

A pszichiáterek miért orvosok elsősorban?

Sharon Packer, MD

„Azonnal meg kell változtatnia a gyógyszereit” – ugatta a hang a telefonüzenetben. A hang nem mutatkozott be, de a hívó fél azonosítója jelezte, hogy egy kórházi szociális munkás volt. A hangüzenet folytatta: „Itt Mária terapeutája. Hány. Szüksége van egy másik antidepresszánsra.”

Milyen furcsa üzenet, gondoltam magamban. A terapeuta hangja a katonaságénak felelt meg, ahol a hadtestparancsnok parancsokat ad ki. Különösnek találtam azt, hogy olyan sok ember (beleértve a terapeutákat) automatikusan azt feltételezi, hogy minden fizikai tünet a pszichotróp szerek mellékhatása és nem más, még akkor is, ha számos más gyógyszert írt fel sok más orvos.

Amikor visszahívtam, a terapeuta kitaróbb volt, mint valaha. Újra azt követelte, hogy adjak Máriának – aki ott ült az irodájában – egy másik antidepresszánt. Biztosítottam a terapeutát arról, hogy azt szeretném tenni, ami jó a betegnek, de emlékeztettem arra, hogy a kezelési döntések nem másodkézből származó információkon alapulnak. Mária-t kértem a telefonhoz.

„Mi történik Mária?” – kérdeztem. Mária elmagyarázta, hogy kora reggel óta hányt. Elmondta, hogy rosszabbul érezte magát, mint eddig életében valaha. „Más egyéb? Fájdalom? Hasmenés? Mikor kezdődött a fájdalom? Változik a helye? Mérte a lázát? Esetleges terhességről kérdeztem annak ellenére, hogy a depresszióját elsősorban az váltotta ki, hogy nem tudott teherbe esni.

Ösztönösen visszatértem az orvosi modellhez, elhadarva azokat a kérdéseket, amiket a rezidensek tesznek fel a sürgősségi osztályokon (EDs). Ezeket a kérdéseket több százszor tettem fel a múltban, álomban is fel tudnám idézni őket, még akkor is, ha évtizedek teltek el azóta, hogy nőgyógyászat gyakorlaton behívós voltam az ED-n minden harmadik éjszaka.

Maria szerint ez az állapot gyomorfájással kezdődött előző éjszaka. A fájdalom erősödött. Ezt követően elkezdett háyni. Azt is elmondta, hogy a fájdalom rosszabb, ha egyenesen áll.

További részleteket is hozzátett, de már mindent hallottam, amire szükségem volt. Akut hasat írt le, nem antidepresszáns

okozta reakciót. Tény, hogy az SSRI okozhat hányingert, általában a kezelés első vagy második hetében, de ez nem okoz fájdalmat, és biztosan nem okoz olyan mértékű fájdalmat, amitől meggörnyed a beteg.

Mária elutasította azt a javaslatomat, hogy ED-re menjen, de azzal

együttértett, hogy a belgyógyász azonnal



megnézzé.

Az irodája a kórház területén volt, egy rövid taxi útra. A belgyógyász telefonon megnyugtatóan, hogy szükség esetén azonnal el tudja őt szállíttatni. Később, aznap este a belgyógyász visszahívott, elmondta, hogy megvizsgálta őt és egyenesen a kórházba küldte, ahol kivizsgálták és műtétre vár.

A következő napon egy másik hívást kaptam, ezúttal magától a betegtől. A beszéde lassú volt és zavaros, ahogyan várható a posztoperatív ködös állapotban. Ki tudtam venni néhány elmosódott szót, „bélelzáródás” és „meghaltam volna műtét nélkül”. Nem említettek antidepresszáns mellékhatást. Nincs elmélet arról, mi történt volna, ha engedelmeskedem és egy másik antidepresszánt rendeltek.

Nem volt rá okom, hogy ezt most vagy bármikor megemlítsem. Elég volt az, hogy ő tudta, hogy nem érte volna meg a hajnalt, ha a tüneteit nem diagnosztizálják vagy kezelik azonnal. Szerettem volna tudni, hogy Chron-betegsége, vagy más, nem diagnosztizált gastrointestinalis vagy nőgyógyászati betegsége van e, ami az obstrukcióhoz vezetett. Az idő meg fogja mondani. Sajnos az idő megmondta. Egy nappal később Mária-t ismét megoperálták. A patológus megvizsgálta a metszeteiket, és okkult ráksejteket talált. Még egy resectióra szükség volt. Ezúttal a biopszia megerősítette a legnagyobb félelmeit. Prognózis? Bizonytalan. Ahogy ők mond-

ták. Nem részletezek mindent, ami ezután következett, csak annyit, hogy sok részlet következett. Engedjék meg, hogy azzal foglaljam össze, hogy egy száználmas 24 hónapos túlélési arány is jobb annál a 24 óránál, amit Mária várakozott a hányingerral, amit az SSRI hatásának tulajdonítottak.

