

MANAGED CARE: HOW AMERICAN DEVELOPMENTS CAN CHANGE EUROPEAN MENTAL HEALTH

J.A. Talbott. *Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine, 645 West Redwood Street, Baltimore, MD 21201*

Question: Why should European participants be interested in a development that is revolutionizing the way all health care is being delivered in the United States? **Answer:** Because American fads tend to be adopted by other countries with both positive and negative results.

The presentation will begin with a summary of the background of managed care and why it developed. To do this, it discusses the health systems and economic developments that preceded it.

It will then discuss what managed care is and how it developed in the United States. To do this, it deals with managed care as a way to provide care, to finance care and to control the costs of care.

It will then discuss what managed care wants in terms of patient care, patient satisfaction, quality and cost.

Finally, it will discuss the future of services in the US and elsewhere as managed care develops further and what may succeed this particular American novelty.

GENERAL PRACTITIONER REFERRALS: REASONS, EXPECTATIONS AND SATISFACTION

J. Taylor¹, Greig Wilkinson. ¹*North Mersey Community Trust, Arundel House, Sefton General Hospital, Liverpool L9 7JP, United Kingdom; University of Liverpool, PO Box 147, L69 3BX, United Kingdom*

Aim Survey of General Practitioners (Gps) referrals to a shifted outpatient psychiatric clinic in a primary care health centre.

Method Gps were contacted as soon as possible after receipt of a referral letter and a semistructured questionnaire completed. Gps reinterviewed about satisfaction with the referral. Health of the Nation Outcome Scales completed on all patients at start and end of episode.

Results 42 patients were referred over 9 months. The mean age was 36.5 years and 50% were male. 79% (33/42) of patients attended the clinic after an average wait of 31 days. The commonest diagnosis was depression (52%) and two thirds of patients had no past psychiatric history. Referral was usually initiated by the Gp (72%) or patient/family (20%). The main reasons were failure of response to GP treatment (47%), diagnosis eg severe depression (20%), risk to others (5%) and other behavioural/social disturbance (20%). Gps only wished to continue managing a quarter of patients and the main expectation was that the psychiatrist would use their specialist skills to treat the patient (25/40, 62%) and not refer straight back to the Gp.

Conclusion Gps refer patients who don't get better or who are severely ill and expect the psychiatric services to treat them. Further work will look at Gp satisfaction with the referral and compare that to patient outcome.

PSYCHOPATHOLOGY AND ABNORMAL BEHAVIOUR IN THE TEMPORAL LOBE EPILEPSY

M.V. Usyukina. *Serbysky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, 23, Kropotkinsky per., 119839, Moscow, Russian Federation*

Objective. Determination of interrelations between psychopathological states and abnormal behaviour in subjects suffering from the temporal lobe epilepsy. **Method.** Clinical and EEG examination of 58 epileptic patients, who underwent forensic psychiatry evaluation. Alterations in the temporal lobe prevailed in 37 patients. **Results.** 80% of the examined demonstrated homicidal behaviour. In 55% of

cases aggressive behaviour was directly associated with paroxysmal disorders; in 35% it was conditioned by epileptic alterations of the personality; in 10% aggressive acts were determined by the content of hallucinatory and delusional experiences. **Conclusion.** The revealed interrelation of abnormal behaviour with different psychopathological states allows to put forward the system of clinical criteria for the expert evaluation of subjects with the temporal lobe epilepsy.

LA PSYCHIATRIE: UN CHAMP CLINIQUE EN DIVISION

H. Van Hoorde. *Vrijheidslaan, 4, B-9000 Gent, Belgium*

Dire toute la vérité sur "la" psychiatrie est une illusion, de la même façon que l'unité du sujet est perdue. En tant que science clinique la psychiatrie est marquée dans le champ de la médecine par son objet. Cet objet, le sujet et son discours, est d'ordre historique et ne se laisse réduire d'aucune manière au statut d'objet d'observation et d'expérience dans le sens des sciences naturelles: un reste irréductible demeure par le biais duquel l'inconscient *divise* tant patient que chercheur. La clinique psychiatrique ne peut se concevoir en dehors du transfert. Le scientifique tente de s'armer contre cette subjectivation.

Le point de départ de toute forme de psychiatrie en tant que pratique clinique est le cas, l'étude du cas. Dans ce sens la psychiatrie se développe sur les fondements de la clinique médicale née au courant du siècle passé.

Trois positions peuvent être distinguées. La clinique avec le signifiant se désintègre et résulte dans une clinique du signe avec, en psychiatrie, un courant qui résulte dans une clinique de l'histoire subjective de la souffrance. Cette clinique doit virer dans une clinique du signifiant, qui peut enfin assumer sa fonction de science du sujet.

Tout retour à une clinique avec le signifiant est un mouvement de régression qui fait écran pour le psychiatre face à l'histoire et la souffrance, face au sujet. Ceci vaut également pour la simple application de signifiants empruntés à un savoir (scientifique) sans référence aux signifiants du patient.

L'appareil psychique est inconcevable sans substrat biologique, somatique; les troubles, tant anatomiques que physiologiques, du substrat somatique sont traduits au niveau psychique par des troubles psychiques; tous les troubles psychiques ne sont pourtant pas soumis à l'envers de cette logique. Quand il s'agit de la position du sujet et sa souffrance, le signifiant est le substrat par excellence. L'approche du problème de la structure exige qu'il soit tenu compte de l'inconscient et de l'insertion du sujet dans l'ordre symbolique, corrélat du langage. L'importance de l'histoire du sujet, de sa vie, ne peut être surestimée.

La psychiatrie est en tant que branche de la médecine une science clinique qui s'occupe de la souffrance psychique et dans laquelle se développe un savoir à partir du cas particulier en relation avec des lois générales. Elle est une pratique de la parole, même si le psychiatre se fait assister par d'autres techniques, et sa démarche est soumise aux principes rigoureux de la clinique médicale. Ces principes amènent pour la psychiatrie à diviser son champ clinique: à côté d'une clinique du signe, dont le substrat est somato-physiologique, vaut la clinique du signifiant, dont le substrat est psychique, c'est à dire le signifiant en tant que tel. L'asymétrie entre les deux champs cliniques marque le manque central de la psychiatrie.

Science clinique, la psychiatrie fonde son existence sur ce manque, tout comme le sujet n'est sujet que par la division dont il est marqué. Tout projet désobjectivant et donc totalitaire menacera de ce fait l'existence même de la psychiatrie. Ceci vaut pour tout essai de réductionnisme, de quel bord qu'il soit.