między współistnieniem chorób psychicznych a długością pobytu w szpitalu^(31–34).

W innym badaniu zauważono, że dzięki doświadczeniu konsultanta można zmniejszyć koszt świadczenia pracy opiekuna dla pacjentów wymagających ścisłej opieki w domu⁽³³⁾. W badaniu przeprowadzonym na oddziale ortopedycznym każdy pacjent po 65. roku życia dopuszczony do chirurgicznego leczenia złamań kości udowej został skonsultowany po operacji. Badanie wykazało, że dzięki konsultacji i leczeniu zaburzeń psychicznych da się skrócić pobyt i obniżyć koszty leczenia^(35,36).

Wiele badań z ostatniego dziesięciolecia wykazało, że konsultacje psychiatryczne pomagają obniżyć koszty opieki medycznej i oferują lepszy dostęp do opieki psychiatrycznej. Co jednak najważniejsze, zwiększają wykrywalność chorób psychicznych, których część może stanowić zagrożenie dla życia. To oczywiste, że współistnienie dodatkowych schorzeń – niewykrytych i nieleczonych – wydłuża czas pobytu w szpitalu (i zawyża koszty leczenia),

nawet gdy bierze się pod uwagę czynniki demograficzne, diagnozę i powody przyjęcia do szpitala. Konsultacje psychiatryczne w szpitalu obniżają wskaźnik zachorowalności i śmiertelności, skracają pobyt i obniżają koszty opieki poprzez wcześniejsze rozpoznanie i leczenie zaburzeń psychicznych; wpływają także na jakość życia pacjenta.

Powyższe wnioski nakazują kształcić kadry, wyszukiwać przypadki w drodze przesiewowych badań psychiatrycznych i rozwijać usługi oferowane przez konsultujących psychiatrów⁽³⁷⁾.

PRZYSZŁOŚĆ PSYCHIATRII KONSULTACYJNEJ

Psychiatria konsultacyjna tworzy pomost między psychiatrią a innymi specjalnościami medycyny. Wraz z postępowaniem medycznym pojawiają się nowe psychologiczne i emocjonalne wyzwania, które staną się obszarem działań psychiatrii konsultacyjnej. Omawiana dziedzina zaczyna się dzielić na specjalizacje – właśnie po to, by uwzględnić rozwój medycyny. Jej przyszłość wiąże się z postępowaniem transplantologii, onkologii, pandemii chorób zakaźnych, biomedycyny⁽³⁸⁾.

W ostatnim stuleciu nastąpiły istotne zmiany demograficzne: wzrosła średnia długość życia, a ciężar w epidemiologii przeniósł się z chorób zakaźnych i ostrych chorób na choroby przewlekłe i zwyrodnieniowe (np. choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego, cukrzyca, choroba Alzheimera). Doprowadziło to do poważnych modyfikacji w praktyce medycznej, powstały nowe dyscypliny mające na celu poprawę stanu zdrowia osób starszych, np. geriatryka, ortopedia geriatryczna, psychogeriatryka. W Wielkiej Brytanii psychiatria konsultacyjna dla osób starszych (*liaison psychiatry for older adults, LPOA*) stała się w ostatnich 8–10 latach nową dyscypliną psychogeriatry⁽³⁹⁾. Chorobom somatycznym towarzyszy zwykle pogorszenie stanu psychicznego pacjentów w podeszłym wieku: depresja po udarach, chorobach serca czy urazie biodra, zaburzenia świadomości z powodu różnych problemów fizycznych, a przede wszystkim zaburzenia czynności poznawczych, leżące u podłoża odniesionych urazów i predysponujące do zaburzeń świadomości⁽²⁶⁾.

