

## Recenzja książki Davida J. Hellersteina „Uzdrowić umysł”, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2013

Autor książki jest psychiatrą, pracownikiem Department of Psychiatry na Columbia University i New York State Psychiatric Institute. Prowadzi również prywatną praktykę psychiatryczną. Przede wszystkim jest jednak, jak to określa, nowym neuropsychiatrą.

Książka składa się z obszernego wprowadzenia oraz dwóch części: 1. „Poczuć się lepiej” oraz 2. „Poczuć się dobrze i zachować zdrowie”. Jej tematem są depresja i zaburzenia lękowe, a adresowana jest do tych, którzy te zaburzenia psychiczne mają lub mogą mieć, chociaż jeszcze o tym nie wiedzą.

Autor omawia wspomniane zagadnienia z punktu widzenia nowej neuropsychiatrii. Przeciwstawia ją starej psychiatrii, u której schyłku, pod koniec lat 80. XX w., specjalizował się w psychiatrii. Jak pisze, stara psychiatria 100 lat temu zamykała chorych na depresję w przytułkach dla obłąkanych, poddawała terapii wstrząsowej lub śpiączkom insulinowym. Z kolei 40–50 lat temu takich chorych leczono psychoanalizą albo podawano im leki przeciwdepresyjne o silnych działaniach ubocznych, równie dokuczliwych jak samo zaburzenie. Z kolei neuroleptyki stosowane w starej psychiatrii prowadziły do otępienia.

Początki nowej neuropsychiatrii autor wiąże z wprowadzeniem selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) oraz nowych metod neuroobrazowania: magnetycznego rezonansu jądrowego (MRI) i pozytonowej tomografii emisyjnej (PET). Ostatecznie początek ten lokuje przed ok. 10 laty. Dużo miejsca w książce poświęcono przedstawieniu, czym jest nowa neuropsychiatria.

Jest ona sztuką subtelną. Podnosi poziom relacji umysł–mózg–ciało. W procesie leczenia przechodzi od reakcji na terapię poprzez remisję i odzyskanie zdrowia do wyleczenia. To ostatnie oznacza nie tylko odzyskanie zdrowia, lecz także pewność, że choroba nie wróci. Wprawdzie obecnie w przypadku chorób psychicznych jest to często niemożliwe, ale pozostaje w zasięgu wzroku. Nowa neuropsychiatria jest dziedziną medycyny i jest pragmatyczna. Łączy leczenie farmakologiczne z psychoterapią poznawczo-behawioralną, interpersonalną i, w razie potrzeby, innymi oddziaływaniami nefarmakologicznymi. Stara psychiatria skupiała się na wieloletnim rozpatrywaniu szczegółów z przeszłości pacjenta, nowa neuropsychiatria na „tu i teraz”. Do przeszłości wraca na krótko, po rozwiązaniu bieżących problemów pacjenta („Twoje życie w dziesięć minut”). Traktowany w jej duchu bezimienny pacjent staje się człowiekiem. Autor przedstawia, jak wspólnie z pacjentami rysuje mapy ich życia (zdrowia, mózgu). Do map tych wraca, śledząc postępy lub określając przyczyny ich braku w procesie leczenia. Jednocześnie myśli, jak w danym momencie funkcjonują umysł i mózg pacjenta. Jak zachowują się jego ciało migdałowate, hipokamp, ośrodki bezpieczeństwa, neuroprzekazniki, sieć neuronalna, oś stresu. Bywa, że żałuje, iż nie może pacjentce przedstawić, jak wygląda jej mózg w badaniu PET – z pulsującym ciałem migdałowatym i czarnymi dziurami wokół hipokampa. Zastanawia się też, jak funkcjonują neurony lustrzane pacjenta podczas badania i po skutecznym leczeniu. Mając w zasięgu wzroku fascynujące sztuczki neurobiologii, żongluje lekami i wierzy w możliwość dopomożenia pacjentowi. Rzeczywiście, nie stroni od polifarmakoterapii. Na przykład kobiecie, u której po pewnych perypetiach ostatecznie rozpoznał zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II, zlecił jednoczesne przyjmowanie węglanu litu, sertraliny, risperidonu (jako środka uspokajającego), trazodonu (jako leku nasennego) oraz doraźne przyjmowanie diazepamu. Towarzyszyć temu miały kontynuowanie terapii poznawczo-behawioralnej i terapia małżeńska. Z kolei w przypadku pacjenta z lękiem napadowym ograniczył się do wprowadzenia ćwiczeń oddychania torem przeponowym jako terapii podstawowej.

