

Oszalamiająca opowieść
„NATURE”



JAK UMYŚŁ WPŁYWA NA CIAŁO

Jo Marchant

G A L A K T Y K A



JAK UMYŚŁ WPŁYWA NA CIAŁO

Jo Marchant

Przekład: Jacek Żuławnik

G A L A K T Y K A

Tytuł oryginału:
*Cure: A Journey into the Science
of Mind Over Body*

Copyright © Jo Marchant, 2016

All rights reserved. Wszelkie prawa zastrzeżone.

Published by arrangement with Canongate Books Ltd,
14 High Street, Edinburgh EH1 1TE.
Opublikowano na podstawie umowy z Canongate Books Ltd,
14 High Street, Edinburgh EH1 1TE.

ISBN wydania oryginalnego: 978-0-85786-862-6

© for the Polish edition: Galaktyka Sp. z o.o., Łódź 2016
90-644 Łódź, ul. Żeligowskiego 35/37
tel. +42 639 50 18, 639 50 19, tel./fax 639 50 17
e-mail: info@galaktyka.com.pl; sekretariat@galaktyka.com.pl
www.galaktyka.com.pl
ISBN: 978-83-7579-535-6

Konsultacja: *dr n. med. Daniel Śliż*
Redakcja: *Elżbieta Derelkowska*
Redakcja techniczna: *Marta Sobczak*
Korekta: *Monika Ulatowska*
Redaktor prowadzący: *Marek Janiak*

Projekt okładki: *Artur Nowakowski (na podstawie
oryginalnego projektu autorstwa Petera Adlingtona)*
DTP: *Garamond*
Druk i oprawa: *KMDRUK*

Pełna informacja o ofercie, zapowiedziach i planach wydawniczych
www.galaktyka.com.pl
info@galaktyka.com.pl; sekretariat@galaktyka.com.pl

Wszelkie prawa zastrzeżone. Bez pisemnej zgody Wydawcy książka ta nie może być powielana ani częściowo, ani w całości. Nie może też być reprodukowana, przechowywana i przetwarzana z zastosowaniem jakichkolwiek środków elektronicznych, mechanicznych, fotokopiarskich, nagrywających i innych.

SPIS TREŚCI

Od autorki IX

Wstęp XI

- 1 FAŁSZYWKA
Dlaczego nic nie działa 1
- 2 WYKOLEJONY POMYSŁ
Kiedy znaczenie jest najważniejsze 27
- 3 MOC PAWŁOWA
Jak wyszkolić układ odpornościowy 53
- 4 WALKA ZE ZMĘCZENIEM
Ucieczka z najgorszego więzienia 76
- 5 W TRANSIE
Wyobraź sobie, że twoje jelita są jak rzeka 99
- 6 PRZEMYŚLEĆ BÓL NA NOWO
Do lodowego kanionu 123
- 7 POROZMAWIAJ ZE MNĄ
Dlaczego troska jest tak ważna 145
- 8 WALKA ALBO UCIECZKA
Myśli, które zabijają 170

Od tamtej pory przypadłość jej nie opuszcza, daje o sobie znać zwłaszcza w stresujących momentach, na przykład wtedy, kiedy została zwolniona z fabryki. Pracę, którą wykonywała jej ekipa, przekazano w ręce tańszej meksykańskiej siły roboczej i w efekcie grupa kobiet, z którymi żyła się przez lata, rozproszyła się. Linda przekwalifikowała się na asystentkę medyczną, licząc, że uda jej się znaleźć zajęcie na przykład u kręgarza; tylko że kiedy już zdobyła nowy zawód, okazało się, że nie ma dla niej ofert pracy. A gdy w końcu udało jej się zatrudnić na część etatu, musiała zrezygnować z powodu dolegliwości związanych z zespołem jelita drażliwego.

Choroba zniszczyła również jej życie towarzyskie. Najgorzej, kiedy objawy wchodziły w ostrą fazę.

– Wtedy nie mogę nawet wyjść z domu – opowiada. – Zdarza mi się zasłabnąć z bólu. Bez przerwy biegam do łazienki.

Nawet idąc po codzienne zakupy, musi wiedzieć, gdzie znajdzie najbliższą toaletę. Wymienia okoliczne „punkty orientacyjne”: WC w sklepie sieci Market Basket, WC na poczcie...

– I tak od dwudziestu lat – mówi. – Okropne takie życie.

Teraz musi sobie radzić z dodatkowym obowiązkiem: opieką nad rodzicami w podeszłym wieku; matka mieszka sama, ojciec zaś, który cierpi na demencję – w domu opieki. Brat Lindy zginął w Wietnamie, a siostra bliźniaczka zmarła na raka osiemnaście lat temu, toteż Linda jest ostatnią osobą, na którą rodzice mogą liczyć.

Rozpromienia się.

– Ale za to podróżuję – mówi. – Jeżdżę do Anglii i w ogóle. Uwielbiam to.

Zaskakuje mnie to wyznanie, ale po chwili uzmysławiam sobie, że chodzi jej o Google Maps. Proszę, żeby mi pokazała, jak wyglądają jej podróże. Przechodzimy do komputera stojącego na biurku wciśniętym pomiędzy kanapę i mikrofalówkę. Włącza mapy i lądujemy na dachu pałacu Buckingham.

Naraz dopada mnie świadomość tego, jak dużo czasu spędza Linda w tym mieszkaniu. Zna pałac na wylot, robi zbliżenie, próbując

zajrzeć przez okno, a potem przeskakuje na drugą stronę i podziwia prywatne ogrody. Jej pozostałe ulubione cele podróży to karaibska wyspa Aruba i wille gwiazd przy Rodeo Drive. Czasem sprawdza adresy dawnych koleżanek z pracy, które po otrzymaniu wypowiedzenia przeniosły się do Kentucky albo do Kalifornii – do miejsc, których Linda, ze względu na chorobę i potrzeby rodziców, nigdy nie odwiedzi w prawdziwym życiu.

