

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 pozytywne, 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 przykuwa 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 poświęcają



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-

dową i konsultacyjną, opisują wymagające szczególnej uwagi sytuacje kryzysowe oraz podkreślają trudności diagnostyczne i terapeutyczne, jakie mogą wynikać z uwarunkowań kulturowych. Omówienia wzbogacają wskazówkami opartymi na własnym doświadczeniu klinicznym. Zajmują się również zagadnieniami prawnymi i etycznymi. Niestety, podręcznik nie zawiera aktów prawnych obowiązujących w Polsce. Także część przytaczanych w nim wytycznych i adresów przygotowana została wyłącznie z myślą o lekarzach z Anglii, Walii, Szkocji, Irlandii Północnej i Republiki Irlandii.

Podręcznik przedstawia nowoczesną wiedzę w zwartej i przejrzystej formie. Tekst jest podzielony na krótkie akapity, pełen haseł, wypunktowań i tabel. Odczytywanie skrótów i symboli ułatwia za-

mieszczony na początku słowniczek. Liczne odnośniki i przywołania zachęcają do poszukiwania bardziej wyczerpującej literatury.

Dodatkowym, godnym uwagi atutem podręcznika jest jego poręczność – stosunkowo niewielkie, rozmiary i miękka, gumowa okładka umożliwiają posługiwanie się nim nie tylko w codziennej pracy klinicznej, ale i w mniej typowych okolicznościach.

Wydaje się, że wobec współczesnego stylu pracy lekarzy, wymagającego umiejętności szybkiego pozyskiwania merytorycznej wiedzy, „Oksfordzki podręcznik psychiatrii” może okazać się szczególnie użyteczną pomocą.

Zofia Pelc

I Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie