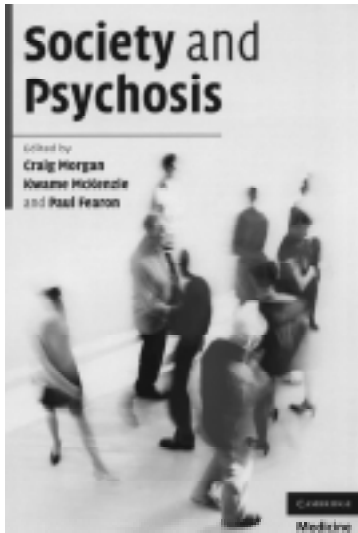




Morgan C, McKenzie K, Fearon P. *Society and Psychosis*. Cambridge University Press. Cambridge; 2008, s. 255. ISBN 978-0-521-68959-5.



Oceniana książka dotyka wieloaspektowo i w szerokim zakresie zagadnień związanych z zaburzeniami psychotycznymi. Skupia się na współdziałaniu czynników biologicznych, intrapsychoicznych oraz społeczno-środowiskowych w etiologii zaburzeń. W szczególności jednak zwraca uwagę na istotną rolę tych ostatnich w zapoczątkowaniu i przebiegu psychozy.

Na przestrzeni ostatniego półwiecza znacznie wzrosła ilość prac naukowych, w których omawiane są zagadnienia psycho-

społeczne w psychiatrii. Autorzy książki dostrzegając ten fakt starają się udowodnić, że nie istnieje antagonizm pomiędzy naukami społecznymi a psychiatrią, wręcz przeciwnie obie dziedziny mają szansę się uzupełniać. W przeszłości jednak bywało różnie. Podstawowa przyczyna konfliktu według autorów wynikała z założeń filozoficznych i metodologicznych, które charakteryzowały każdą z nauk. Pozycja psychiatrii jako specjalizacji medycyny umiejscawia ją wśród nauk przyrodniczych, w których dominującymi metodami badawczymi są: empiryczna obserwacja, testowanie hipotez, poszukiwanie możliwości obiektywnego zmierzenia danego zdarzenia, klasyfikowanie zjawisk oraz tendencja do wyjaśniania przyczyn przesłankami biologicznymi. Wszystko to razem może powodować sceptyczne podejście środowiska psychiatrycznego do użyteczności i wartości nauk społecznych skoncentrowanych na interpretacjach oraz nadawaniu subiektywnego znaczenia. W latach 60. i 70. ruch antypsychiatryczny był mocno wspierany przez osoby ze środowisk pozamedycznych, w tym przez przedstawicieli nauk społecznych. W odpowiedzi na zarzut, że psychiatria w sposób zbyt uproszczony rozumie zaburzenia psychiczne, że jest przesadnie „umedyczniona” i zbrutalizowana, medycy odcięli się od wpływów innych środowisk. Psychiatriści zapewniali wówczas o słuszności swojego podejścia, przeciwstawiając je podejściu przeciwników, wskazywanemu jak nienaukowe. Ten stan rzeczy trwał do końca lat 70. i jego dziedzictwem jest między innymi brak zaufania, które nadal trudno przełamać, mimo wielu wartościowych prac, powstałych w wyniku współpracy między psychiatrami a socjologami.

Przedstawiana publikacja przedstawia możliwe połączenie punktów widzenia reprezentowanych przez obie dziedziny wiedzy. W 1966 roku Thomas Scheff zaproponował teorię mówiącą o zachowaniach dewiacyjnych jako wyjaśnieniu powstawania zaburzeń psychicznych. Teoria ta starała się wyjaśnić, dlaczego niektóre zachowania są określane jako dewiacyjne, a inne nie. W świetle przytaczanej przez niego definicji dewiacja nie jest określona przez naturę czy rodzaj aktu, a poprzez społeczną odpowiedź na tenże akt. Jedną z książek Howarda Beckera zawiera interesujący opis. Otóż grupa społeczna tworzy zasady i normy, których przekroczenie może prowadzić do aktu dewiacyjnego. W podejściach relatywistycznych