Przez lata Linda, tak jak wielu pacjentów z zespołem jelita drażliwego, krążyła od jednego lekarza do drugiego. Badano ją pod kątem nietolerancji pokarmowych i alergii. Próbowwała ograniczać dietę na różne sposoby: a to rezygnowała z glutenu, a to nie jadła tłuszczu, a to odmawiała sobie pomidorów. Nic jednak nie pomagało – dopóki nie wzięła udziału w badaniu zorganizowanym przez Teda Kaptchuka, profesora harwardzkiej akademii medycznej. Zrewolucjonizowało ono świat badań nad placebo.

* * *

– Wie pani, że jestem wykolejencem? – Ted Kaptchuk patrzy mi prosto w oczy i odnoszę wrażenie, że jest raczej dumny z tego określenia¹.

– Owszem – odpowiadam.

Trudno znaleźć jakiegokolwiek informacje o tym profesorze Harvardu bez wzmianki o jego niezwyklej przeszłości. Wychodzi ona zresztą z każdego zakątka domu, w którym rozmawiamy – domu stojącego przy pełnej zieleni bocznej uliczce w Cambridge w stanie Massachusetts, w którym Kaptchuk mieszka i pracuje.

Przy wejściu gospodarz prosi mnie, bym zdjęła buty, i proponuje filiżankę earl greya. Na drewnianych podłogach leżą perskie dywany, a w korytarzu poczesne miejsce zajmuje wielki mosiężny samowar. Mieszkanie jest elegancko urządzone, są w nim stylowe meble, nowoczesne dzieła sztuki i półki pełne książek – rzędy cegieł w twardej oprawie, niektóre ozdobione złotymi wypukłymi chińskimi ideogramami, inne opatrzone angielskimi tytułami: od *The Jewish Wardrobe* po *Honey Hun-*

ters of Nepal. Za oknem dostrzegam zielenie i różowości wypiełgnowanego, dekoracyjnego ogrodu, bardziej pasującego do Japonii.

Kaptchuk nosi złote sygnety, ma duże, brązowe oczy i siwiejące włosy, częściowo schowane pod czarną myką. Lubi cytować manuskrypty, a na moje pytania odpowiada po długim zastanowieniu i marszczeniu czoła. Proszę go, aby opowiedział mi, jak doszedł do tego punktu w swoim życiu, i słyszę, że wszystko zaczęło się, kiedy na studiach wyjechał do Azji zgłębiać tradycyjną medycynę chińską.

Decyzję o wyjeździe przypisuje „szalonej atmosferze lat sześćdziesiątych”.

– Chciałem zrobić coś antyimperialistycznego.

Interesowały go również religie i filozofie Wschodu, a także myśli chińskiego przywódcy komunistycznego Mao Zedonga.

– Dziś uważam, że to było naprawdę słabe uzasadnienie chęci studiowania chińskiej medycyny. Ale nie chciałem zostać wchłonięty przez system. Nie chciałem być jego częścią.

Po czterech latach w Chinach i na Tajwanie wrócił do Stanów Zjednoczonych z dyplomem specjalisty w zakresie medycyny chińskiej i otworzył w Cambridge nieduży salon akupunktury. Przyjmował pacjentów z różnymi schorzeniami, w większości przewlekłymi, od wszelkich bólów po problemy z trawieniem, drogami moczowymi i oddechowymi. Z czasem wszakże coraz bardziej krępowała go rola uzdrowiciela. Był dobry w tym, co robił – być może nawet zbyt dobry. Zdarzały mu się pełne dramatyzmu ozdrowienia, czasem nawet zanim jeszcze poddał pacjenta jakiegokolwiek terapii.

– Niektórzy pacjenci wychodzili ode mnie całkowicie odmienieni – mówi. – Siadali i rozmawiali ze mną, a ja wypisywałem receptę. Bałem się, że mam jakieś zdolności parapsychologiczne. Myślałem: „Cholera, to jakieś wariactwo!”

W końcu Kaptchuk doszedł do wniosku, że jednak nie posiada żadnych zdolności mediumicznych, ale też nabrał przekonania, że zdumiewające ozdrowienia jego pacjentów nie mają nic wspólnego z zastrzy-

kami i ziołami, które przepisywał. W grę wchodził jakiś inny czynnik – czynnik, który Kaptchuk postanowił odkryć.

W 1998 roku harwardzka akademia medyczna, znajdująca się raptem kilka budynków od salonu Kaptchuka, ogłosiła nabór na specjalistę od medycyny chińskiej. Amerykańskie Narodowe Instytuty Zdrowia planowały bowiem otwarcie ośrodka badań nad medycyną komplementarną i alternatywną. Ośrodek, choć niewielki w porównaniu z innymi działającymi pod auspicjami Narodowych Instytutów Zdrowia, na przykład tymi zajmującymi się rakiem bądź genetyką, zapowiadał się na niezłe nowe źródło funduszy na badania dla Harvardu.

– Sęk w tym, że nikt tam nie miał pojęcia o chińskiej medycynie ani w ogóle o medycynie alternatywnej – mówi Kaptchuk. – Więc mnie zatrudnili.