Zaburzenia psychiczne u osób starszych występują 3–4 razy częściej w szpitalach niż w społeczeństwie; 80% procent zachorowań psychicznych to zaburzenia świadomości, otępienia i depresja. Jak wynika z przeglądu piśmiennictwa, częstość występowania depresji sięga 29%, zaburzeń świadomości – 20%, otępienia – 31%. W literaturze dotyczącej osób starszych ze złamaniem szyjki kości udowej depresję odnotowywano u 9–47% pacjentów, zaburzenia świadomości – u 43–61%, a zaburzenia poznawcze – u 31–88%⁽²⁸⁾. Anderson i Holmes podają we wnioskach, że u 60% osób starszych przyjętych do szpitala współistnieją choroby psychiczne. Są one niezależnym czynnikiem gorszego rokowania – można jednak im zapobiegać i skutecznie je leczyć, co poprawia rokowanie.

Jak zaznaczają autorzy, powodzenie w leczeniu współistniejących chorób psychicznych w szpitalu ogólnym zapewnia edukacja personelu, a model konsultacji (*liaison*) okazuje się bardziej efektywny⁽²⁸⁾.

Psychoonkologia oznacza szerokie podejście do leczenia chorób nowotworowych; zajmuje się emocjonalnym, społecznym i duchowym cierpieniem, które często towarzyszy pacjentom onkologicznym. Rozwój tej dyscypliny rozpoczął się w drugiej połowie XX wieku, co odzwierciedlał wzrost zainteresowania tą tematyką w badaniach psychologicznych. Jedna trzecia chorych na nowotwory złośliwe doświadcza cierpienia wymagającego oceny i leczenia, a najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi są depresja oraz zaburzenia lękowe i adaptacyjne. Psychiatryści powinni być zaangażowani w wielodyscyplinarne zespoły pracujące z chorymi⁽⁴⁰⁾. Psychoonkologia określa psychospołeczne aspekty profilaktyki, etiologii, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Charakteryzuje się interdyscyplinarnością, jak również współpracą przedstawicieli służby medycznej i pozamedycznej. Psychospołeczne zagrożenia i/lub zaburzenia psychiczne ujawniają się u 30–60% chorych na raka⁽⁴¹⁾. Około 50% pacjentów z zaawansowanym nowotworem złośliwym spełnia kryteria zaburzeń psychicznych: najczęściej są to zaburzenia adaptacyjne (11–35%) i depresja (5–26%). Ich leczenie poprawia jakość życia pacjentów z zaawansowaną chorobą⁽⁴²⁾. Myśli rezygnacyjne i plany samobójcze mogą pojawić się na każdym etapie diagnostyki i leczenia choroby nowotworowej. Ryzyko to jest często przedstawiane jako dwukrotnie wyższe niż w populacji ogólnej i rośnie wraz z zaawansowaniem choroby⁽⁴³⁾.

Reasumując, można stwierdzić, że główne zadania psychiatrii konsultacyjnej to: diagnostyczna ocena, identyfikacja barier powrotu do zdrowia, identyfikacja ponownego pogorszenia, krótka psychoterapia skoncentrowana na problemie i leczenie farmakologiczne⁽⁴⁴⁾.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

