

nia psychiczne, w których filozoficzne podejście nabiera nieraz znaczenia kluczowego. Szczególnie szeroko została omówiona rola fenomenologii (poświęcono jej specyficznie aż cztery rozdziały, nie licząc licznych odniesień przy omawianiu innych tematów). Przeczytawszy je z pozycji początkującego psychiatry, pod studiami z natury bardziej biologicznych niż humanistycznych, trudno się nie zgodzić z tym, że zawsze trzeba zwracać uwagę na znaczenie, jakie przywiązuje do swoich dolegliwości i doznań chory, i starać się to znaczenie poddawać możliwie najwnikliwszej analizie. Jest to zgodne z definicją zdrowia WHO<sup>2</sup>.

Poza fenomenologami (Husserlem, Merleau-Pontym) najczęściej przywoływanym filozofem jest Wittgenstein. Zaznaczona jest też obecność Sartre'a i – oczywiście – Jaspersa. Dużo mniej miejsca poświęcono innym myślicielom. Niewiele jest odniesień do Lacana, Derridy czy Kristevej, których myśl mogłaby w sposób znaczący wzbogacić treść tego tomu. Zwraca uwagę zupełna nieobecność – jakże ważnych dla psychiatrii – marksistów i filozofów kościelnych. Niewiele też jest odniesień do filozofów nieeuropejskich – co nie powinno dziwić, jako że większość autorów wywodzi się ze Starego Świata.

Szczególnie ciekawe są dwa rozdziały z sekcji „Nowy rodzaj nauki” (od zwrotu „nowy rodzaj” zaczynają się zresztą tytuły

wszystkich, z wyjątkiem dwóch, sekcji książki), poświęcone badaniom nad lękiem oraz zmianom w semantyce i składni wypowiedzi pacjenta w trakcie psychoterapii. W tym ostatnim autorzy, Werdie van Staden i Christa Krüger, wskazali kierunek, jak statystycznie należy analizować dane z sesji psychoterapeutycznych, tak aby były wiarygodne nie tylko dla doświadczonych praktyków i filozofów.

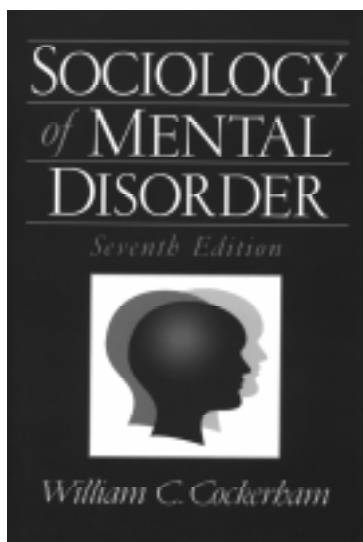
Książka kończy się alegorycznym, przewrotnym ostrzeżeniem przed „nowym rodzajem magii”. Alegorią zakończą też ten szkic na jej temat: w walce o swoje miejsce w psychiatrii filozofia, niczym żołnierze 93. Regimentu pod Bałakławą, stanęła „cienką czerwoną linią”<sup>3</sup>. Brytyjczycy musieli rozrzedzić sztyk, aby odeprzeć szarżę kilkakrotnie liczniejszej konnicy rosyjskiej. Kiedy Kozacy rozpoczęli odwrót, część Szkotów rzuciła się w pogoń. Zatrzymał ich głos feldmarszałka Campbella: „Dziewięćdziesiąty Trzeci! Do diabła z tym entuzjazmem!”

Z ciekawością i nadzieją można wypatrywać dalszych tomów z serii *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry*.

Jan Kobayashi

Klinika Rehabilitacji  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**Cockerham WC. *Sociology of Mental Disorder*, Seventh Edition, Pearson/Prentice Hall, New Jersey, 2006, s. 389, ISBN 0-13-192853-8**



Ta książka jest jednym z kilku podstawowych podręczników w programach nauczania z zakresu socjologii medycyny na wielu uczelniach amerykańskich, na wydziałach socjologii, zdrowia publicznego i medycyny. Potwierdzeniem jej znaczenia i rozpowszechnienia jest już 7 wydanie tej pracy, a pierwsze wydanie ukazało się w 1981 roku. Podręcznik jest systematycznie aktualizowany z każdym kolejnym wydaniem.

Jego autor jest uznanym socjologiem medycyny w USA i na świecie. Jego

prace szczególnie podręcznik socjologii medycyny, którego 10 wydanie jest obecnie w przygotowaniu, przetłumaczono na języki chiński, japoński, koreański, hiszpański i litewski. Prof. Cockerham specjalizuje się w międzynarodowych badaniach nad zdrowiem i stylami życia w kontekście socjologii medycyny, w tym problemami starzenia się, umieralności, długości i jakości życia i socjologii zaburzeń psychicznych. Przykładem jego jednej z najbardziej reprezentatywnych prac badawczych jest wydana w 1999 roku w Londynie i Nowym Jorku przez wydawnictwo Routledge książka pt. *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*.