Zamiast jednak zająć się bezpośrednimi studiami nad medycyną chińską, Kaptchuk postanowił skupić się na efekcie placebo, licząc, że znajdzie wytłumaczenie dla cudownych ozdowień swoich pacjentów. Benedettiego interesują molekuly i mechanika efektu placebo, natomiast Kaptchuk koncentruje się na ludziach. Pytania, które zadaje, są natury psychologicznej i filozoficznej. Dlaczego tak głęboko oddziałuje na nas sama nadzieja na wyleczenie? Czy efekt placebo składa się z różnych elementów? Czy na naszą reakcję mają wpływ takie czynniki, jak rodzaj przyjmowanego placebo i podejście lekarza do pacjenta?

W jednym ze swoich pierwszych badań Kaptchuk porównał skuteczność dwóch rodzajów placebo – fałszywej akupunktury i fałszywej pigułki – w grupie dwustu siedemdziesięciu pacjentów skarżących się na uporczywy ból ręki². Z punktu widzenia medycyny konwencjonalnej takie badanie nie ma sensu. Porównując dwie obojętne terapie – zestawiając, w gruncie rzeczy, nic z niczym – nie oczekujemy, że zaobserwujemy jakiekolwiek różnice. A jednak Kaptchukowi udało się dostrzec rozbieżności. Okazało się bowiem, że placebo pod postacią akupunktury skuteczniej zmniejszało ból pacjentów niż placebo pod postacią pigułki, ale to drugie lepiej wpływało na sen.

Na tym właśnie polega problem z efektem placebo: podczas badań bywa nieuchwytny, trudny do zdefiniowania, rzadko całkiem znika, ale często wpływa na wyniki. Efekt zmienia się w zależności od rodzaju placebo i u różnych ludzi, w różnych kulturach oraz przy różnych schorzeniach osiąga odmienne natężenie. Na przykład odsetek osób, które zareagowały na placebo podczas badań nad jednym z leków na wrzody, sięgał od pięćdziesięciu dziewięciu procent w Danii do zaledwie siedmiu procent w Brazylii³. To samo placebo może mieć pozytywne lub negatywne skutki, albo w ogóle nie wpłynąć na pacjenta, w zależności od informacji, jakie uzyskamy na jego temat. Również skutki działania placebo mogą się zmieniać z czasem. Owa zmienność wytworzyła wokół efektu placebo aurę zjawiska balansującego na granicy naukowości – o ile nie jawnie szalonego.

Nie ma jednak mowy o szaleństwie. Wyniki tych i podobnych badań pokazują, mówi Kaptchuk, że naukowcy od dawna błędnie rozumieją istotę efektu placebo. Dodaje, że kiedy przyszedł na Harvard, usłyszał od tamtejszych specjalistów, że efekt placebo to „wpływ substancji obojętnej”. Ten często spotykany opis jest jednak dla Kaptchuka „wierutną bzdurą”. Substancja obojętna bowiem już z samej swojej definicji nie wywiera żadnego wpływu.

Tym wszakże, co wpływ wywiera, jest, rzecz jasna, nasza reakcja psychiczna na substancję obojętną. Ani fałszywa akupunktura, ani fałszywa pigułka same w sobie nie są zdolne do działania. Ale pacjenci interpretują je w różny sposób, co z kolei wywołuje różne zmiany w objawach ich schorzeń.

Za takim punktem widzenia opowiada się Dan Moerman, antropolog z Uniwersytetu Michigan, który zanim zainteresował się placebo, badał lekarstwa ziołowe stosowane przez indiańskich uzdrowicieli – i który przeanalizował wspomniane wyżej badania leku na wrzody. Zdaniem Moermana, aktywnym składnikiem remedium jest... znaczenie przypisywane każdej terapii, fałszywej bądź prawdziwej (najchętniej zmieniliby nazwę efektu placebo na „reakcję na znaczenie”, ale na razie jego propozycja nie spotkała się z odzewem).

W rozmowie telefonicznej Moerman odwołuje się do jednego z badań Benedettiego, przeprowadzonego na wracających do zdrowia po operacji pacjentach, którym podano kroplówkę ze środka przeciwbólowego⁴. Jednej grupie lekarz osobiście podał środek i wytłumaczył, na czym polega jego działanie. Druga grupa otrzymała lek dyskretnie, a dozowaniem kroplówki zawiadywał komputer. Różnica pomiędzy grupami sprowadzała się, jak to ujmuje Moerman, wyłącznie do „relacji z drugim człowiekiem i słów”⁵.

Wpływ tej interakcji był uderzający. Pacjenci, którzy przyjmowali lek w obecności lekarza, o połowę rzadziej uskarżali się na ból. W badaniu zastosowano cztery różne środki przeciwbólowe i w każdym przypadku uzyskano niemal identyczne wyniki.

– Nie dostrzegam w tym efektu placebo – mówi Moerman. – Widzę za to lekarski kitel.

Zamiast skupiać się na fałszywych pigułkach, twierdzi, powinniśmy zająć się tymi symbolami medycyny, z którymi kontakt sprawia, że spodziewamy się poprawy naszego zdrowia: białym fartuchem, stetoskopem, lśniącem sprzętem nowoczesnego szpitala albo kadzidłem i zaklęciami tradycyjnego uzdrowiciela.

Zwraca ponadto uwagę na prowadzone na przestrzeni ostatnich trzydziestu lat badania nad antydepresantami. Z czasem leki stały się coraz skuteczniejsze w zwalczaniu depresji – ale również placebo zanotowało większą efektywność na tym polu⁶. Rosnąca siła antydepresantów jest według Moermana wynikiem działania mediów i reklam, które wspólnie pobudziły świadomość konsumentów i pogłębiły ich wiarę w skuteczność leków.

– Reklamy antydepresantów pojawiają się we wszystkich czasopiśmie, których czytelnicy mogą należeć do grupy osób ze skłonnością do depresji. Nawet Oprah o nich mówi. Dziś wszyscy wiedzą, że można wyleczyć się z depresji, łykając pigułki.

