

i vurderingen av terapivikt, bivirkninger, interaksjoner eller seponeringsproblemer, eller som kan veilede i valg og tilpassning av dosering.

Jeg kan ikke se at boken kan brukes til innføring for nybegynnere: Til det er den altfor kortfattet og skjev i stoffvalget. Den er heller ikke egnet for panikklesning kort tid før eksamen; selv om man da pigger boken, lærer man ikke det man trenger.

Gaut Gadeholt

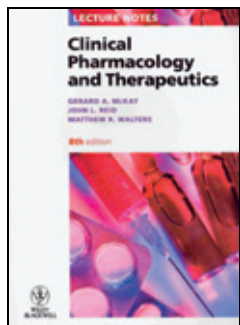
Klinisk farmakologi
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Farmakologi for dem som kan litt

Gerard A. McKay, John L. Reid,
Matthew R. Walters

Clinical pharmacology and therapeutics

Lecture notes. 8. utg. 344 s, tab, ill.
Chichester: Wiley-Blackwell, 2010. Pris GBP 24
ISBN 978-1-4051-9778-6



Vaskeseddelen lover alle som forskriver legemidler, all nødvendig informasjon om klinisk farmakologi i én kort bok. Den sikrer seg inn i segmentet mellom de store altomfattende verkene og det etter

hvert store utvalget av overforenknelde bøker til bruk for studenter i tidsnød.

Boken har en tradisjonell oppbygning med tre hoveddeler. I første del gir man en i korteste laget innføring i basal farmakologi. Hoveddelen tar for seg ulike organsystemer og terapiområder, mens siste del omhandler praktiske aspekter som individualisering av dosering ved bl.a. lever- og nyresykdom, ytterpunkter i alder og ved graviditet og amming. Det er satt av egne kapitler om legemiddeløkonomi og forgiftninger i siste del.

Alle sentrale emner innen klinisk farmakologi er dekket, men basalfarmakologi og fysiologi er tonet ned. De fleste kapitlene vinkler stoffet på en klinisk og praktisk rettet måte som mange praktiserende leger vil sette pris på. Særlig interessant er tabellene i terapikapitlene som oppsummerer hvordan symptomer i ulike organsystemer kan skyldes legemidler.

Det er stor variasjon i hvordan forfatterne av de ulike kapitlene bruker figurer, tabeller og formler. Enkelte kapitler er en oppvisning i klar, presis og dekkende presentasjon av stoffet. Forfatterne imponerer for eksempel med en konsis fremstilling av farmakodynamikken og -kinetikken nesten

helt uten bruk av formler. Disse formlene burde nok likevel vært presentert siden man i et senere kapittel bruker farmakokinetiske formler i utstrakt grad uten nærmere introduksjon. De mest kompakt skrevne delene er en fryd å lese for dem som kan en del farmakologi, men det blir trolig for tungt dersom stoffet er helt nytt. Avsnittet om forgiftninger er et vellykket eksempel på et emne som har en mer omfattende fremstilling, mens en del terapikapitler med fordel kunne vært gjort kortere. Det hadde med andre ord vært ønskelig at redaktørene hadde lagt sterkere føringer på hvordan man presenterer stoffet.

Oppsummert er dette en god bok for dem som vil oppdatere sine kunnskaper i klinisk farmakologi. Studenter vil ha god nytte av den til repetisjon eller som tillegg til en mer omfattende farmakologibok. Som første og eneste lærebok bør den nok ikke være førstevalget.

Guttorm Raknes

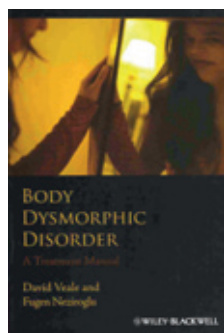
Steigen legesenter
Leinesfjord

Plastikkirurger, hudleger og psykiatere: Les dette!

