

Autor przestrzega przed, jakże powszechnymi i atrakcyjnymi uproszczeniami, na przykład sprowadzaniem zachowania pacjenta tylko i wyłącznie do jednostki chorobowej; zmian metabolicznych mózgowym albo obciążen rodzinnych. Zwraca uwagę na obronne reakcje terapeutów pojawiające się w odpowiedzi na znaczne obciążenie psychiczne i wewnątrzpsychiczne konflikty powstające w wyniku kontaktu z osobą z psychozą, między innymi własnym poczuciem bezsilności, lękiem czy złością.

Bock promuje zmianę perspektywy w terapii psy-

choz. Uważa, że osoby chorujące psychicznie nie należy rozpatrywać wyłącznie jako nośnika objawów, a stawianie znaku równości między pojęciem zdrowia i brakiem objawów jest niewłaściwe, natomiast koncentracja tylko na stłumieniu objawów jest niewystarczająca i mija się z właściwym celem. Proponuje on pojęcie *recovery* (ang. powrót, odzyskanie), szersze, obejmujące również dobre jakościowo (zdrowe) życie z chorobą, uwzględniające satysfakcję

nujące funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie oraz to co najważniejsze czyli poczucie niezależności.

Autor przedstawia pogląd i wyraża większy niepokój zbyt uległym zachowaniem i bezdyskusyjnym poddawaniem się pacjenta zaleceniom, natomiast brak współpracy z jego strony (*noncompliance*) traktuje raczej jako wskazówkę. Co więcej, w oporowym zachowaniu osoby z psychozą upatruje oprócz trudności i wyzwania, jego usiłowania do podjęcia dialogu w swoistym języku, w którym w specyficzny sposób porozumiewa się z otoczeniem. W jego oporze widzi wewnętrzny potencjał, a może nawet szansę lepszego rokowania niż w przypadku pacjentów bezdyskusyjnie i jakby bezwolnie poddających się szeroko pojętej standardowej terapii.

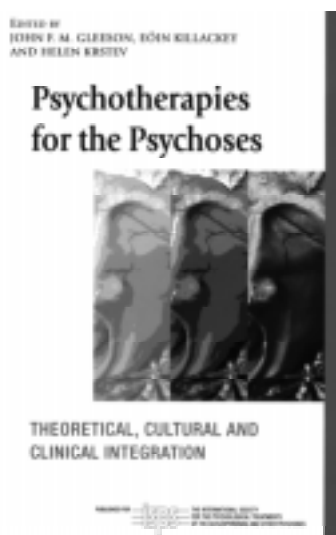
W książce zamieszczona została również rozmowa z Dorothea Buck, która prowadzi z autorem warsztaty na temat psychozy. Dorothea Buck, od wielu lat chorująca na schizofrenię, w rozmowie tej opowiada o swoich przeżyciach, doświadczeniach psychotycznych oraz ich znaczeniu dla niej samej. Wspólnie z Thomasem Bockiem próbują odpowiedzieć na pytanie, co oznaczają pojęcia wgląd i współpraca w przypadku osoby z psychozą i czym właściwie jest psychoza.

Książka Thomasa Bocka *Eigensinn und Psychose. „Noncompliance” als Chance* jest interesującą pozycją przedstawiającą alternatywne spojrzenie na tzw. „trudnych pacjentów” i ich terapię. Mam nadzieję, że wkrótce ukaże się również jej polskie tłumaczenie.

Anna Leszczyńska

III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie

**Gleeson JFM, Killackey E, Krstev H. *Psychotherapies for the psychoses. Theoretical, cultural and clinical integration*. London. New York. Routledge; 2008. s. 269. ISBN 978-0-415-41192-9.**



Książka została wydana jako zbiór artykułów, w których przedstawiane są najważniejsze zagadnienia poruszane na XIV Konferencji organizowanej przez Międzynarodowe Towarzystwo Psychoterapii Schizofrenii (ISPS). Konferencja odbyła się w Melbourne w 2003 roku.

Książka składa się z trzech głównych części, które obejmują zagadnienia dotyczące: próby zintegrowania wiedzy teoretycznej w zakresie psychoterapii psychoz, zastosowania jej w praktyce

psychoterapeutycznej oraz konkretnych programów leczenia.

