

Recenzja książki „Psychiatria w praktyce ratownika medycznego” pod redakcją naukową Jana Jaracza i Amelii Patrzyły. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014

Ta książka jest po prostu bardzo pożyteczna. Jednak to „po prostu” jest wynikiem wiedzy i doświadczenia jej dziewięciorga współautorów: Dominika Chmiela, Jana Jaracza, Marcina Jaracza, Andrzeja Kobusa, Amelii Patrzyły, Joanny Pawlak, Artura de Rosier, Agnieszki Słopień i Małgorzaty Bogackiej. Napisali ją w sposób możliwie prosty, co nie znaczy uproszczone. A prostota jest pieczęcią prawdy (Ghyczy i wsp. 2002). Redaktorzy naukowci potraktowali książkę jako repetytorium i zaadresowali ją do studentów ratownictwa medycznego, lekarzy zatrudnionych w pogotowiu ratunkowym, pielęgniarek, studentów innych kierunków medycznych oraz lekarzy specjalizujących się w innych dziedzinach niż psychiatria. Sądzę jednak, że jako bardzo użyteczny niezbędnik przyda się ona także psychiatrom. Wbrew pozorom psychiatria jest bliska medycynie ratunkowej. Choroba psychiczna to przecież nic innego jak katastrofa znanego świata. Omawianą książkę zaś zredagowano tak, by wiadomości w niej zawarte ułatwiały ocenę sytuacji oraz podejmowanie decyzji w miejscu wezwania, którym może być izba przyjęć szpitala psychiatrycznego lub oddział psychiatryczny. Profesor Jan Jaracz wskazuje, że w ostatnich dekadach zwiększa się liczba interwencji nagłych z powodu zaburzeń psychicznych. Potwierdzają to własne obserwacje. Zwykle około jednej trzeciej pacjentów trafia na oddział psychiatryczny za pośrednictwem pogotowia ratunkowego. Nierzadko poprzedzone jest to pobytem na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) z powodu zachowań samobójczych czy agresji. Najczęściej są to osoby z rozpoznaniem schizofrenii, zaburzeń osobowości, uzależnienia od alkoholu.

Książka składa się z siedmiu rozdziałów: *Ogólne zasady komunikowania się z osobą z zaburzeniami psychicznymi; Badanie psychiatryczne; Najczęstsze zaburzenia/choroby psychiczne; Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem środków psychoaktywnych; Stany nagłe w psychiatrii; Leki stosowane w leczeniu zaburzeń psychicznych; Aspekty prawne związane z interwencją nagłą w stosunku do chorych z zaburzeniami psychicznymi*. W każdym z nich zwięźle i przejrzysto podano stosowne informacje, ujmując je także w formie tabel, schematów, algorytmów postępowania. Słusznie nie pominięto zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, osób w wieku podeszłym oraz skutków obciążenia zawodowego u ratowników medycznych. Bardzo wartościowe są opisy przypadków opatrzone rzeczowymi komentarzami. Przedstawiając je, uniknięto częstych ostatnio „piętrowych rozpoznań”, które raczej zamazują obraz kliniczny i sprzyjają błędnej polifarmakoterapii. Ważne jest podkreślenie, że skargi somatyczne chorych leczących się psychiatrycznie są często bagatelizowane, co powoduje zaniedbania diagnostyczne (Amelia Patrzyła). Jest to zgodne z obserwacją Pata Croskerry’ego (2002), że pacjenci psychiatryczni są szczególnie narażeni na błędy na oddziale ratunkowym. Po części dlatego, że nie pasują do modelu typowego pacjenta takiego oddziału. Rozpoznanie psychiatryczne powoduje, że współistniejące choroby somatyczne są przeoczone. Taki pacjent powinien być „czerwoną flagą” dla lekarza oddziału ratunkowego. Niestety, w naszej praktyce bardzo często problem psychiatryczny przesłania wszelkie inne. Nierzadko mówią o tym sami pacjenci, gdy już wyjdą cało z opresji.

Pewne stwierdzenia zawarte w książce, pozornie oczywiste, powinny być szeroko propagowane i przyjęte jako standardy postępowania zatwierdzone przez stosowne instytucje. Należy do nich wskazanie, że ocena stanu psychicznego (głównie pod kątem obecności chorób czy zaburzeń psychicznych) osoby pijanej jest niemożliwa. Najpierw musi nastąpić wytrzeźwienie w miejscu zapewniającym bezpieczeństwo (izbie wytrzeźwień), a dopiero potem możliwa jest konsultacja psychiatryczna. Groźby wypowiedane w stanie upojenia czy zachowania samobójcze powinny być ocenione ponownie po wytrzeźwieniu (Andrzej Kobus). Bardzo racjonalne jest też stwierdzenie, że chorzy z zaburzeniami świadomości powinni być leczeni na oddziałach internistycznych, neurologicznych lub innych w zależności od rozpoznania choroby podstawowej. Rola psychiatrii ogranicza się do konsultacji i doboru leczenia objawowego (Joanna Pawlak).