David Veale, Fugen Neziroglu

Body dysmorphic disorder

A treatment manual. 488 s, tab, ill.
Chichester: Wiley-Blackwell, 2010. Pris GBP 40
ISBN 978-0-470-85121-0



«Body dysmorphic disorder» (BDD) kalles i ICD-10 dysmorfofobi (uten vrangforestillinger) og er en undergruppe av hypokondrisk lidelse (F45.2). Imidlertid skiller lidelsen seg ganske sterkt fra «vanlig» hypokondri, og

den er i DSM-IV klassifisert som egen lidelse under somatiform lidelse.

Målgruppen er fagfolk som møter pasienter med dysmorfofobi. Forfatterne er henholdsvis psykiater og psykolog. Dysmorfofobi innebærer en ekstrem opptatthet av en imaginær eller liten fysisk anomali, som regel i ansiktet. Søkelyset kan være rettet mot en asymmetri eller noe med brytning, beinene, kjønnsorganene osv. Et godt orienterende spørsmål er: «Bekymrer du deg mye over utseendet ditt, og skulle du ønske at du tenkte mindre på det?» De fleste pasienter med dysmorfofobi oppfatter seg selv som ekstremt stygge. Studier viser en prevalens på 3–18% dysmorfofobi hos pasienter som søker plastisk kirurgi. Pasien-

tene er vanligvis ikke psykotiske. De fleste med dysmorfofobi bruker mye tid på å speile seg, sjekke, sammenlikne nye og gamle bilder og gruble. «Hvorfor skal jeg være så stygg? Hvis jeg bare får ordnet dette, blir alt bra». Mens noen sjekker hele tiden, vil andre unngå å sjekke, aldri speile seg, helt unngå sosial kontakt med andre etc. Hudleger kan møte fenomenet hos pasienter som klorer og sjekker ekstremt mye på små aknelesjoner, arr eller andre små hudforandringer. Basert på forskning og egne erfaringer presenterer forfatterne en kognitiv atferdspregget modell, som også danner utgangspunktet for terapi. De få kontrollerte studiene som finnes av psykoterapi og medikamentell behandling (vanligvis et SSRI-preparat), refererer man til i boken. Det er en utfordring å få til en god allianse med pasienten, siden legens vurdering alltid skiller seg sterkt fra pasientens opplevde problem. Det har liten effekt å si til pasientene at de ser helt ok ut. Da er det bedre å hjelpe pasienten til kritisk å vurdere sine egne tanker og atferd, og man kan introdusere ideen om at noen mennesker vurderer seg selv unødig negativt. Et bilde som brukes, er at pasientene med dysmorfofobi har mistet brillene med rosa fargeglass, som de fleste av oss har på når vi vurderer oss selv. Det er et eget kapittel for plastikkirurger og hudleger. Man får tips om hvordan man kan gjenkjenne pasienter med dysmorfofobi, og unngå unødvendige og skadelige inngrep. Hvis plastikkirurgen lukter dysmorfofobi og ikke på noen måte kan forstå eller gå god for pasientens forslag til inngrep, kan legen presisere at han/hun ikke tror inngrepet vil bedre situasjonen og ev. foreslå henvisning til psykolog/psykiater. Man skal unngå lange diskusjoner om defekten er reell eller innbilt, men kort konstatere at som fagperson finner man ikke inngrepet forsvarlig å gjøre.

Boken er grundig, omfattende og praktisk rettet. For en privatpraktiserende plastisk kirurg vil den kunne gi en bedre forståelse av hva som kan ligge bak at man enkelte ganger ikke forstår problemet som pasienten presenterer. Da kan man unngå å gjøre pasienten en bjørnetjeneste ved et nyttig inngrep, og man kan spare seg selv en rekke ubehageligheter når pasienten etter inngrepet klager på resultatet. Pasienter med dysmorfofobi er vanligvis ekstremt misfornøyde med sitt utseende, også etter en korrigerende operasjon. Hudleger kan bl.a. få nyttig kunnskap om såkalt psykogen ekskoriasjon, og psykiatere som får henvist pasienter med dysmorfofobi, vil finne mange nyttige og konkrete tips til økt forståelse, alliansebygging og intervensjon.

Ingvard Wilhelmsen

Institutt for indremedisin
Universitetet i Bergen