Kiedy zamiast na samej terapii substancjami obojętnymi skupimy się na osobistym znaczeniu, jakie placebo ma dla ludzi, wówczas okaże się, że owa zmienność wpływu placebo na poszczególne osoby ma sens.

Kiedy jednak Kaptchuk zadał pacjentom biorącym udział w badaniach klinicznych pytanie o to, co sądzą o pigułkach, które łykają, usłyszał odpowiedzi nie pasujące do schematu. Jednym z najważniejszych twierdzeń przewijających się przez wszystkie dyskusje o efekcie placebo było to, że aby efekt zadziałał, pacjent musi być przekonany o prawdziwości terapii. Pacjenci nierzadko osiągają silny efekt placebo w badaniach, w których szansa na otrzymanie placebo bądź prawdziwego remedium wynosi pół na pół. Naukowcy zawsze zakładali, trochę protekcyjnie, że dzieje się tak, ponieważ ludzie po prostu zapominają, że przyjmowany przez nich lek może być placebo. Kaptchuk odkrył, że nie w tym rzecz.

– Ludzie wariują podczas badań prowadzonych metodą podwójnie ślepej próby – mówi. – Martwią się, czy aby nie przyjmują placebo. Myślałam o tym całymi dniami.

Jak to więc możliwe, że nadal doświadczają efektu placebo? – zadał pytanie...

...i wpadł na najśmielszy – i pewnie najbardziej wykończony – ze wszystkich swoich pomysłów.

* * *

– Byłam wstrząśnięta! – mówi Linda. Słucham jej, popijając herbatę i pogryzając drugie ciasteczko.

Na badania kliniczne zgłosiła się za poruczeniem swojego gastroenterologa, Anthony'ego Lembo z Harvardu, który współpracował z Kaptchukiem. Lembo wręczył jej buteleczkę pełną przezroczystych kapsułek zawierających beżowy proszek. Linda, której zespół jelita drażliwego od lat uprzykrzał życie, z entuzjazmem podeszła do nowego, eksperymentalnego leku na swoją przypadłość. Podniecenie opadło, dopiero kiedy Limbo poinformował ją, że kapsułki to placebo, nie mające żadnych czynnych składników.

Linda wiedziała z kursu na asystentkę medyczną, czym jest placebo, i uważała, że przyjmowanie go to głupota.

– Dajcie spokój, powiedziałam, niby w jaki sposób ma to mi pomóc?
– mówi. – Ale zrobiłam wszystko, co mi kazali, bo byłam zdesperowana.

Wróciła do domu i jeszcze tego samego dnia posłusznie połknęła dwie kapsułki, jedną przed południem, drugą po, popijając je filiżanką herbaty.

– Wzięłam je pierwszego dnia i zapomniałam – opowiada.

Potem zdarzyła się rzecz zaskakująca. Kilka dni później Linda nagle uświadomiła sobie, że nie jest już chora.

– Czułam się fantastycznie – wspomina. – Zero bólu, żadnych objawów, nic. No proszę, pomyślałam, to chyba działa.

Przez trzy tygodnie, czyli tyle, ile trwało badanie, Linda znów wiodła normalne życie. Mogła jeść, co chciała, i wychodzić z domu, nie martwiąc się, czy po drodze znajdzie toaletę. Poszła do kina z przyjaciółką i nawet na okolicznościowy obiad w Olive Garden. Potem zaczęła obawiać się końca badania.

– Kiedy zaczął się trzeci tydzień, pomyślałam: „O nie, nie mogę odstawić tych kapsułek”.

Błagała Lembo, żeby dał jej więcej placebo, ale lekarz wyjaśnił, że brak etycznej zgody na przepisywanie dalszych dawek leku po zakończeniu badania. Trzy dni po zużyciu ostatniej partii kapsułek objawy zespołu jelita drażliwego powróciły.

Linda nie była jedyną, której stan poprawił się dzięki placebo. W badaniu Kaptchuka wzięło udział osiemdziesięcioro pacjentów z przewlekłym zespołem jelita drażliwego; połowa z nich przyjmowała placebo. Lekarze wytłumaczyli pacjentom, że choć kapsułki nie zawierają żadnych czynnych składników, to jednak mogą zadziałać na zasadzie psychobiologii i procesów samouzdrawiania.

– Wszyscy uważali, że to wariactwo – mówi Kaptchuk. Niemniej z rezultatów badania opublikowanych w 2010 roku wynika, że u pacjentów przyjmujący placebo zanotowano znacznie większą poprawę stanu zdrowia niż u pacjentów nie biorących żadnych leków⁷. Podobne wyniki uzyskał Kaptchuk w badaniu pilotażowym dwudziestu kobiet cierpiących na depresję⁸ oraz w badaniu sześćdziesięciorga sześciorga pacjentów

z migreną, którym przy łącznie ponad czterystu pięćdziesięciu atakach podawano prawdziwy lek, placebo albo nic⁹. Świadome łykanie placebo osłabiało ból o trzydzieści procent bardziej niż w przypadku braku jakiegokolwiek remedium.

– Mój zespół był całkowicie zaskoczony – mówi Kaptchuk.

Linda wróciła do punktu wyjścia, ale badanie, w którym uczestniczyła, trwale odmieniło metody zgłębiania zagadnienia placebo. Jedną z największych przeszkód w stosowaniu placebo w medycynie jest obawa przed uznawaniem za nieetyczne zwodzeniem pacjentów. Badania Kaptchuka pokazują jednak, że „uczciwe” placebo sprawdza się równie dobrze.