dewiacja określana jest jako zachowanie, które zostało w taki właśnie sposób zdefiniowane przez społeczność. Ta definicja przydana osobie staje się etykietą, skrótem myślowym, która może stać się podstawą tożsamości jednostki. Scheff uważał, że zaburzenia psychiczne są rodzajem łamania zasad. W świetle jego teorii samo złamanie norm przez potencjalnego pacjenta jest aktem dewiacyjnym pierwotnym. Osoba taka zaczyna jednak być traktowana jak „chora psychicznie”, co z kolei wtórnie prowadzi do stereotypizacji i ukształtowania u niej postawy dewiacyjnej i stałego już powtarzania i łamania zasad.

Ciekawym nawiązaniem jest przedstawienie koncepcji społecznej rozwoju psychozy, wedle której istnieje odwrócona zależność pomiędzy zorganizowaniem społecznym a wskaźnikiem zaburzeń psychicznych. Niższy stopień zorganizowania (słabszy poziom komunikacji pomiędzy uczestnikami, większy poziom izolacji) prowadzi za sobą wyższy wskaźnik zaburzeń psychicznych.

Autorzy proponują zwrócenie uwagi nie tylko na wymiar intrapsychoiczny czynników etiologicznych psychozy. Równie ważnym wydaje się umiejscowienie tych czynników w kontekście społecznym. Jako przykład wpływu społeczeństwa na rozwój zaburzeń psychicznych można wymienić chociażby poziom urbanizacji. Urodzenie się i wychowywanie w mieście jest czynnikiem ryzyka rozwoju psychozy. Należy założyć (tak też czynią autorzy książki), że psychoza rozwija się w ciągu życia jako efekt nierównowagi między czynnikami propsychotycznymi i antypsychotycznymi. Wpływ tych czynników widoczny jest na każdym etapie zaburzenia. Można je rozpatrywać na wielu poziomach: genetycznym, metabolicznym, indywidualnym, interpersonalnym oraz środowiskowym.

Czy czynniki genetyczne mogą wiązać się ze środowiskowymi? Być może dla wielu odpowiedzi na to pytanie jest w oczywisty sposób negatywna. Tymczasem w jednym z badań, Van Os (2004) udowodnił, że osoby z rodzinnym wywiadem schizofrenii lub innych zaburzeń psychicznych mają większe prawdopodobieństwo zapaść na schizofrenię, jeśli mieszkają w mieście. Osoby zainteresowane wyjaśnieniem natury tej zależności odsyłam do książki. Wśród czynników biologicznych mających wpływ na rozwój zaburzeń autorzy wymieniają: różnego typu powikłania i komplikacje położnicze, infekcje, używanie substancji psychoaktywnych. Jako istotne czynniki środowiskowe wskazują: pozycję społeczną, stres, społeczną izolację. Autorzy wprowadzają pojęcie uwrażliwienia (*sensitizing*) oznaczające osiowy proces łączący zdarzenia zewnętrzne z podatnością osobową na rozwój zaburzeń psychicznych. Do uwrażliwienia może dojść w wyniku przeżycia zdarzeń traumatycznych, życia w środowisku wielkomiastowym czy też migracji. Rozumie się je jako zmianę reaktywności emocjonalnej, czyli spadek pozytywnych emocji i wzrost negatywnych pod wpływem wydarzeń życiowych. U osób z uwrażliwieniem i większą podatnością na rozwój zaburzeń psychotycznych obserwuje się zmiany emocjonalne w odpowiedzi nawet na drobne zdarzenia życiowe. Jest to wyraźniejsze w porównaniu z grupą kontrolną.

Zmiana sposobu reaktywności emocjonalnej wpływa najprawdopodobniej na aktywację osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej oraz doprowadza do nadaktywności układu dopaminowego. Jest to powszechnie znany mechanizm aktywacji osi stresu w sytuacjach doświadczenia traumy. Tu dowiadujemy się, że nie tylko trauma może prowadzić do trwałych jej zmian. Zdaniem autorów aktywność osi stresu jest łącznikiem między czynnikami biologicznymi i społecznymi.