Dobry tekst zawsze pobudza do dyskusji. Tak jest i w tym przypadku. Na przykład – dyskusyjne jest, czy najczęstsze problemy psychiatryczne u osób w wieku podeszłym, jakie może spotkać ratownik, to majaczenie, otępienie i depresja (w literaturze anglojęzycznej 3 × D: *delirium, dementia, depression*). Można się zgodzić, że częste jest otępienie, ale majaczenie i depresja raczej nie. Nie sądzą, by co najmniej 10% chorych na oddziałach somatycznych miało objawy maja-

czenia i by odsetek ten rósł z wiekiem. Pogląd taki wynika prawdopodobnie z upowszechniania się anglosaskiej tradycji psychopatologicznej, czyli odnoszenia terminu „majaczenie” (*delirium*) do ogólnych zaburzeń świadomości. W naszej tradycji oznacza on odmianę jakościowych zaburzeń świadomości z jej zamąceniem i w praktyce z omamami (Wciórka 2008). Tak pojmowane majaczenie, jak sądzę słusznie, w praktyce oddziału psychogeriatrycznego spotykałem rzadko. Częściej zdarzały się krótkotrwałe epizody zespołu prostego przymglenia, zgodnego z kryteriami przyjętymi w polskim piśmiennictwie (Wciórka 2010). Prawdopodobne jest także, że u osób w wieku podeszłym z otępieniem jako majaczenie traktowany bywa stan, na który zwracał uwagę Bilikiewicz (1979), polegający na tym, że chorzy dawne wydarzenia opowiadają z zadziwiającą dokładnością, przeżywają je niemal z halucynacyjną wyrazistością. Bardziej współcześnie Reischies (2013) pisze o pseudomajaczeniu polegającym na ujawnianiu się ciężkich zaburzeń pamięci na podłożu rozwijającego się otępienia. Jest to dość zbieżne z uwagami prof. Bilikiewicza. Niemal halucynacyjna wyrazistość dawnych wspomnień i dezorientacja, wynikające z zaburzeń pamięci, mogą prowadzić do niepokoju, lęku, agresji, „widzenia” zmarłych krewnych.

Na oddział psychogeriatryczny kierowanych jest wiele osób, zwłaszcza kobiet, z rozpoznaniem depresji. Często jednak nie jest to depresja, ale „zespół osamotnienia”. Taka pacjentka pytana, co jej dolega, nierzadko sama stawia diagnozę, mówiąc: „samotność”. W sensie fizycznym nie jest samotna, bo ma dzieci i wnuki, ale jest samotna społecznie, czyli osamotniona. Niby wokół niej pełno, a jakby nie było nikogo. Trafnie zróznicował to pisarz Artur Międzyrzecki (1999). Zespół osamotnienia jest mieszaniną rzeczywistych dolegliwości somatycznych, objawów konwersyjnych, neurastenicznych, hipochondrycznych, lękowych, zachowań samobójczych słownych i demonstracyjnych. Próby przekonania pacjentki i jej rodziny, że to nie depresja, ale forma wołania o zainteresowanie ze strony najbliższych, zwykle napotykają na silny opór. Zdarza się, że jako depresja u osoby w wieku podeszłym traktowane są na przykład spadek aktywności, apatia, brak kontaktu słownego spowodowane znaczną hipotonią wynikłą ze zbyt intensywnego leczenia nadciśnienia tętniczego.

Te uwagi mogą mieć, być może, znaczenie dla praktyki klinicznej. Nie będą zbyt przydatne w codziennej pracy ratownika medycznego wezwanego do człowieka w wieku podeszłym, agresywnego lub z zachowaniami samobójczymi. Działając „tu i teraz”, ratownik musi usunąć bezpośrednie zagrożenie i bezpiecznie dowieźć pacjenta do najbliższego SOR lub na konsultację w psychiatrycznej izbie przyjęć.

W oszacowaniu ryzyka związanego z nagłymi stanami psychiatrycznymi, z jakimi styka się pracownik służb ratowniczych, wartość nie do przecenienia mają przedstawione w książce schematy – algorytmy postępowania. Doskonale wpisują się one w niemal typową dla medycyny ratunkowej strategię, jaką jest wykluczenie najgorszego możliwego scenariusza (*rule out worst-case scenario* – ROWS). W strategii ROWS korzyści przeważają nad błędami (Croskerry 2002).

Pracownicy służb ratowniczych, niezależnie od osobistych predyspozycji do takiej pracy, są tylko ludźmi. U nich także mogą się rozwinąć zaburzenia nerwicowe związane ze stresem jako następstwa wykonywanej pracy. Istotne jest ograniczenie ryzyka ich wystąpienia. Wskazuje się na ważną rolę pomocy ze strony kolegów, skupienia się na potencjale tkwiącym w dobrze znanych ludziach, strategiach opartych na koleżeństwie, łatwiejszych do zaakceptowania niż pomoc osoby z zewnątrz (Kliszcz 2012).