*Socjologia zaburzeń psychicznych* Cockerhama jest najbardziej reprezentatywnym i wyczerpującym kompendium przedstawiającym w wielu perspektywach społeczny kontekst i socjologiczne uwarunkowania zachowań diagnozowanych jako zaburzenia i choroby psychiczne.

Autor tej recenzji korzystał w szerokim zakresie z tej książki opracowując rozdział pt. *Podstawy socjologiczne współczesnej psychiatrii* do I tomu podręcznika *Psychiatrii* pod redakcją Bilikiewicza, Pużyńskiego, Rybakowskiego i Wciórki

Recenzja podręcznika z określonej dyscypliny, a właściwie subdyscypliny naukowej jest zadaniem bardzo trudnym, gdyż wymaga wyboru i krótkiej prezentacji kilku najważniejszych problemów oraz współczesnej oceny miejsca i roli socjologii w psychiatrii. Skalę zagadnień poruszanych i dyskutowanych w tym podręczniku najlepiej charakteryzują tytuły i podtytuły 16 jego rozdziałów: problem definiowania zaburzeń psychicznych, typy zaburzeń psychicznych, koncepcje przyczyn i leczenia, zaburzenia psychiczne jako zachowania dewiacyjne, społeczna epidemiologia zaburzeń psychicznych; klasy społeczne, wiek, płeć, stan cywilny, życie w mieście lub na wsi, migracje, przynależność rasowa (etniczna) w aspekcie uwarunkowań społecznych zaburzeń psychicznych, poszukiwanie pomocy psychiatrycznej, doświadczenie w okresie przed leczeniem, doświadczenie i odgrywanie roli osoby chorej psychicznie na przykładzie schizofrenii, lęku i depresji, w roli pacjenta szpitala psychiatrycznego, w tym przyjęcie i leczenie dobrowolne lub przymusowe, życie w społeczności (*community*) w kontekście stygmatyzacji, reakcji rodziny i społeczności oraz przystosowania, psychiatryczna opieka środowiskowa w kontekście polityki społecznej, zaburzenia psychiczne i prawo oraz problem zaburzeń psychicznych w polityce społecznej wybranych krajów: Wielkiej Brytanii, Włoch, Niemiec, Chin, Japonii, a także Polski.

Polska jest opisana oczywiście w związku z naszą transformacją ustrojową na początku lat dziewięćdziesiątych i jej wpływem na zdrowie psychiczne Polaków.

Tradycyjnie autor podręcznika zaczyna od kontrowersyjnego problemu definiowania zaburzeń psychicznych i uznaje za najlepszą trójpunktową definicję zaproponowaną przez Spitzera i Wilsona (Cockerham 2006, s.4) we wstępie do DSM-III w 1975 roku.

Podobnie jak w podręcznikach psychologii klinicznej cały rozdział poświęcony jest przedstawieniu i opisaniu typów zaburzeń psychicznych na podstawie DSM-IV-TR, który amerykańskie towarzystwo psychiatryczne (APA) opublikowało w 2000 roku. Trwają prace nad kolejną wersją podręcznika diagnostyczno-statystycznego DSMV, który ma ukazać się w 2010 roku.

<sup>2</sup> Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Geneva, 1948

<sup>3</sup> William H. Russell, *The Times*, 1854

Prezentacja podstawowych diagnostycznych kategorii rozpoznania DSM IVTR jest dokonana z obszernym komentarzem socjologicznym do każdego rodzaju zaburzeń psychicznych lub grupy rozpoznanych psychiatrycznych.

W podsumowaniu tej amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych autor zaznacza, że najbardziej rozpowszechnione w USA są zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzenia afektywne (nastroju) i zaburzenia lękowe. Ponieważ w dalszym ciągu przyczyny tych zaburzeń nie są w pełni i dokładnie znane, to jednak społeczne czynniki i społeczne zachowania są często znaczące w diagnozie większości typów zaburzeń psychicznych.

Ocena przyczyn zaburzeń psychicznych i ich leczenia zależy od stosowanego modelu w psychiatrii. W literaturze najczęściej opisuje się 5 podstawowych modeli: medyczny, psychoanalityczny, społecznego uczenia się (modyfikacja zachowań), społecznego stresu i antypsychiatryczny. Relatywnie najbardziej dominujący zawsze był model medyczny z oczywistego powodu, że psychiatria jest dziedziną medycyny. Niestety żaden z tych modeli nie dostarcza wyczerpującego i satysfakcjonującego pełnego wyjaśnienia uwarunkowań zaburzeń psychicznych, ale obecnie na początku XXI wieku najważniejszy z punktu widzenia przyszłości psychiatrycznej praktyki jest model medyczny w związku z ogromnym rozwojem terapii lekowych, badań neurochemicznych i genetycznych.