- Lipowski Z.J.: History of consultation-liaison psychiatry. W: Rundell J.R., Wise M.G. (red.): Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. American Psychiatric Press, Washington 1996: 2–11.
- Hamburg B.A.: Consultation/liaison psychiatry. Bull. N. Y. Acad. Med. 1987; 63: 376–385.
- White A.: Styles of liaison psychiatry: discussion paper. J. R. Soc. Med. 1990; 83: 506–508.
- Rymaszewska J.: Zagadnienia i ogólne zasady w psychiatrii konsultacyjnej. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2007; 1: 1–7.
- Guzek A.: Psychiatria konsultacyjna w Europie i Stanach Zjednoczonych. W: Leder S., Brykczyńska C. (red.): Psychiatria konsultacyjna, psychiatria liaison. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 1996: 17–28.
- Blumenfeld M., Tiamson M.L.A.: Consultation-Liaison Psychiatry. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2003.
- Vreeland B.: Bridging the gap between mental and physical health: a multidisciplinary approach. J. Clin. Psychiatry 2007; 68 supl. 4: 26–33.
- Rymaszewska J., Dudek D.: Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych. Praktyczne wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. Via Medica, Gdańsk 2009.
- Guzek A.: Rozwój poglądów na zaburzenia psychosomatyczne – historia i współczesność. W: Leder S., Brykczyńska C. (red.): Psychiatria konsultacyjna, psychiatria liaison. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 1999: 61–72.
- Lipsitt D.R.: Psychiatry and the general hospital in an age of uncertainty. World Psychiatry 2003; 2: 87–92.
- Lipsitt D.R.: Consultation-liaison psychiatry and psychosomatic medicine: the company they keep. Psychosom. Med. 2001; 63: 896–909.
- Schwab J.J.: Consultation-liaison psychiatry: a historical overview. Psychosomatics 1989; 30: 245–254.
- Gitlin D.F., Levenson J.L., Lyketsos C.G.: Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. Acad. Psychiatry 2004; 28: 4–11.
- Hese R.T.: Izba przyjęć szpitala ogólnego a możliwości szybkiego postępowania diagnostycznego w przypadkach schorzeń psychicznych. W: Pamiętniki Krajowego Sympozjum Psychiatrycznego Poświęconego Modernizacji Opieki Psychiatrycznej Zamkniętej i Otwartej w Polsce. PTP, Bytom 1968: 191–195.
- Hese R.T., Sibiela J., Suchowska U.: Modernizacja opieki psychiatrycznej drogą do wprowadzania różnych form działalności terapeutycznej. W: Pamiętniki Krajowego Sympozjum Psychiatrycznego Poświęconego Modernizacji Opieki Psychiatrycznej Zamkniętej i Otwartej w Polsce. PTP, Bytom 1968: 161–165.
- Hese R.T., Boładź E.: Perspektywy rozwojowe oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych na podstawie doświadczeń Oddziału Psychiatrycznego przy Centralnym Szpitalu Górniczym w Bytomiu. W: Gałuszka P., Sulestrowska H., Nowicki Z., Sztabowicz J.W. (red.): Pamiętniki Trzech Gdańskich Dni Lecznictwa Psychiatrycznego. PTP, Gdańsk 1972: 271–276.
- Hese R.T.: Rozważania nad modelem oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym. Biul. Instyt. Psychiatr. Neurol. 1988; 1/2: 99–113.
- Rymaszewska J.: Development of consultation-liaison psychiatry in Poland. J. Psychosom. Res. 2011; 71: 433–434.
- Wandziel L.: Wstępna ocena stanu psychiatrii konsultacyjnej w Polsce. W: Leder S., Brykczyńska C. (red.): Psychiatria konsultacyjna, psychiatria liaison. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 1996: 29–37.
- Roy-Byrne P.P., Davidson K.W., Kessler R.C. i wsp.: Anxiety disorders and comorbid medical illness. Gen. Hosp. Psychiatry 2008; 30: 208–225.
- Mayou R., Huyse F.: Consultation-liaison psychiatry in western Europe. The European Consultation-Liaison Workgroup. Gen. Hosp. Psychiatry 1991; 13: 188–208.
- Verwey B., van Waarde J.A., Huyse F.J., Leentjens A.F.: Consultation-liaison psychiatry and general hospital psychiatry in the Netherlands: on the way to psychosomatic medicine. Tijdschr. Psychiatr. 2008; 50: 139–143.
- Kovess-Masfety V., Alonso J., Brugha T.S. i wsp.: Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. Psychiatr. Serv. 2007; 58: 213–220.
- Lobo A., Saz P., Sarasola A. i wsp.: Spanish perspective on enlarging a small specialty: the national research network for liaison psychiatry and psychosomatics. Psychosomatics 2007; 48: 46–53.
- Menchetti M., Tarricone I., Bortolotti B., Berardi D.: Integration between general practice and mental health services in Italy: guidelines for consultation-liaison services implementation. Int. J. Integr. Care 2006; 6: e05.