W bardzo praktyczny sposób przedstawiono zasady psychofarmakoterapii. Zwięźle i jasno omówiono wskazania dla różnych leków, dawkowanie i działania niepożądane. Niestety mieści się w tym i niedobra wiadomość o zaniechaniu produkcji perfenazyny. Sądzę, że jest to istotne ograniczenie możliwości leczenia schizofrenii, również późno i bardzo późno ujawnionej. Dobrze, że produkowany jest jeszcze haloperidol. Peter Neu (2013) wskazuje, że w schizofrenii psychotyczne uwarunkowanie lęku może wymagać podania haloperidolu. W takiej sytuacji jest on niezawodnym środkiem. Przy prawidłowym dawkowaniu inne neuroleptyki nie przewyższyły haloperidolu w zakresie stosunku ryzyka do korzyści w stanach ostrych. Warto wspomnieć, że według własnych doświadczeń u pobudzonych pacjentów psychotycznych sprawdza się łączne podawanie haloperidolu i lorazepamu. W niektórych standardach terapeutycznych lorazepam jest lekiem z wyboru w takich stanach (w schizofrenii, manii) (Jarema 2012).

Autorom książki należy się uznanie za to, że w przystępnej formie przedstawili problemy, na jakie praktycznie każdy z nas, nie tylko ratownik medyczny, może się natknąć w codziennej pracy, a także zaproponowali wzorce ich rozwiązywania. Co więcej, w stosunkowo niewielkiej objęto-

ściowo książce ujęli to wielowymiarowo, nie ograniczając się do zagadnień ściśle medycznych. Nie pominęli czysto ludzkiej, emocjonalnej strony ratownictwa medycznego. Sądzę więc, że najlepszym podsumowaniem jest wypowiedź historyka medycyny, psychiatry H. Schippergesa o lekarzach: „Nie jesteśmy tylko po to, aby tamować krew, ale aby również ocierać łzy” (wg Gajda 2011).

Stefan Krzywiński

Piśmiennictwo

1. Bilikiewicz T. Psychiatria kliniczna. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1979.
2. Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: Cognitive strategies and detection of bias. *Acad Emerg Med* 2002; 9: 1184-1204.
3. Gajda Z. Do historii medycyny wprowadzenie. Wydawnictwo WAM, Kraków 2011.
4. Ghyczy(von) T, Oetinger(von) B, Bassford C. Clausewitz o strategii. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2002.
5. Jarema M. Leki przeciwlękowe. W: Psychiatria. Tom III. Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J (red.). Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2012: 135-150.
6. Kliszcz J. Psychologia w ratownictwie. Difin SA, Warszawa 2012.
7. Międzyrzecki A. Z dzienników i wspomnień. Wydawnictwo Sic!, Warszawa 1999.
8. Neu P. Ostre pobudzenie. W: Stany nagłe w psychiatrii. Podręcznik psychiatrii ratunkowej. Neu P (red.). Red. wyd. polskiego Pudlo R. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013; 3-10.
9. Reischies FM. Otępienie. W: Stany nagłe w psychiatrii. Podręcznik psychiatrii ratunkowej. Neu P (red.). Red. wyd. polskiego Pudlo R. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013; 140-155.
10. Wciórka J. Komentarz. W: Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Red. wydania I polskiego Wciórka J. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008; 63.
11. Wciórka J. Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych. W: Psychiatria. Tom I. Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J (red.). Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010; 305-398.

Redakcja „Neuropsychiatrii i Neuropsychologii” składa serdeczne podziękowania recenzentom za podjęty trud opiniowania opracowań naukowych nadesłanych w 2014 r. do naszego pisma. Wszystkim wymienionym niżej osobom bardzo dziękujemy.

Imię	Nazwisko	Kraj
Marta	Andrzejewska	Polska
Alina	Borkowska	Polska
Dominika	Dudek	Polska
Agnieszka	Gmitrowicz	Polska
Edward	Gorzelańczyk	Polska
Anna	Grabowska	Polska
Marian	Grzymiślawski	Polska
Rafał	Jaeschke	Polska
Małgorzata	Janas-Kozik	Polska
Jan	Jaracz	Polska
Marcin	Jaracz	Polska
Hanna	Karakuła-Juchnowicz	Polska
Paulina	Klonowska-Woźniak	Polska
Małgorzata	Kossut	Polska
Wojciech	Kozubski	Polska
Irena	Krupka-Matuszczyk	Polska
Katarzyna	Kucharska-Pietura	Polska
Jerzy	Landowski	Polska
Dorota	Łojko	Polska
Katarzyna	Markowska-Regulska	Polska
Ewa	Misterska	Polska
Agnieszka	Remlinger-Molenda	Polska
Marcin	Siwek	Polska
Agnieszka	Słopeń	Polska
Tomasz	Sobów	Polska
Iwona	Szatkowska	Polska
Agata	Szulc	Polska
Tomasz	Wolańczyk	Polska