Egy figyelmeztető mese

Ez a történet sok-sok évvel ezelőtt történt. Akkor elhatároztam, hogy leírom ezt az esetet, mert rávilágít annak veszélyére, hogy minden fizikai tünetet a pszichotróp gyógyszereknek tulajdonítanak, a teljes anamnézis és teljes kivizsgálás nélkül.

Mégis elvettem az ötletet, azt gondolván, hogy ez nem lenne hír a pszichiátereknek, akik elsődlegesen orvosok, és akiket arra képeztek, hogy „differenciál diagnózist” végezzenek, mielőtt következtetésre jutnak és megkezdik a kezelést idő előtt és meggondolatlanul.

Sok idő eltelt és az idők változtak, de ezek az emlékek soha nem múltak el. Inkább a fiatal nő emléke és vajúdásai a felszín alá szivárogtak és várták a megfelelő eseményt, hogy felforranak és kifussanak.

Erre az eseményre 2013 áprilisában került sor, amikor az illinois szenátus jóváhagyta a felíró „kiváltságokat” pszichológusoknak (akik orvosilag nem képzettek). Mik a feltételei annak, hogy a pszichológusok fellépjenek erre a szintre, és gyógyszereket írjanak fel a betegeknek? Egy kétéves online pszichofarmakológiai tanfolyam, amelyet bizonyos időközönként meg kell újítani, 100 beteg szupervíziója pszichológus (nem pszichiáter) által, és együttműködés egy orvossal. Nincs klinikai orvosi képzés, pláne nem orvosi gyakorlatok.

Hogy lehet ez? Ha nem lett volna a fásztó (és gyakran kellemetlen) orvosi gyakorlat és forgás az ED-n, belgyógyászati, sebészeti és szülészeti-nőgyógyászati osztályokon, ahol én fájós hasú betegek száza- inak a hasát tapogattam, és ahol kiderítettem több szervrendszert érintő anamnézisek részleteit minden betegtől, soha nem tudtam volna megoldani Mária panaszait. Nem gyanakodtam volna akut hasra a specifikus, de limitált tünetek alapján, amivel ő jelentkezett. Nem tudtam volna, mikor kérjem, hogy gondosan dolgozza ki a kezdetben adott információk minden apró darabakáját.

Orvosként megtanultuk a betegségek természetrajzát és aztán „igen” vagy „nem” kérdéseket feltenni, amelyek különböző diagnosztikus irányokba terelnek. Ezek a kérdések meglehetősen eltérnek a nyitott kérdésektől és a szándékosan homályos kérdésektől, amelyeket a dinamikus terápiában használnak – de életmentőek lehetnek.

Beleborzongok, ha arra gondolok, mi történt volna *Máriával*, ha helyzetének nem orvosi értékelésében bízok. Ezen a ponton boldog vagyok, hogy tudom, orvosi szakértelemmel mentettem életet. Ret-

tenetesen boldogtalan vagyok viszont, ha a jövő betegeire gondolok, akiket esetleg olyan szakemberek kezelnek, akik úgy vélik, hogy elegendő megtanulni, hogyan kell gyógyszert felírni.

Nemrég volt egy külön okom az aggodalomra. Mint egy olyan valaki, aki Illinois államban született, nőtt fel és tanult, aki a Chicago Jewish Academy, University of Illinois at Chicago-ra járt az egyetemi évek alatt, és a University of Illinois at Chicago College of Medicine-re (mielőtt campusok épültek Chicagón kívül), különösen elszomorodtam, amikor értesültem

az illinoisi Szenátus intézkedéséről. Reméltem, hogy néhány tanult lélek megmagyarázhatja a „differenciáldiagnózis” értékét a hatalomnak és ők újragondolják ezt.

Szerencsére, a Szenátus tagjai újragondolták. A javaslatot elvetették. Ezt a csatát megnyertük most –, de új harcok fognak fellobbanni más frontokon. Másik államot fog érinteni legközelebb. Bízható tudni azt, hogy a pszichiáterek olvassák ezeket a gondolatokat és emlékeznek arra, hogy ők is elsősorban orvosok, akik használni tudják orvosi gyakorlatukat arra, hogy átfogó betegellátást nyújtsanak.