Ostatni rozdział jest swoistym podsumowaniem, w którym autorzy krótko charakteryzują paradygmat poznawczo-behavioralny

rozumienia objawów psychotycznych, proponują szerokie spojrzenie na schizofrenię oraz zakreślają możliwości przyszłych badań.

Na zakończenie lektury uważnemu czytelnikowi zarysowują się istotne problemy mogące przybrać postać pytań: Czy postawienie rozpoznania schizofrenii nie jest aby etykietą? Czy rzeczywiście istnieje taki zespół objawów? Czy nie jest tak, że zostało stworzone pojęcie, a potem do niego dopasowano teorię lub wiele niepokrywających się teorii? Czy rzeczywiście schizofrenia to jedna choroba?

Powyższe pytania odzwierciedlają ważne dla współczesnej psychiatrii zagadnienia i wątpliwości. Dla wielu autorów jest to przestrzeń żywo toczących się licznych polemik, w których zajmowane są różne stanowiska. Wydaje się, że w psychiatrii istnieją dwie zasadnicze trudności, które korespondują z przedstawianym zagadnieniem: (1) wyznaczenie poziomu nasilenia danej cechy, od którego rozpoznajemy zaburzenie, (2) wyznaczenia granic owego zaburzenia przy założeniu, że wiele objawów w psychiatrii się na siebie nakłada.

Swego czasu pojawiła się, głównie w psychoterapii poznawczej, hipoteza kontinuum często stosowana do określania nasilenia zaburzeń nerwicowych. Są propozycje, na które powołują się autorzy książki, aby tę hipotezę zastosować do zaburzeń psychotycz-

nych. Wymaga to „rozluźnienia” pojęcia schizofrenii, wyodrębnienia poszczególnych objawów i przyjrzenia się im przez pryzmat owej hipotezy. Można dostrzec rozpiętość ilościowego nasilenia objawu – od „normalności” do choroby. Widać to w obserwacji chociażby tego, jak różne przekonania często nieadekwatne do rzeczywistości wypowiadają ludzie, jak różna jest ich sztywność i niemodyfikowalność. Kiedy określamy, że dany sąd już jest urojeniem? Psychoza jest złożonym zjawiskiem wymagającym za każdym razem od badającego olbrzymiej wiedzy o rzeczywistości i dużego dystansu względem własnego sposobu myślenia.

Moja osobista refleksja po przeczytaniu książki dotyczy także tego, na ile studia medyczne przygotowują potencjalnych adeptów psychiatrii do umiejętnego posługiwania się ukształtowanym na tych studiach własnym poznaniem w celu wniknięcia w osobisty i subiektywny świat pacjenta? Poznanie drugiego człowieka to w końcu nasze podstawowe narzędzie pracy. Mam nadzieję, że lektura książki pozwoli zbliżyć się Czytelnikowi do sedna własnego myślenia o psychozie.

Izabela Błaszczuk-Wiślińska

I Klinika Psychiatryczna IPI n w Warszawie

Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. The Guilford Press. New York; 2004, s. 219. ISBN: 978-1593851040



Skuteczność leczenia farmakologicznego w schizofrenii jest bezsporna. Zdecydowana większość pacjentów odnosi korzyść ze stosowania leków przeciwpsychotycznych. Istnieje jednak pewna grupa pacjentów niedostatecznie reagujących na farmakoterapię. Dotyczy to zwłaszcza osób, u których dominują objawy negatywne. Ponadto niedostateczny wgląd i objawy niepożądanego działania leków zmniejszają szansę na regularne stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich. W tego

typu sytuacjach wskazane może być zastosowanie odpowiednich form psychoterapii.