* * *

Listonosz puka do drzwi, a kiedy mu otwieram, wręcza mi czarną kartonową tubę z naklejką „ostrożnie”. Zawartość grzechocze jak zabawka. W środku znajduje się owinięte w folię bąbelkową niewielkie, przezroczyste opakowanie niebiesko-białych kapsułek, do złudzenia przypominających zwyczajne leki. Na etykiecie jest napisane: „Metaplacebalin. Kapsułki zwiotczające. Dawkowanie: jedna lub dwie kapsułki trzy razy dziennie”. Moje własne placebo.

Od kiedy Kaptchuk udzielił naukowego wsparcia idei „uczciwego” placebo (stosowanego w badaniach otwartych, czyli takich, w których uczestnicy wiedzą, co przyjmują), obrodziło w prywatne firmy sprzedające takie specyfiki w sieci. Wystarczy kilka kliknięć, żeby znaleźć odpowiednią witrynę, na przykład Universal Placebos albo Aplacebo (siedziba tej drugiej mieści się w Chelmsford w Wielkiej Brytanii). Na stronie Aplacebo znajdują się odnośniki do artykułów o badaniach Kaptchuka oraz szeroki wybór produktów, między innymi puste buteleczki i spreje w różnych kolorach, w zależności od pożądanego skutku (wodę dodaje się samemu), placebo homeopatyczne, a nawet wirtualne, przesyłane esemesem¹⁰.

Produkty nie są tanie, kosztują od dziesięciu do dwudziestu pięciu funtów, ale, jak podkreślają autorzy strony, badania pokazują, że im pla-

cebo droższe, tym skuteczniejsze – być może dlatego, że instynktownie wierzymy, iż kosztowna terapia przynosi lepszy skutek. Stawiam swoje kapsułki w szafce w kuchni, obok pozostałych lekarstw. Ich widok po-krzepia, wyglądają na silne, są słodko niebieskie, tak jasne, że niemal świecą.

Kilka tygodni później wypada trudny dzień, opiekuję się bowiem dwójką chorych dzieci. Kiedy wreszcie udaje mi się położyć je do łóżka i skierować myśli na pracę, na którą chciałam przeznaczyć resztę wieczoru, okazuje się, że na przeszkodzie staje mi pulsujący ból głowy. Otwieram kuchenną szafkę i wydaję opakowanie kapsułek. Czy wyniki badań Kaptchuka to po prostu fuks, myślę, czy też placebo naprawdę może nam pomóc w codziennym życiu?

Lekarze i producenci leków już, rzecz jasna, od pewnego czasu wykorzystują efekt placebo. Jak pokazuje eksperyment Benedettiego z jawnym i ukrytym podawaniem środków przeciwbólowych, doświadczamy efektu placebo za każdym razem, gdy przyjmujemy lek. Wszelkie korzyści, jakie odnosimy z remedium, stanowią wypadkową działania zawartych w nim aktywnych składników oraz efektu placebo. W przypadku niektórych medykamentów ich skuteczność zawdzięczamy niemal w całości komponentom chemicznym; statyny placebo mają wpływ niewielki lub zgoła żaden na przykład na poziom cholesterolu. Przy innych środkach, takich jak antydepresanty, większość pracy wykonuje nasz umysł.

Jeden ze sposobów wykorzystywania placebo polega zatem na wzmacnianiu jego efektu związanego z przyjmowanymi przez nas czynnymi lekami. Problem polega na tym, że różni ludzie różnie reagują na placebo (z przyczyn, którym przyjrzymy się w dalszej części rozdziału), ale potrafimy opracować takie środki, które wzmacniają efekt placebo u większej liczby pacjentów. Z badań wynika, że mocniejszy efekt daje wszystko, co sprawia wrażenie silnego i skutecznego lekarstwa.

Na przykład duże pigułki są efektywniejsze niż małe. Dwie na raz działają lepiej niż jedna. Tabletki z nadrukowaną rozpoznawalną nazwą producenta sprawdzają się lepiej niż proszek bez napisów. Łykając koloro-

we kapsułki, osiągniemy lepsze rezultaty, niż gdybyśmy przyjmowali białe, aczkolwiek barwa jest uzależniona od efektu, jaki chcemy osiągnąć: niebieskie pomagają na sen, a czerwone dobrze uśmierzają ból. Z kolei zielone łagodzą niepokój. Liczy się również sposób podania, stąd im radykalniejsza terapia, tym silniejszy efekt placebo. Ogólnie rzecz biorąc, operacja daje lepsze wyniki niż zastrzyki, te zaś przewyższają łykanie kapsułek, które stoją w hierarchii wyżej niż zwykłe pigułki.

Istnieją różnice kulturowe w skuteczności placebo, które potwierdzają tezę, że efekt nie zależy od samego placebo, lecz od tego, jakie znaczenie mu nadajemy. Przykład: niebieskie tabletki z reguły pomagają w zasypianiu, ale akurat na Włochów działają w przeciwny sposób, być może dlatego, że niebieski jest kolorem strojów włoskiej reprezentacji w piłce nożnej, toteż zamiast ich odprężyć – pobudza¹¹. W Stanach Zjednoczonych zastrzyki są lepszym placebo niż pigułki, a w Europie odwrotnie, ponieważ w tutejszej kulturze silniej zakorzeniła się wiara w skuteczność tabletek.

Niezwykle zajmujące, trzeba przyznać, ale czy możemy wszystkie te odkrycia dotyczące „uczciwego” placebo doprowadzić do logicznej konkluzji? Czy możemy świadomie przyjmować fałszywe pigułki po to, by zaprzęgać umysł do pracy nad rozwiązaniem problemów takich jak depresja, niestrawność, ból albo bezsenność?