Autor podkreśla, że kluczowe w nowej neuropsychiatrii są ewaluacja i synteza. W istocie prowadzą się one do prawidłowo zebranego wywiadu, oceny stanu psychicznego i fizycznego pacjenta, wykonania badań laboratoryjnych i diagnostyki różnicowej. Powinno to skutkować właściwym rozpoznaniem i co za tym idzie – podjęciem odpowiedniego leczenia.

W miarę lektury uświadamiałem sobie, że przez dziesiątki lat byłem w sytuacji molierowskiego pana Jourdain, który nagle dowiedział się, że całe życie mówił prozą. Zrozumiałem, że od rozpoczęcia w latach 70. XX w. specjalizacji w psychiatrii, szkolony byłem w duchu nowej neuro-

psychiatrii. Czynili to wykładowcy na kursach specjalizacyjnych, autorzy podręczników, z których korzystałem. Wszystko, o czym autor pisze, można było znaleźć i nadal jest obecne w pracach polskich autorów, w podręcznikach i specjalistycznych czasopismach, oczywiście z uwzględnieniem postępu, jaki się dokonał przez minione dziesięciolecia. Jest w nich to, co autor pisze o neurofizjologii i neuropatologii regulacji emocji i nastroju, diagnostyce depresji i zaburzeń lękowych, ich biopsychospołecznych uwarunkowaniach, związkach z chorobami somatycznymi, dostępnymi obecnie metodach leczenia, postępowaniu w przypadkach opornych na leczenie, czy i kiedy zakończyć leczenie, działaniach w sytuacjach szczególnych – w wypadku ciąży, zaburzeń sfery seksualnej, i wszystkim innym, co wiąże się z chorobami afektywnymi i zaburzeniami lękowymi. Nie sposób wymienić nawet ułamka tych publikacji. Wspomnę jedynie te, z których najczęściej korzystałem i korzystam, od lat 70. XX w. poczynając [1–11]. Warto pamiętać o wydanej w latach 80. XX w. trzypięciotomowej „Psychiatrii” pod redakcją profesorów Stanisława Dąbrowskiego, Jana Jaroszyńskiego i Stanisława Pużyńskiego. W tym samym czasie ukazało się 7. wydanie „Psychiatrii klinicznej” prof. Tadeusza Bilikiewicza, pod redakcją prof. Adama Bilikiewicza. Zalet drugiego wydania „Psychiatrii” pod redakcją profesorów Stanisława Pużyńskiego, Janusza Rybakowskiego i Jacka Wciórki podkreślać nie trzeba (do redaktorów jej pierwszego wydania należał prof. Adam Bilikiewicz).

Co książka Davida J. Hellersteina może dać polskiemu czytelnikowi? Dla psychiatry ciekawe są opisy kilkunastu przypadków, możliwość prześledzenia, jakimi drogami wędrowało jego myślenie kliniczne, jak dochodził do rozpoznania, podejmował decyzje lecznicze, na czym się potykał, a kiedy jego postępowanie dość prostą drogą doprowadziło do założonego celu. Zwraca uwagę, że autor nie różnicuje u swoich pacjentów postaci zespołu depresyjnego. Niekiedy wspomina o depresji biologicznej lub klinicznej, pisze o depresji wielkiej. O zasadności odróżniania depresji endogennej od nerwicowej, reaktywnej słusznie ostatnio przypomniał prof. Łukasz Świąćicki [12].

Osoby cierpiące na różne postaci depresji, zaburzenia lękowe lub będące w stanie remisji oraz ich rodziny dowiedzą się, czego, w przybliżeniu, mogą oczekiwać po obecnie dostępnych metodach diagnostyki i leczenia tych zaburzeń psychicznych. Także tego, jak ważne jest utrzymanie stanu remisji i co samemu można zrobić w tym względzie. Istotne jest podkreślenie, że znaczna część przypadków lekooporności wynika z nieprzestrzegania zaleceń dotyczących przyjmowania leków, a także z błędnej diagnozy, ale to odnosi się do leczących. Istnieje pewne ryzyko, że zamiłowanie autora do, miejscami, zbyt barwnej narracji może kogoś zaniepokojonego o swoje zdrowie psychiczne nieco wystraszyć. Na przykład gdy będzie czytał o wspomnianych już czarnych dziurach, szponach zaburzenia, trzęsawisku lub bagnie emocji, okrutnej bitwie, lekach powodujących otępienie.