Najważniejsze pytanie, jakie stawiają sobie autorzy brzmi: *Czy w leczeniu zaburzeń psychotycznych oddziaływania terapeutyczne oparte na przesłankach biologicznych mogą być zintegrowane z oddziaływaniami psychologicznymi?*

Aby odpowiedzieć na tak postawione pytanie w pierwszych rozdziałach książki autorzy rozpoczynają rozważania od przedstawienia modelu „biopsychospołecznego” Zubina i Springa (1977). Jego powstanie przełamywało kraepelinowski pesymizm odnośnie

etiologii schizofrenii. Schizofrenia w świetle tego modelu nie jest zaburzeniem zdeterminowanym wg wzoru dezintegracji funkcji psychicznych, otępienia. Niemniej jednak modelowi temu również zarzucany był redukcjonizm czy też brak odniesienia do subiektywnej oceny wydarzeń wpływających na epizod psychotyczny. Model uwrażliwienia (diatezy, podatności na zranienia, *vulnerability*) Zubina stał się podstawą do tworzenia innych, mniej lub bardziej skomplikowanych modeli etiologicznych np.: heurystycznych modeli Nuechterleina i Dawsona, modelu Ciompięgo oraz najbardziej odbiegającego od pierwotnego modelu Carlo Perrisa. Ten ostatni, tak napisał o dokonaniu Zubina i Springa: „Każdy z nas jest obdarzony swoistym poziomem uwrażliwienia, które przy sprzyjających okolicznościach może uwidocznić się w określonych objawach psychopatologicznych. Obraz taki może również przypominać symptomatologię schizofrenii” (Perris, 1998).

Współczesne modele uwrażliwienia, powstałe w latach 90-tych, przesuwają się od teorii związanych z poziomem społecznym w stronę teorii skupiających się na znaczeniu poziomu intrapsychicznego.

Czy jednak tworząc modele integracyjne gotowi jesteśmy w sposób rzeczywiście zintegrowany leczyć i rozumieć pacjentów? Na tyle wszechstronnie, aby dostrzec to, co się dzieje z pacjentem i wnikać w jego potrzeby? Wydaje się, że w sensie praktycznym, właściwe jest aby terapeuta mógł integrować w swojej pracy umiejętności z różnych obszarów wiedzy. Z drugiej jednak strony ów eklektyzm psychoterapeutyczny nie powinien maskować mało precyzyjnej konceptualizacji przypadku. Eklektyzm i integracja mogą pojawiać się na kilku poziomach: osobowym i rodzinnym, osób zajmujących się zdrowiem psychicznym, organizacji i całego systemu ochrony zdrowia. Według autorów działania lecznicze powinny współdziałać na wyżej wymienionych poziomach. Pominiecie któregoś z nich obniży efektywność systemu terapeutycznego jako całości.

W jednym z rozdziałów autorzy nawiązując do koncepcji psychoanalitycznych schizofrenii, odnoszą się do jej długiej historii oraz dotykają zarówno kontekstu uwarunkowań rodzinnych, jak

i rozumienia objawów. Jedną z istotnie nowych teorii jest „teoria deficytów w teorii umysłu” Fritha. Według tej teorii wiele objawów może być rozumianych w kategoriach dysfunkcji neuropsychologicznych. Teorie psychodynamiczne rozumieją powstawanie objawów wytwórczych jako efekt obrony przeciwko sprzecznym motywacjom, dążeniom, popędom. Autorzy uważają, że to, co w koncepcjach psychodynamicznych opisywane było jako objawy pozytywnie, może być zniekształceniem w zakresie procesów poznawczych i może skłaniać do próby wyjaśnienia deficytów w przetwarzaniu informacji zgodnie z teorią umysłu. Połączenie (zintegrowanie) obu teorii może pozwolić na szersze rozumienie pacjentów ze schizofrenią. Po raz pierwszy pojęcie teorii umysłu zostało zaproponowane przez Premacka oraz Woodruffa. Mówi ona o istnieniu specyficznej zdolności rozumienia aktywności ludzi na podstawie posiadanych teorii zawartych w systemach pojęciowych. Według Fritha dysfunkcja może się pojawić na trzech poziomach postrzegania innych i siebie. Po pierwsze na poziomie zachowań celowych, zamierzonych, w których osobie trudno dostrzec jej osobistą intencję lub wolę. Drugi poziom wiąże się z zaburzoną automonitorowaniem i identyfikacją, w którym dochodzi do zmniejszenia poczucia podmiotowej kreacji myślenia i zachowania, a trzeci z zaburzeniami czytania intencji, zachowań, pragnień i myśli innych ludzi. Istnieje wiele dowodów na to, że u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii dochodzi do deficytów wskazywanych w *Theory of Mind* (ToM). Może to odpowiadać za wysoki poziom zaburzeń myślenia, organizacji poznawczej oraz pamięci werbalnej. Wiele wskazuje na to, że wyżej wymienione deficyty związane są z trudnościami w zakresie relacji społecznych. MacKay w uzupełnieniu do powyższej teorii stwierdził, że zakłócenia spostrzegania, zniekształcone przetwarzanie informacji oraz stosowanie obron mogą w znacznym stopniu przyczynić się do takich objawów wytwórczych, jak halucynacje. Autorzy zachęcają do stosowania w praktyce obu modeli, które należałoby traktować jako zintegrowany model dwu-czynnikowy.

