

OMÓWIENIA KSIĄŻEK I CZASOPISM

Michael I. Levi

ZARYS PSYCHIATRII

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, str. 167

Autor książki, kierując ją do szerokiego kręgu odbiorców, sądzi, że takie kompendium wiedzy z ogólnej psychiatrii dorosłych może być podstawą do zdania (brytyjskiego) egzaminu specjalizacyjnego z psychiatrii. Profesor Stanisław Pużyński, redaktor naukowy tłumaczenia, w przedmowie pisze, że jej adresatami są głównie lekarze innych niż psychiatria specjalności, chociaż może być pożyteczna dla psychiatrów. Osobiście sądzę, że to zwięzłe kompendium przyda się zarówno tym, którzy są przed, jak i tym już po egzaminie specjalizacyjnym z psychiatrii. Niemal każdy potrzebuje, czasami, takiej „ściągi”. Wartość książki podnoszą przypisy redaktora naukowego tłumaczenia, dotyczące zwłaszcza farmakoterapii.

Książka składa się z 13 rozdziałów, od poświęconego badaniu stanu psychicznego po stany nagłe w psychiatrii. Ten ostatni rozdział jest dość zdawkowy, ale uzupełnia go odsyłacz do odpowiedzialnej polskiej publikacji. Rozdziały poświęcone chorobom/zaburzeniom psychicznym podają ich zwięzłe definicje, przedstawiają epidemiologię, obraz kliniczny, różnicowanie, leczenie i rokowanie.

Wszelkie uwagi dotyczące tłumaczenia byłyby „czepianiem się”. Dobrze, że dr Roman Krysztofiak podjął się tego trudu. Więc tylko kilka drobnych uwag. W dostępnych mi podręcznikach nie natknąłem się na „sztywność woskową”, wszędzie mowa jest o „giętkości”. Może jednak niedokładnie szukałem. W polskich podręcznikach znajdują się też udane tłumaczenia niemieckich terminów psychopatologicznych. Wprowadzanie zaś pojęć angielskich wydaje się zbędne.

Sama treść książki budzi miejscami wątpliwości. Sądzę, na przykład, że nierzeczywiste spostrzeżenie można nazwać omamem, gdy towarzyszy temu błędny sąd realizujący (brak wglądu). Ma to, moim zdaniem, znaczenie dla wyboru terapii – neuroleptyk lub inna metoda leczenia. Niejasny jest pkt V obrazu klinicznego zaburzeń dysocjacyjnych/konwersyjnych. Wątpię też, by bóle należały do obrazu klinicznego tych zaburzeń. Nad tym, czy w schizofrenii występują omamy wzrokowe, można dyskutować w nieskończoność. Za profesorami Tadeuszem i Adamem Bilikiewiczami sądzę, że nie występują. Sam też takiego przypadku nie spotkałem. Wyłączam tu pacjentów ze współistniejącymi chorobami oczu i/lub uszkodzeniami szlaków/pól wzrokowych. Zdarza się, że pacjent, z rozpoznaniem schizofrenii, relacjonuje jakieś nierzeczywiste zdarzenie tak, że trudno ocenić, czy o nim „wie”, czy je „widział” (dotyczy to nierzadko także chorych z depresją i manią). Przy dociekliwym badaniu okazuje się jednak, że „wie”. Dobrze, że autor ograniczył wskaźnik występowania zaburzeń afektywnych do 5%, rezygnując z przytaczania nawet kilkunastoprocentowych wskaźników występowania depresji. Ta bowiem staje się coraz bardziej jawiskiem socjologicznym a nie psychopatologicznym.

Kwestie terapeutyczne zajmują w książce najwięcej miejsca i obejmują nie tylko farmakoterapię. Najczęściej wymienianym neuroleptykiem jest chlorpromazyna. W pewnym sensie to, co prezentuje autor, można określić jako ALT (apel leków traconych). Nie jest to zarzut. Przeciwnie, z żalem tylko można zapytać, ilu polskich psychiatrów, młodszego pokolenia, miało możliwość zastosowania flufenazyny, trifluoperazyny albo, z leków przeciwdepresyjnych, imipraminy? Oczywiście, pisząc o leczeniu schizofrenii i chorób afektywnych, autor nie pomija leków nowej generacji. Godna uwagi jest sugestia, by

w terapii schizofrenii, nim podejmie się decyzję o wprowadzeniu klozapiny, rozważyć leczenie elektrowstrząsami.

Lektura skrótowych, siłą rzeczy, zapisów w tej książce skłania jednak do refleksji nad splątanymi ścieżkami psychofarmakoterapii, a przykładem jest mirtazapina. Redaktor naukowy tłumaczenia w przypisie zaleca ostrożne jej stosowanie u osób w wieku podeszłym. Autor książki pisze, że mirtazapinę wycofano z rynku (brytyjskiego) w 2004 roku. Natomiast według niedawno wydanego w Polsce (Wydawnictwo Czelej 2009) podręcznika „Geriatrya”, również brytyjskich autorów [red. T. Rosenthal, B. Naughton i M. Williams], mirtazapina stanowi doskonały wybór w przypadku starszych pacjentów. Tej opinii nie podzielam, może poza przypadkami pacjentów z odepieniem i znacznym spadkiem łaknienia.

Przy okazji dobrze byłoby wreszcie ustalić, jak należy pisać nazwy leków – „haloperydol” czy „haloperidol”, „risperidon” czy „risperidon”, bo poglądy na to zdają się u nas zmieniać co kilka lat.

W skład książki wchodzi także Aneks, na który składają się „Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii w sprawie stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji” (prof. Marek Jarema) oraz „Zalecenia dotyczące stosowania preparatów klozapiny Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii” (prof. Marek Jarema) i Przewodniczącego Sekcji Psychofarmakologii PTP (prof. Janusz Rybakowski). Były one prezentowane już wcześniej w kilku fachowych czasopismach. Powtarzania ich jednak nigdy za wiele. Zwłaszcza wynikającego z nich preferowania monoterapii, a w przypadku klozapiny wręcz jej zalecania. Odnoszę jednak wrażenie, że jest to wołanie na puszczy. Monoterapia stała się niemożliwa, a normą jest łączenie wszystkiego z wszystkim. Może trzeba to po prostu przeczekać. Tylko jak i gdzie przeczekać inwazję firm farmaceutycznych i znikanie z rynku dawniejszych, tańszych i całkiem skutecznych leków?

W sumie dobrze się stało, że wydano u nas omawianą książkę. Jako zwięzłe kompendium ma samodzielną wartość. Jest też dobrym dopełnieniem wydanych wcześniej, także brytyjskiego pochodzenia, tomów „Psychiatria. Sedno” [P. Wright, J. Stern, M. Phelan red.; redaktorzy wydania polskiego Janusz Rybakowski i Filip Rybakowski].

Stefan Krzymiński