Kaptchuk mówi, że pomysł bardzo mu się podoba.

– Zdecydowanie uważam, że ludzie stosują zbyt dużo środków farmakologicznych – mówi. Dodaje, że niezłym punktem wyjścia mogą być te schorzenia, które zmuszają nas do długotrwałego przyjmowania leków i w których skuteczność rzeczonych leków zaledwie w niewielkim stopniu przewyższa efektywność placebo – mowa na przykład o bólu albo depresji. Pacjenci z takimi przypadłościami mogliby w pierwszej kolejności przyjmować placebo, a dopiero potem, gdyby okazało się to konieczne, aktywne leki.

Nie wydaje mu się jednak, żeby pomysł ten chwycił w środowisku lekarskim. Mówi, że czasem podczas prelekcji zwraca się do złożonej z lekarzy publiczności z pytaniem o to, czy gdyby istniały niepodważalne

dowody na skuteczność „uczciwego” placebo w leczeniu określonego schorzenia, przepisywaliby je pacjentom.

– Nikt się nie zgłasza – mówi.

Jednym ze sceptyków jest Edzard Ernst, profesor medycyny alternatywnej na Uniwersytecie w Exeter. Walczy przeciwko stosowaniu metod, których skuteczności nie udowodniono, na przykład homeopatii. Jest przeciwny wykorzystywaniu „uczciwego” placebo, nawet jeśli ono pomaga.

– Powinniśmy dążyć do maksymalizacji efektu placebo w powiązaniu ze skutecznymi terapiami – wyjaśnia¹². Stosowanie wyłącznie placebo pozbawia pacjentów dodatkowych korzyści terapeutycznych płynących z przyjmowania aktywnych leków.

Zdecydowanie ma to sens w przypadku chorób o ostrym przebiegu, w których dowiedziono skuteczności leków. Kiedy mój syn nabawi się poważnej infekcji, nie podam mu fałszywej pigułki, tylko poproszę lekarza o przepisanie antybiotyku. Kaptchuk twierdzi jednak, że w niektórych sytuacjach, jak choćby wtedy, gdy ktoś cierpi z powodu bólu, depresji albo zespołu jelita drażliwego, przyjmowanie samego placebo może być równie skuteczne, jak łykanie zwykłych tabletek, bez narażania pacjentów na skutki uboczne (na przykład uzależnienie) zażywania normalnych leków.

– Mam nadzieję, że coś się zmieni, bo pacjenci coraz głośniejsze domagają się terapii mających mniej skutków ubocznych – mówi. – Ludzie po prostu nie chcą brać leków w nieskończoność.

Ernst odpowiada, że niewiele pozostało schorzeń, na które nie dysponujemy żadną dobrą kuracją, i dodaje, że tam, gdzie środki farmakologiczne są nieskuteczne, pacjenci mogą spróbować innych metod leczenia (na przykład fizjoterapii albo terapii poznawczo-behawioralnej). Wiarę Kaptchuka w placebo podziela Simon Bolingbroke z Chelmsford w hrabstwie Essex, specjalista do spraw gromadzenia i przetwarzania informacji, a także współzałożyciel Aplacebo, firmy, która wyprodukowała moje kapsułki.

Gdy pytam Bolingbroke'a o to, dlaczego uznał, że handel lekami o obojętnym działaniu to dobry sposób na życie, odpowiada, że kiedy był w wojsku w latach siedemdziesiątych i służył w Rodezji (obecnie Zimbabwe), złapał kleszcza. Po powrocie do Wielkiej Brytanii zaczął uskarżać się na szereg dolegliwości, między innymi bóle głowy, zmęczenie oraz bóle stawów i mięśni. Lekarze nie wiedzieli, co mu dolega. Zanim w końcu zdiagnozowano u niego przenoszoną przez kleszcze boreliozę, choroba zdążyła przenieść się na układ nerwowy i uszkodzić go w sposób nieodwracalny.

Bolingbroke jeździ na wózku i cierpi na nieustające bóle, wywoływane przez nerwy, które uaktywniają się w niewłaściwych momentach.

– To fałszywy ból – mówi. – Mój układ nerwowy zwariował. Nie potrafię na przykład powiedzieć, czy coś jest gorące, czy zimne. Kiedy gotuję albo myję się, muszę bardzo uważać, czego dotykam, bo mogę się poparzyć.

Objawy leczono u niego farmakologicznie – w pewnym momencie przyjmował dziewięć różnych leków na raz, od środków przeciwbólowych po antydepresanty. Wprawdzie łagodziły ból, ale, jak wspomina, z czasem zawałdnęły jego życiem i wywoływały gwałtowne zmiany nastrojów.

– Sprawiały, że na zmianę chciałem zabić siebie albo pozabijać innych. Nie byłem miłym człowiekiem.

Zainspirowany badaniami nad placebo Bolingbroke postanowił odstawić leki, powoli, dawka po dawce, zastępując je pigułkami własnej produkcji o obojętnym działaniu. Dziś, jak mówi, nie bierze „praktycznie żadnych” czynnych leków. Kiedy pytam go, czy za pomocą placebo udaje mu się kontrolować ból tak dobrze, jak za pomocą zwykłych środków przeciwbólowych, zastanawia się przez chwilę, po czym odpowiada:

– Wygląda na to, że tak.