Ciekawy fragment książki stanowią dyskusje autorów na temat integracji podejść biologicznych, psychologicznych oraz społecznych. Autorzy przestrzegają przed nadmiernie posuniętym redukcjonizmem. Przytaczane są krytyczne dyskusje na temat badań nad schizofrenią (CATIE, PORT).

W kolejnych rozdziałach opisane są modele postępowania związane z rozpoznawaniem pierwszego epizodu psychozy, w każdym z nich uwagę przykłada fakt istnienia dobrze opracowanych projektów z określonymi standardami postępowania.

Autorzy zachęcają do spojrzenia na zaburzenia psychiczne poprzez kontekst kulturowy. Sugerują, aby w procesie rozumienia psychopatologii, przebiegu zaburzenia oraz opracowywania strategii leczenia brać pod uwagę uwarunkowania kulturowe. Omówienie tego problemu następuje poprzez przedstawienie modeli wypracowanych w trakcie obserwacji przypadków zachorowań w kulturach maurytyjskiej oraz indyjskiej.

Osobnym, bardzo szeroko omówionym zagadnieniem jest podejście do objawów prodromalnych psychozy oraz wobec pacjentów, którzy przeżyli pierwszy epizod psychotyczny.

Autorzy w wielu miejscach omawiają z pozoru oczywiste problemy, które jednak w patrzeniu na pacjentów z psychozą są często pomijane. Zbyt często sugerujemy się rozpoznaniem, zbyt rzadko natomiast analizujemy wszystko to, z czym przychodzi pacjent. W jakim momencie jego życia doszło do psychozy? Jakie są jej konsekwencje? Jakie główne emocje związane są z tym epizodem? Jak wpływają na funkcjonowanie pacjenta, jaka jest jego osobowość, sytuacja rodzinna? Czy pacjent posiada wsparcie rodzinne? Praca z pacjentami skoncentrowana powinna być na pacjencie i jego potrzebach, otoczenie pacjenta powinno być wspierające a terapeuta autentyczny i empatyczny.

Na szczególną uwagę zasługuje także rozdział, w którym doświadczenie psychozy opisane jest w kilku wymiarach: inwalidacji – walidacji, fragmentacji-integracji oraz spirytualności. Doświadczenie psychozy tak rozpatrywane wzbogacone jest o wymiar filozoficzny – ontologiczny oraz epistemologiczny.

Książka porusza wiele wątków, próbuje w sposób zintegrowany przedstawić i zinterpretować tak niejednorodne doświadczenie, jakim jest psychoza. Rozpatruje treść doznań psychotycznych w kontekstach kulturowych, proponuje programy terapeutyczne, dyskutuje nad nowymi teoriami. Znacząco ma szansę poszerzyć podstawową wiedzę psychiatryczną w tym zakresie.

*Izabela Błaszczuk-Wiślińska*

I Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie

**Semple D, Smith R, Burns J, Darjee R, Macintosh A. Oksfordzki podręcznik psychiatrii.** Wydawnictwo Czelej. Lublin; 2007 (wyd. polskie pod red. Prof. Anny Grzywy), s. 1124. ISBN 978-60608-12-8.

Nakładem lubelskiego Wydawnictwa Czelej ukazało się polskie wydanie kolejnego z serii oksfordzkich podręczników medycznych – „Oksfordzki podręcznik psychiatrii” pod redakcją prof. Anny Grzywy. Pierwotnie pozycja ta opublikowana została przez *Oxford University Press* w 2005 roku.

Na 1152 stronach, podzielonych na 24 rozdziały, zamieszczono informacje przydatne zarówno doświadczonemu, jak i początkującemu psychiatrze. W pierwszym rozdziale autorzy definiują chorobę psychiczną i podejmują próbę określenia roli psychiatrii w procesie zdrowienia. Dzieli się również przemyśleniami na temat stygmatyzacji, antypsychiatrii i leczenia wbrew woli. Kilka akapitów poświęcają historii psychiatrii. W kolejnych dwóch rozdziałach przypominają podstawowe pojęcia z zakresu psychopatologii oraz podpowiadają jak zebrać wywiad i przeprowadzić badanie psychiatryczne. Dla ułatwienia przedstawiają przykładowe pytania i użyteczne narzędzia kliniczne. Rozdział czwarty poświęca



więcej kluczowym pojęciom medycyny opartej na dowodach naukowych. Instruuja jak radzić sobie w gąszczu dostępnych publikacji, jak wybierać te wartościowe i jak je odczytywać, a także jak wyciągnąć z nich wnioski stosować w praktyce klinicznej. Większą część podręcznika (kilkanaście rozdziałów) stanowi charakterystyka poszczególnych zaburzeń (uporządkowanych zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami), metod ich rozpoznawania i leczenia. W odrębnych rozdziałach autorzy podejmuja kwestie związane z psychiatrią są-