Dalszy ciąg piśmiennictwa znajduje się na stronie 234.

7. Tylec A., Olajossy M., Dubas-Ślemp H., Spychalska K.: Możliwość czy przymus leczenia? Anoreksja psychiczna – uregulowania prawne. Opis przypadku. *Psychiatr. Pol.* 2013; 47: 531–539.
8. Ministerstwo Zdrowia: Projekt ustawy o leczeniu niepłodności. Warszawa, 16.07.2014 r.
9. Zob. Opinia Polskiej Federacji Ruchów Obrony Życia nt. ustawy o in vitro. Warszawa, 6.08.2014 r. Adres: www.prolife.com.pl/pg/pl/wiadomosci/opinia_pfrozw_nt_ustawy.html.
10. Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris: Opinia w sprawie projektu ustawy z dnia 16 lipca 2014 r. o leczeniu niepłodności. 18.08.2014 r.
11. Winczorek P.: Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. K.E. Liber, Warszawa 2000: 47.
12. Nesterowicz M.: Prawo medyczne. Dom Organizatora, Toruń 2005: 232.
13. Nie chciała śmierci embrionów, urodziła ośmiioraczkę. *Rzeczpospolita*, Warszawa, 1.02.2009 r. Adres: www.rp.pl/arttykul/256626.html?print=tak&p=0.
14. Surdin A.: Birth of octuplets stirs ethical concerns. *Washington Post*, 4.02.2009 r. Adres: www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/02/03/AR2009020303935.html.
15. Bloc J.: Postpartum aggression. *The Guardian*, 11.02.2009 r. Adres: www.guardian.co.uk/commentisfree/cifamerica/2009/feb/10/nadya-suleman-octuplets-ethics.
16. Davis A.A.: The politics of reproduction: the troubling case of Nadya Suleman and assisted reproductive technology. *Transforming Anthropology* 2009; 17: 105–116.
17. Uwagi Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji NASZ BOCIAN do projektu Ustawy o leczeniu niepłodności z dnia 16 lipca 2014 roku. Warszawa 2014. Adres: www.nasz-bocian.pl/node/47053.
18. Zob. art. 8 Ustawy z dnia 20 listopada 1989 r. Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych (DzU z 1991 r. nr 120, poz. 526).
19. Lewandowicz A.: Choroby psychiczne po in vitro. *Nasz Dziennik*, 8.08.2014. Adres: www.naszdziennik.pl/wp/90207,choroby-psychiczne-po-in-vitro.html. W tym kontekście zob.: Jensen A., Hargreave M., Plessen K.J. i wsp.: Increased risk of psychiatric disorders in children born to women with fertility problems: results from a large Danish population-based cohort study. *W: Abstracts of the 30th Annual Meeting of ESHRE, Munich, Germany, 29 June – 2 July 2014; supl. 1: i28.*
20. Bomba J.: Dylematy bioetyczne. *Badania naukowe, metodologia. Psychiatr. Psychol. Klin.* 2009; 9: 35–38.
21. Kmiecik B.: Stosowanie preparatów przeciwpsychotycznych o przedłużonym działaniu – depot, u chorych pacjentów przyjętych do szpitala na podstawie art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: dylematy medyczne, prawne i etyczne. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2008; 8: 204–210.
22. Wsparcie psychologiczne oferuje m.in. Centrum Medyczne Angelus w Katowicach. Warto zwrócić uwagę na to miejsce, ponieważ psycholog pełni tutaj funkcję doradcy nie tyle terapeutycznego, ile moralnego. Na stronie poradni czytamy: „W procesie leczenia niepłodności przeżywamy różne dylematy dotyczące systemu wartości, sfer prywatnych i intymnych oraz moralnych. Wiele czynników oddziałuje na nas w jednym czasie, dlatego też jest to okres wymagający często wsparcia psychologicznego”. Adres: <http://klinikanieplodnosci.pl/konsultacje-z-psychologiem.html>.
23. Szerzej na temat paradoksów w bioetyce zob.: Soniewicka M.: Prokreacja medycznie wspomagana. *W: Stelmach J., Brozek B., Soniewicka M., Załuski W.: Paradoksy bioetyki prawniczej. Wolters Kluwer, Warszawa 2010: 82–112.*
24. Zaig I., Azern F., Schreiber S. i wsp.: Women’s psychological profile and psychiatric diagnoses and the outcome of in vitro fertilization: is there an association? *Arch. Womens Ment. Health* 2012; 15: 353–359.