W 1952 roku Aaron Beck opisał pierwszy przypadek osoby z usystematyzowanymi urojeniami, która była z powodzeniem leczona metodą poznawczo-behawioralną z psychodynamiczną interpretacją objawów. Jednakże dopiero pod koniec lat 80. XX wieku rozpoczęto szerzej zakrojone badania oceniające skuteczność terapii poznawczej u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Obecnie dysponujemy wynikami opublikowanych 22 randomizowanych badań klinicznych, potwierdzających skuteczność terapii poznawczej w odniesieniu zarówno do zespołu objawów schizofrenii, jak i do indywidualnych objawów, takich jak omamy czy urojenia.

Autorzy omawianej książki – David Kingdon i Douglas Turkington – dzielą się swoim bogatym doświadczeniem badawczym i terapeutycznym w stosowaniu tej formy terapii.

Na pierwszych stronach książki autorzy stawiają pytanie: Czym jest schizofrenia? Zwracają uwagę na fakt, że mimo wprowadzenia kryteriów rozpoznania w systemach diagnostycznych, rozpoznanie schizofrenii dotyczy bardzo zróżnicowanej grupy osób

przejawiających odmienne zespoły objawów i wymagających innego podejścia terapeutycznego. Sam Bleuler używał określenia „schizofrenia” raczej w liczbie mnogiej mówiąc o „grupie schizofrenii”. Niektórzy badacze (np. Person 1986, Bentall i wsp. 1988) uważają, że w diagnostyce i terapii należy koncentrować się raczej na poszczególnych objawach niż na rozpoznaniu schizofrenii. Autorzy reprezentują stanowisko pośrednie. Uważają, że w obrębie nadrzędnego rozpoznania schizofrenii można wyróżnić podgrupy kliniczne.

Na podstawie szczegółowej analizy pierwszych epizodów psychotycznych wyróżnili cztery podstawowe grupy kliniczne. Każda grupa wymaga odmiennego sposobu prowadzenia terapii. W omawianej książce każdy wyróżniony typ psychozy został zilustrowany przypadkiem pacjenta. W kolejnych rozdziałach, przedstawiając konceptualizację przypadku, planowanie terapii i poszczególne techniki terapeutyczne, autorzy odwołują się do tych konkretnych przykładów. Oto charakterystyka wyróżnionych przez autorów podstawowych typów psychozy.

(1) *Psychoza związana z wrażliwością (sensitivity psychosis)*. Dotknięte nią osoby zazwyczaj są samotne i nieśmiałe. Zaburzenia rozwijają się stopniowo począwszy od wieku kilkunastu do dwudziestu kilku lat. Relatywnie niewielki stres (np. rozpoczęcie studiów, pierwsza praca) może zapoczątkować chorobę. Opiekunowie są zwykle bardzo zaangażowani – mają wysokie oczekiwania, są mobilizujący i wspierający. Pacjenci odczuwają presję, ale jednocześnie mają poczucie niemożności działania. Szczególnie częste są urojenia ksbne i odsłonięcia myśli. Występują nasilone objawy negatywne.

(2) *Psychoza związana z zażywaniem narkotyków (drug-related psychosis)*. Początkowo prezentuje się jako psychoza wywołana zażywaniem narkotyków (halucynogeny, amfetamina, kokaina, LSD, intensywne stosowanie kanabinoli). Występują nawroty lub stale utrzymują się objawy również w czasie abstynencji (potwierdzone badaniami laboratoryjnymi). Zdarza się, że rozpoznawane są jako zaburzeń osobowości lub jako szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych. Powtarzają się omamy i urojenia z pierwszego epizodu. Choroba zaczyna się zwykle w wieku kilkunastu do dwudziestu kilku lat. Pacjenci mogą prezentować „buntowniczą” osobowość. Pochodzą często z rozbitych rodzin. Opiekunowie są zazwyczaj niepewni, w jaki sposób mogą pomóc i w związku z tym mogą wobec pacjenta przyjmować postawy niejednoznaczne. Pacjenci często niedostatecznie współpracują z pracownikami służby zdrowia i opieki społecznej.