



DR. ZSISKA BEÁTA

REUMATOLÓGUS, HOLISZTIKUS ORVOS

Betegség vagy állapot?

Avagy miért nem mindegy, hogy az orvos mit mond?

A napi és a berögződött orvosi rutin, a hajsza, a megterheltség és néha a könnyebbség miatt már el sem gondolkozunk, és észre sem vesszük, hogy tünet, elváltozás, állapot, diagnózis vagy betegség nem azonos fogalmak.

A diagnózis felállítása egy folyamat, így annak megállapítása sok esetben nem sikerül az első vizsgálattal, de valamit ekkor is írunk kell a kórlapra. Ekkor élünk azzal a gyakorlattal, hogy bizonyos esetekben a tünetet írjuk be diagnózisnak. Az is előfordul, hogy labor- vagy képalkotó vizsgálatokkal kimutatott elváltozásokat írunk diagnózisnak. Ha már a mi rutinunkban elcsúsznak ezek a keretek, akkor vajon mi van a beteg fejében, amikor azt hallja, hogy nála valamit találtak, vele „valami” van, és diagnózist is talál a kórlapon?

AZ ORVOS MINT GYÓGYSZER

A placebohatást ismerjük, azt, amikor a hatóanyag nélküli tabletták vagy látszatbeavatkozások is hatnak, ha megfelelő körülmények között kapja a beteg, és hisz benne. A kevésbé ismert nocebo pedig lényegében ugyanaz, mint a placebo, csak ellentétes az előjele. Késsé leegyszerűsítve, a valódi hatások nélkül is jelentkező negatív mellékhatásokról van szó. Az új gyógyszereket a legtöbb gyógyszervizsgálatban placebóval hasonlítják össze, hogy értékelni tudják az új gyógyszer eredményességét. Az ilyen vizsgálatok alkalmával észlelték, hogy nemcsak az új gyógyszereknek voltak mellékhatásaik, hanem a placebónak is! Sőt egyes antidepresszáns-vizsgálatoknál a placebo esetében több mellékhatás jelentkezett, mint a valódi gyógyszernél. Fontos megjegyezni, hogy a placebohatás nemcsak önmagában, hanem a hatóanyagok hatásával együtt is jelentkezik, azaz a valódi gyógyszereket is kíséri placebo- és nocebohatás is.

Ha „az orvos maga a gyógyszer”, akkor ugyanúgy van gyógyszerterapeia is: lehetnek mellékhatásai, toxicitása, előfordulhat az alul- vagy túldozírozása, ugyanúgy kiválthat allergiát, s ugyanúgy tudni kell, mikor célszerű abba-

hagyni az alkalmazását. Bármi, amit és ahogyan kommunikálunk, annak lehet pozitív és negatív hatása is a beteg állapotára, vagyis ha odafigyelünk erre, akkor „az orvos az egyetlen olyan gyógyszer, amely képes saját mellékhatásai csökkentésére”, és képes valami olyan csodára, amire a fizikálisan adható gyógymódjaink nem.

MIRE KÉPES A KOMMUNIKÁCIÓNK A TESTTEL?

Kevesen gondolnak bele abba, hogy a „ne aggódjon”, „nem fog fájni”, „nem komoly a probléma” tipikus negatív szuggesziók. A pozitív kommunikáció ezzel szemben az aggodalmak helyett a gyógyulásra koncentrálnak. Ma már igazolt, hogy a gondolatok hatnak a testre.

Eset



Egy amerikai vizsgálatban égési sérült betegek kezelését egészítették ki pozitív szuggeszióval: a kísérlet eredményei szerint, ha a megégett betegnek nyugodt hangvételű és gyógyulásukra fókuszáló szuggesztív üzeneteket juttattak el, meg tudták előzni a mélyebb szövetrétegek leöklődését, illetve a gyulladásokat és az ödéma kialakulását.

Eset



Hazánkban az ELTE Affektív Pszichológia Tanszékének kutatási eredményei szerint, ha egy intenzív osztályon fekvő betegnek naponta húsz percig megnyugtató, gyógyulást támogató szavakat mondanak, gyorsabb a gyógyulása, kevesebb a szövődménye, és csökken a gyógyszerfogyasztása. Empirikus kutatások viszont azt is igazolják, hogy minél többet emlegetik valaki előtt a fájdalmat, annál biztosabb, hogy az előbb-utóbb meg is jelenik.

Két kutatást is hoznék példának, ahol bebizonyították, hogy fájdalmak külső kommunikáció hatására is valóban megjelennek.

Eset



A londoni University College és a University of Pittsburgh kutatói egyeseket hipnotizáltak, és azt mondták, fájdalmaik vannak, egy másik csoportnak pedig valódi fizikai

- fájdalmat okoztak. Az agy műszeres vizsgálatai során kiderült, hogy mindkét esetben azonos agyi tevékenység zajlott le.

Eset

-

A Hamburgi Egyetemi Klinika idegkutatói a kísérlet során hővel naponta enyhe fájdalmat okoztak a kísérleti pácienseknek, akik fokozatosan hozzászoktak, így az okozott fájdalom érzése idővel kisebb lett.

Egyeseknek azonban azt mondták, hogy a fájdalom fokozódni fog. Ezeknél a résztvevőknél, ha nem is fokozódott, de egyenletes maradt a fájdalomérzet.

A kutatók ezzel bizonyítékot kaptak arra, hogy már egyetlen információ is hatással lehet a fájdalom megéltetésére. A hétköznapi életben ez azt jelenti, hogy az orvosoknak figyelniük kell arra, mit mondanak a betegeknek, a tudatosan vagy tudat alatt átadott információk ugyanis jelentősen befolyásolhatják a kezelés lefolyását és sikerességét.