Model psychoanalityczny pozostaje w USA wpływowy, ale dużo mniej niż w przeszłości. Model społecznego uczenia się jest głównie popularny wśród psychologów klinicznych w związku z rozwojem metod psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Najbardziej obiecującym dla badań jest zdaniem autora model stresu społecznego, ponieważ jeszcze na wiele pytań trzeba szukać odpowiedzi i w tym modelu możliwe są znaczne postępy w rozwoju skutecznej terapii. Model antypsychiatryczny ma już raczej zasługi historyczne w lepszym zrozumieniu jak społeczne i kulturowe standardy zachowań pomagają ocenić kto jest, a kto nie jest chory psychicznie.

Można podsumować, że każdy z tych modeli ma coś do zafelowania w wyjaśnieniu przyczyn i metod leczenia. Chociaż model medyczny jest najważniejszy i podstawowy dla całego systemu lecznictwa psychiatrycznego, to dla skuteczności leczenia i badań nad uwarunkowaniami zaburzeń psychicznych pozostałe cztery modele mogą i wnoszą swój znaczący wkład na zasadzie komplementarności.

Společne uwarunkowania zaburzeń psychicznych zostały już w znacznej większości zbadane i opisane, ale pozostało znaczne pole do studiów nad społecznym stresem i należy pamiętać, że pomimo wielkiego postępu badań nad mózgiem, badań neurofizjologicznych neurochemicznych i genetycznych, to dalej obowiązuje paradygmat, że przyczyny zaburzeń i chorób psychicznych są kombinacją czynników genetycznych, biochemicznych i społeczno-kul-

turowych, a ich wzajemne relacje i stopień ważności zależą od typu zaburzenia psychicznego. W przypadku zaburzeń psychotycznych oczywiście większą rolę odgrywają czynniki biologiczne, a w przypadku zaburzeń nie psychotycznych rośnie rola czynników psychospołecznych i kulturowych.

Prawdziwe, realne rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w populacji jest jednym z ważnych praktycznie i interesujących problemów psychiatrycznej epidemiologii. W latach 80. i 90. znacznie rozwinęły się populacyjne narzędzia badania stanu zdrowia psychicznego. Powstał CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) na podstawie DSMIII-R we współpracy z WHO, który może być stosowany przez przeszkolonych ankieterów, a nie jak dotychczasowe narzędzia tylko przez psychiatrów. Na początku lat 90. przeprowadzono dwa duże badania na 2 dużych reprezentatywnych próbach dorosłej ludności (ponad 8 000 i 20 000 respondentów) w USA z użyciem CIDI. Jedno NCS (*National Comorbidity Survey*) wykazało, że w okresie całego życia blisko połowa dorosłej populacji ma lub miała zaburzenia psychiczne, a drugie badanie ECA (*Epidemiologic Catchment Area*), że około jednej trzeciej. Te szacunki zrewidowano w 2002 roku i w badaniu ECA stwierdzono, że w okresie całego życia tylko u 17% osób dorosłych wystąpiły zaburzenia psychiczne, a w badaniu NCS u 32%, ale różnica wynikała z liczenia w drugim badaniu tylko objawów „znaczących klinicznie”. Także różnice między rezultatami obu sondaży miały swoje źródło w innym doborze próby, gdyż nie były one w pełni porównywalne.

Te przykłady ilustrują bogactwo problemów i tematów przedstawionych w recenzowanym podręczniku. Należy pamiętać, że większość tych zagadnień jest opisane z perspektywy amerykańskiego systemu opieki psychiatrycznej, w tym szczególnie opieki środowiskowej, a także amerykańskiego systemu prawnego.

Znaczna jednak większość opisanych i diskutowanych w tym podręczniku procesów i czynników społecznych, które wpływają na przebieg i występowanie zaburzeń psychicznych oraz status pacjenta ma uniwersalistyczny charakter i odnosi się do większości krajów, w tym Polski, ich systemu opieki psychiatrycznej i jego pacjentów. Dotyczy to szczególnie wszystkich społecznych uwarunkowań i czynników, które obejmują wpływ zmiennych socjodemograficznych, postawy wobec psychiatrii, zaburzeń psychicznych i osób chorych, rolę społeczną i funkcjonowanie chorego w społeczności, część systemu prawnego w kontekście terapii zaburzeń psychicznych i różne implikacje społeczne środowiskowego modelu lecznictwa psychiatrycznego.

Włodzimierz. A. Brodński

Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia

Pracownia Suicydologiczna

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie