

Koleżanki i Koledzy!

Zapraszając do lektury sierpniowego numeru *Psychiatrii po Dyplomie*, chcę zwrócić uwagę na tematycznie zróżnicowanie publikowanych tekstów.

Pierwszą grupę stanowią dwa artykuły podejmujące często niedostatecznie podkreślany temat oceny ryzyka stwarzanego przez niektóre problemy kliniczne. Darjee i Russel omawiają problem oceny ryzyka związanego z podejmowaniem działań przestępczych przez osoby z zaburzeniami seksualnymi. Temat sam w sobie ryzykowny ze względu na jego publiczny wydzźwięk i często medialne nagłośnienie. Doświadczaliśmy tego także całkiem niedawno w Polsce. Autorzy, doświadczeni diagności, przytaczają szereg obserwacji i podpowiadają wiele praktycznych uwag pozwalających dzięki wnikliwej i kompetentnej diagnostyce na uniknięcie błędów i ograniczenie ryzyka powrotu pacjenta do działań przestępczych. Wydaje się, że mogą one być przydatne, nawet mimo odmienności uwarunkowań prawnych, społecznych i kulturowych w Polsce w stosunku do sytuacji sprawców przestępstw seksualnych w Zjednoczonym Królestwie. Z kolei artykuł Carrolla podejmuje w kontekście w oceny ryzyka przemocy w psychiatrii sądowej ciekawą dyskusję na temat przeciwstawnej (z pozoru?) roli myślenia intuicyjnego i myślenia roztropnego (deliberative). Autor wyraźnie stara się dowartościować intuicję klinicysty, a przywracając jej szlachectwo, nie obniża jednak rangi postępowania



bardziej przemyślanego (roztropnego). Jego zdaniem, w ich umiejętnymłączeniu może tkwić szansa bardziej elastycznej i trafnej oceny ryzyka.

Druga grupa tekstów skupia uwagę na dwóch metodach psychoterapeutycznych uważanych za przydatne w leczeniu depresji. Williams i Kuyken wskazują na znaczenie odmiany terapii poznawczej wykorzystującej tzw. uważność (mindfulness) w pomocy chorym z kolejnym nawrotem depresji, natomiast Kanter i wsp. przekonują do działań o charakterze aktywacji behawioralnej. Interesujące, że w obu przypadkach mamy do czynienia z podejściami dość zdroworozsądkowym, a w przypadku aktywacji behawioralnej z postępowaniem,

które nie wymaga długotrwałego i wyszukanego szkolenia, a mimo to przynoszącymi istotny pożytek chorym, a także korzyści dla systemu opieki zdrowotnej.

Trzeci temat podjęty przez Jägera i wsp. dotyczy dyskusji związanej z próbami krytycznego spojrzenia na pojęcie schizofrenii, a nawet próbami jego dekonstruowania, rozważanymi w trakcie prac nad nowymi wersjami klasyfikacji psychiatrycznych. Temu, moim zdaniem, niezwykle interesującemu i ważnemu dla myślenia psychiatrycznego tematowi poświęciłem oddzielny komentarz, zamieszczony po artykule. Zachęcam więc do refleksji i dyskusji.

Życzę uważnej i owocnej lektury.

Jacek Wciórka