LÁSSUK EZT A GYAKORLATBAN...

Reumatológusként a szakrendelőben a derékfájás kapcsán futok bele pácienseknél és kollégáknál abba a leggyakoribb hibába, hogy a röntgenen vagy MR-en, CT-n lévő elváltozásokat állítják be magyarázatnak és diagnózisnak, és magát a derékfájást is betegségnek nevezik, mikor ezt semmi nem indokolja. Amit használunk, azzal baj történhet, és esetleg túl is terhelhetjük a rendszert. Ez még nem betegség, hanem állapot, egy kimerültebb vagy túlterheltebb állapot fizikailag, lelkileg, idegrendszerileg. Már az 1997-es LAM-ban megjelent módszertani ajánlás kimondja a derékfájás diagnosztikájában és terápiájában: verbális iatrogeniát jelent, ha az orvos a fájdalom eredetét discusszériában, discopathiában vagy spondylosisban jelöli meg, mivel így annak okát „szentesíti”, reménytelen, visszafordíthatatlan helyzetet vetítve a beteg elé. Ezek a patológiás elváltozások nem okvetlen forrásai a beteg aktuális fájdalmainak, hiszen a derékfájás még krónikus esetben is ritkán állandó, az említett eltérések pedig nem egyik napról a másikra alakulnak ki. Degeneratív csigolya- és porckorongeltérések pedig szinte azonos arányban fordulnak elő derékfájós és nem derékfájós betegek között. De ez fordítva is igaz – sok (fiatal) derékfájós beteg esetében nincsenek vagy minimálisak a degeneratív eltérések. 20-30-40 éve működik hibátlanul a rendszer, miért pont most jelentkezett a fájdalom? Fontos a fizikális vizsgálat, mert abban biztosan igazolódik egy anyag tartás, egy izomterület túlfeszítése, túlterhelése vagy gyengesége, de ez sem abban a pár napban, hétben alakult ki, amikor a fájdalom jött. Fontos a fizikai részt kezelni és prevencióban gondolkodni, főként, ha a munkahely is olyan (ülőmunka, tartós állás), de mindenképp érdemes a családi és munkahelyi lelki tényezőket is átbeszélni. Ha felteszem ezt a kérdést a beszélgetés alatt, mindig kiderül, hogy mi volt az a plusztényező(k), ami végül a kialakult állapotot eredményezte. Ennek tisztázása nem-

A fájdalomnak minden esetben több komponens lehet az okozója.

csak az én munkámat segíti, hanem a páciensben is tudatosítja, hogy a jelenlegi állapot kialakulása a későbbiekben hogyan előzhető meg, és ebben hol van az ő felelőssége. Tisztázhatjuk így, hogy nem egy betegséggel, hanem egy állapottal állunk szemben, amely az ő felelősségén múlik, hogy a kapott prevenció tanácsok betartásával ezt javítja, vagy tovább „taposva a gázpedált” a jelenlegit tovább rontja.

MI LEHETÜNK A POZITÍV MELLÉKHATÁS

Az embernek van egy képessége, amelyet az utóbbi évezredekben elfelejtett vagy legalábbis elnyomta a szociális és kulturális fejlődés, és mi, orvosok is megfeledkeztünk róla. Ez az **öngyógyító képesség**, amely azon alapul, hogy nagyon magas bennünk a pszichológiai erő, s ez különböző utakon aktiválható. Ugyanúgy, ahogy az önrontó mechanizmusok is. Mind a kettő erős, gyakran nem tudatos kontroll alatt áll, és nagyon erős rá a kulturális és egyéb külső hatás. Gyakran előfordul, hogy aggódunk valaki, egy határidő vagy valami számunkra nagyon fontos miatt. Ez lelkileg és idegileg kimeríthet. Az a szorongás és aggodás, amely külső dolog miatt volt, a stressz hatására normálisan is jelentkező biológiai jeleket felerősíti, és kórosnak állítja be. Ennyi elég is ahhoz, hogy kialakuljon egyfajta panaszmintázat. Az orvos persze nem tehet mást, mint hogy kivizsgálja. Ezzel el is fogadjuk úgy, mint betegség tünetet, holott nagy része valójában nem az. Ez tehát egy önerősítő kör, amelyet az egész társadalom elfogad, és mi is legitimizáljuk, ha már az első beszélgetésnél a „háttér-okokat” nem tisztázzuk. Elég, ha arra gondolunk, hogy Magyarországon mennyire elterjedtek a depressziós, szorongásos tünetek. A pszichológiai és biológiai működés nagyon mély, nagyon szerteágazó és változékony együttműködése látszik az ilyen problémák háttérében.

Ha tehetjük, úgy gyógyítsunk a placebohatással, hogy ne kelljen placebo adni. Találjuk meg önmagunkban és a pácienseinkben is azt a belső mechanizmust, amely segíti aktiválni azokat a belső erőforrásokat, hogy a gyógyító folyamatok jól működjenek. Bármennyire is próbálják az oktatásban és a gyógyításban külön venni a szomatikus és az „egyéb” dolgokat, az én véleményem szerint is igaz a következő gondolat:

„Az egyetlen mód, amivel a test és az elme egymástól elválasztható: az a guillotine.” (Ewin D. M).

www.drzsiskabeata.hu

Hivatkozások

- Trupka, Z.: Interjú Bárdos Györggyel
- Informed: A rejtélyes fájdalom az agyban keletkezik
- Informed: A fájdalmat is beképezhetjük magunknak
- Szekész, Sz.: Akinek negatívak a gondolatai, előbb lesz beteg
- Köbli, A.–Medicalonline: A nem kommunikáció is kommunikáció
- LAM 1977;7 Módszertani ajánlás. A derékfájás diagnosztikája és terápiája