Razem ze znajomym prowadzi stronę Aplacebo, za pośrednictwem której sprzedaje placebo w sieci. Kapsułki, które mi wysłał, to wysokiej jakości żelatynowe osłonki, identyczne jak te stosowane przez firmy far-

maceutyczne, z tą różnicą, że puste. Etykieta jest sprytnie zaprojektowana, żargon medyczny sprawia, że wydaje nam się, iż mamy do czynienia z silnie działającym lekiem. Jest też informacja, że powinniśmy dokładnie przeczytać ulotkę, tam zaś znajdziemy uspokajająco naukowo brzmiącą listę składników: azot (78,084%), tlen (20,946%), argon (0,934%), dwutlenek węgla (0,039%) – czyli po prostu powietrze.

Opakowanie rzeczywiście wygląda nęcąco, ale trudno mi wyobrazić sobie, że ludzie wydają ciężko zarobione pieniądze na produkt, który nie ukrywa, że niczego w sobie nie zawiera. Czy Aplacebo to na pewno poważny biznes?

– Rzeczywiście, zaczęło się w zasadzie od żartu – odpowiada Bolingbroke. – Śmialiśmy się sami z siebie, ale okazało się, że żart obrócił się w poważne zajęcie.

Przyznaje, że firma nie może się jeszcze pochwalić imponującymi obrotami, ale twierdzi, że wraz z rozwojem badań nad placebo i wzrostem świadomości konsumentów, jego towary mogą pewnego dnia chwycić.

Po powrocie do domu otwieram opakowanie i połykam dwie kapsułki, popijając je wodą. Stoję przy zlewie, tak jak zawsze, kiedy biorę zwykcyjne środki przeciwbólowe. Myślę o badaniach Benedettiego, przywołuję jego piwniczne laboratorium w Turynie i próbuję wyobrazić sobie, jak endorfiny zalewają mój mózg. Czekam, co się stanie.

Wprawdzie mało to naukowy eksperyment, ale fakt, że po mniej więcej dwudziestu minutach ból rzeczywiście łagodnieje. Zażegnawszy ten mały kryzys, mogę usiąść do pracy. Czuję się choć trochę podbudowana świadomością, że wystarczył mi mój własny umysł, abym poczuła się lepiej.

* * *

Liceum Bibi Hadżera w mieście Talokan w północno-wschodnim Afganistanie to rozpadający się budynek z surowej cegły. Uczęszczające do szkoły dziewczęta noszą jednakowe czarne szaty i białe chusty. Uczą się, siedząc przy wysłużonych drewnianych biurkach, ustawionych na dwo-

rze, w cieniu pod drzewem. Rankiem dwudziestego trzeciego maja 2012 roku zajęcia trwały jak zwykle, dopóki jedna z uczennic nie poskarżyła się na nieprzyjemny zapach.

Jednej po drugiej dziewczętom zaczęło kręcić się w głowie i być niedobrze. Potem zaczęły mdleć. W ciągu kilku godzin ponad setka uczennic i nauczycieli trafiła do szpitala. Na zdjęciach pokazywanych w mediach widać było uzbrojonych strażników przed szpitalem i chaos w środku: przepełnione oddziały pękały w szwach od cierpiących, z trudem łapiących oddech dziewczyn i wachlujących je krewnych.

Chaliluła Asir, rzeczniczka miejscowej policji, wiedziała, kto stoi za incydentem. „Afgańczycy mają świadomość, że terroryści i talibowie postępują w taki sposób, aby zagrozić dziewczętom i zniechęcić je do chodzenia do szkoły – powiedziała CNN¹³. – Tak uważa policja i tak sądzą ludzie. Zaprowadzamy demokrację w Afganistanie i chcemy, żeby dziewczynki się kształciły, ale wrogowie rządu są przeciwnego zdania”.

W kraju rządzonym przez talibów obowiązywał surowy zakaz wszelkiej edukacji dziewcząt, ale w 2001 roku, kiedy państwa Zachodu zmusiły ekstremistów do ustąpienia, Afganki odzyskały podstawowe prawa. Niemniej chodzenie do szkoły wciąż wymagało od nich odwagi. Kilkanaście uczennic zostało oblanym kwasem. W regionach licznie zamieszkałych przez talibów zamknięto setki szkół dla dziewcząt w obawie o bezpieczeństwo uczennic, a według jednego z badań, ponad połowa afgańskich rodziców chcąc chronić swoje córki, nie pozwalała im wychodzić z domu.

Wydawało się, że tym razem chodzi o truciznę. Zdarzenie w liceum Bibi Hadżera było szóstym tego rodzaju incydentem w Afganistanie w 2012 roku. Od 2008 roku ponad tysiąc sześciuset uczniów w dwudziestu dwóch szkołach w całym kraju rozchorowało się w podobnych okolicznościach. Uważano, że stosowanie trucizny jest elementem prowadzonej przez talibów kampanii terroru. Władze ogłosiły, że dokonano wielu aresztowań, a sprawcy przyznali się do winy, a także zasugerowały, że dzieci padły ofiarą trującego gazu bądź wypity wodę z zatrutego

źródła. Tymczasem krajowe i światowe media pokazywały niepokojące obrazy, na których ofiary transportowano na noszach i podłączano do kroplówek.

Objawy wkrótce ustąpiły i wszystkie dziewczęta wróciły do zdrowia. Pobrano setki próbek krwi, moczu i wody, ale nie znaleziono niczego niezwykłego. Po odbyciu rozmów z uczennicami i nauczycielami ze szkoły Bibi Hadżera, pracownicy Światowej Organizacji Zdrowia doszli do wniosku, że nie doszło do zatrucia¹⁴. Przyczyną tego incydentu, a także prawdopodobnie wszystkich pozostałych, była „masowa choroba psychogenna”.