Ciąg dalszy piśmiennictwa do pracy pt.: „Psychiatria konsultacyjna – historia i współczesność” (autorzy: Piotr Ścisło, Karina Badura-Brzoza, Michał Blachut, Piotr Gorczyca, Łukasz Kilarski, Robert Teodor Hese) ze strony 229.

26. Mukaetova-Ladinska E.B.: Towards living long and being healthy – the challenge for liaison psychiatric services for older adults. *Age Ageing* 2006; 35: 103–105.
27. Gitlin D.F., Levenson J.L., Lyketsos C.G.: Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. *Acad. Psychiatry* 2004; 28: 4–11.
28. Anderson D., Holmes J.: Liaison psychiatry for older people – an overlooked opportunity. *Age Ageing* 2005; 34: 205–207.
29. Alhuthail Y.R.: Timing of referral to consultation-liaison psychiatry. *Int. J. Health Sci. (Qassim)* 2009; 3: 165–170.
30. Alhuthail Y.R.: Psychiatric consultations and length of hospital stay. *Neurosciences (Riyadh)* 2008; 13: 161–164.
31. Smith G.R. Jr, Monson R.A., Ray D.C.: Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *N. Engl. J. Med.* 1986; 314: 1407–1413.
32. Smith G.R. Jr, Rost K., Kashner T.M.: A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 1995; 52: 238–243.
33. Saravay S.M., Lavin M.: Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies. *Psychosomatics* 1994; 35: 233–352.
34. Jin C., Novik S., Saravay S.: Consultation-liaison psychiatry training and supervision results in fewer recommendations for constant observation. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2000; 22: 359–364.
35. Levitan S.J., Kornfeld D.S.: Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am. J. Psychiatry* 1981; 138: 790–793.
36. Kornfeld D.S.: Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. *Am. J. Psychiatry* 2002; 159: 1964–1972.
37. Chiles C., Wise T.N.: Psychiatria konsultacyjno-łącznikowa. *W: Ebert M.H., Nurcombe B., Loosen P.T., Leckman J.F. (red.): Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu. Tom II, Czelej, Lublin 2011.*
38. Makara M., Grzywa A., Spila B.: Consultative psychiatry – aims, challenges and perspectives. *Pol. Merkur. Lekarski* 2011; 31: 190–192.
39. Mukaetova-Ladinska E.B.: The case for liaison psychiatry for older adults. *J. Psychosom. Res.* 2007; 62: 107–108.
40. Gregurek R., Bras M., Dordević V. i wsp.: Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatr. Danub.* 2010; 22: 227–230.
41. Sperner-Unterweger B.: Psycho-oncology – psychosocial oncology: integration in a concept of oncological treatment. *Nervenarzt* 2011; 82: 371–378.
42. Miovic M., Block S.: Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* 2007; 110: 1665–1676.
43. Lefetz C., Reich M.: Suicidal crisis in oncology: assessment and care. *Bull. Cancer* 2006; 93: 709–713.
44. McDuff D.R., Solounias B.L., RachBeisel J., Johnson J.L.: Psychiatric consultation with substance abusers in early recovery. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 1994; 20: 287–299.