Anachronizmy, takie jak stulecie leczenia wstrząsowego, błędy w klasyfikacji leków lub ogólnikowe negatywne opinie o „starej psychiatrii”, wskazują na potrzebę poddawania również tego rodzaju książek recenzji przed publikacją.

Czytelnik niezorientowany w specyfice funkcjonowania amerykańskiego społeczeństwa, odmiennościach amerykańskiego stylu życia może mieć trudności w zrozumieniu niektórych wypowiedzi autora. Pomóc może lektura książki prof. Janusza Rybakowskiego „Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej” [7], a zwłaszcza 13. rozdział „Społeczeństwo maniakalno-depresyjne”.

W przeciwieństwie do autora omawianej książki jestem przekonany, że nie mamy epidemii depresji. Mamy natomiast epidemię „depresji” będącej rozpoznaniem zastępczym [12]. W mojej ocenie u większości pacjentów kierowanych na oddział psychogeriatryczny z rozpoznaniem depresji jest ono nieuzasadnione. Są to ludzie doświadczający długotrwałego dyskomfortu z powodu tego, co nazywam „zespołem osamotnienia” (nie samotnością), czyli złego samopoczucia spowodowanego usunięciem na margines życia rodzinnego. Zlecane im leki przeciwdepresyjne miały zastąpić zaburzone więzi w rodzinie.

Wbrew opinii autora nie sądzę też, by świat znajdował się w globalnym stresie. Wydarzenia z 11 września 2001 r., atak na nowojorski *World Trade Center*, na jakie się powołuje, pokazały coś przeciwnego. Mianowicie to, że jesteśmy znacznie bardziej odporni na stres niż nam, także specjalistom od psychoterapii, się wydaje (opinia George’a A. Bonanno z Columbia University) [wg 13].

Pisząc o przyszłości, autor odwołuje się do wypowiedzi Francisa S. Collinsa, dyrektora *National Institutes of Health*, iż wkraczamy w okres medycyny spersonalizowanej, w której leczenie może być dostosowane do potrzeb każdego chorego. Wyobraża więc sobie, że w przyszłości ludzie cier-

pięcy na zaburzenia nastroju lub lękowe będą poddawani badaniom i testom w celu określenia, które leki zadziałają, a których nie warto stosować. To przypomniało mi oglądany przed laty, w czytelni Biblioteki Akademii Medycznej w Poznaniu, portret profesora Franciszka Adamanisa (1900–1962) i napis pod nim: „Należy dostarczyć choremu lek o ściśle zamierzonym działaniu”. Cóż, nawet jeśli to niemożliwe, warto próbować.

*Stefan Krzymiński  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SPZOZ w Ciborzu*

## Piśmiennictwo

1. Kępiński A. Melancholia. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1974.
2. Bilikiewicz T. Psychiatria kliniczna. Wyd. 6. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1979.
3. Pużyński S. Depresje. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1979.
4. Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii. Korzeniowski L, Pużyński S (red.). Wyd. 3. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986.
5. Rybakowski J. Leki psychotropowe w profilaktyce chorób afektywnych i schizofrenii. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995.
6. Pużyński S. Postępowanie w depresji lekoopornej. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii 2007; 1: 23-29.
7. Rybakowski J. Oblicza choroby maniako-depresyjnej. Termedia, Poznań 2008.
8. Dudek D, Siwek M, Grabski B. Zaburzenia psychiczne w neurologii. Termedia, Poznań 2009.
9. Święcicki Ł. Postępowanie terapeutyczne w chorobach afektywnych. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009.
10. Rybakowski J, Jaracz J. Leksykon manii i depresji. Termedia, Poznań 2010.
11. Rybakowski J, Dudek D, Jaracz J. Choroby afektywne. W: Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. W: Jarema M (red.). Via Medica, Gdańsk 2011; 47-115.
12. Święcicki Ł. Co nie jest depresją, czyli jak nie rozpoznawać depresji? Psychiatria po Dyplomie 2013; 1: 25-29.
13. Kliszcz J. Psychologia w ratownictwie. Difin SA, Warszawa 2012.