Uwaga zatem: oto ciemna strona efektu placebo. Umysł może mieć zbawienny wpływ na ciało, ale potrafi też oddziaływać negatywnie. Zjawisko to ochrzczono mianem „nocebo”, co po łacinie znaczy „będę szkodzić” („placebo” to po łacinie „będę się podobać”), i z przyczyn etycznych nie zostało ono dobrze zbadane. Z tego wszakże, co wiemy na temat biologii efektu placebo, możemy stwierdzić, że młode Afganki najpewniej nie udawały. Obawa bądź przekonanie, że zachorują, wywołały u nich prawdziwe, fizyczne objawy, a u niektórych doprowadziły wręcz do utraty przytomności.

W przeszłości też dochodziło do takich sytuacji. Nie można na przykład wykluczyć, że za siedemnastowiecznymi procesami czarownic w Salem w stanie Massachusetts stała masowa histeria. W naszych czasach, w 1983 roku, doszło do epidemii zasłabnięć wśród uczennic na Zachodnim Brzegu, którą zgodnie przypisano masowemu zatruciu; Izrael i Palestyna przerzucały się oskarżeniami o to, kto wywołał zatrucie, dopóki oficjalna komisja śledcza nie stwierdziła, że zasłabnięcia miały przyczynę czysto psychiczną.

Efektom nocebo próbuje się nawet objaśniać moc zaklęć wudu. Clifton Meador, lekarz z akademii medycznej Uniwersytetu Vanderbilta w Nashville w stanie Tennessee, przez wiele lat dokumentował przypadki działania efektu nocebo. W swojej wydanej w 2005 roku książce *Symptoms of Unknown Origin* opisuje na przykład historię pewnego

mieszkańca Alabamy sprzed osiemdziesięciu lat, na którego rzucono klątwę wudu. Zanim nieszczęśnik trafił do lekarza, Draytona Doherty'ego, był wychudzony i, wszystko na to wskazywało, bliski śmierci. Stwierdziwszy, że nic, co powie, nie zmieni niezachwianej wiary pacjenta w to, iż wkrótce umrze, Doherty uciekł się do oszustwa. Otóż za zgodą rodziny biedaka podał mu silny środek wymiotny, po czym wyjął z torby zieloną jaszczurkę, udając, że wyłoniła się ona z ciała mężczyzny. Doherty poinformował pacjenta, że szaman magicznym sposobem doprowadził do wyklucia się jaszczurki w jego wnętrzu. Teraz więc, kiedy złe zwierzę opuściło jego ciało, powinien wydobrzeć. I tak też się stało.

Nie sposób potwierdzić prawdziwości pełnej dramatyzmu relacji Doherty'ego, ale wiemy, że efekt nocebo nie ogranicza się do podatnych na sugestie uczennic i łatwowiernych ofiar wudu. Dotyczy każdego, choć to, kto i pod wpływem jakich czynników się rozchoruje, w znacznym stopniu zależy od społecznego i kulturowego kontekstu, a także od zestawu przekonań danej osoby. Jeśli przeklnie cię szaman, roześmiesz się tylko, ale kiedy dowiesz się z telewizji, że w twojej okolicy miał miejsce atak terrorystyczny z użyciem gazu, albo kiedy lekarz w białym kitlu poinformuje cię, że umierasz na raka, to tego rodzaju zagrożenie prawdopodobnie potraktujesz poważnie.

W przeprowadzonych niedawno eksperymentach w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii naukowcy wywołali u ochotników negatywne objawy, przekazując im (nieprawdziwą) informację, że zostali narażeni na silne promieniowanie wifi bądź wdychali toksyny ze środowiska naturalnego¹⁵. W 2007 roku lekarze opisali przypadek dwudziestodwuletniego mężczyzny z Jackson w stanie Missisipi¹⁶. Mężczyzna ten brał udział w badaniu klinicznym leku antydepresyjnego i dobrze nań reagował. Jednakże po sprzeczce z dziewczyną połknął zbyt dużo kapsułek i wylądował w szpitalu z szybko bijącym sercem i niepokojąco niskim ciśnieniem krwi. Podłączono go do kroplówki; przyjął sześć litrów płynów, zanim po czterech godzinach do szpitala dotarła wiadomość od

organizatorów badania, że pacjent należy do grupy przyjmującej placebo. Objawy ustąpiły w ciągu kwadransa.

Źródłem większości skutków ubocznych, jakie odczuwamy, biorąc lekarstwa, nie są wcale same leki, ale efekt nocebo. W badaniach klinicznych obejmujących różne schorzenia, od depresji po raka piersi, mniej więcej jedna czwarta pacjentów skarży się na nieprzyjemne skutki uboczne – przeważnie zmęczenie, bóle głowy i trudności z koncentracją – nawet jeśli w rzeczywistości łyka placebo. W jednym z badań, które skupiło się na tym właśnie zjawisku, włoscy naukowcy wzięli pod lupę dziewięćdziesięciu sześciu mężczyzn, którym przepisano beta-bloker atenolol, lek stosowany w leczeniu choroby układu krążenia. Niektórzy z uczestników nie wiedzieli, jaki lek przyjmują, natomiast innych poinformowano, że środek może wywoływać zaburzenia erekcji. Odsetek pacjentów, którzy następnie odczuli ten skutek uboczny, wyniósł w obu grupach odpowiednio 3,1 i 31,2 procent¹⁷. Pokazuje to, że w normalnej terapii farmakologicznej, kiedy pacjenci wiedzą, jakie lekarstwo przyjmują, i mają informacje na temat możliwych skutków ubocznych, aż jedna trzecia z nich może cierpieć na impotencję wskutek zażywania atenololu. Ale sam lek jest sprawcą zaledwie jednej dziesiątej tych przypadków; za pozostałe odpowiadają umysły pacjentów.

Nocebo może się wydawać szkodliwym efektem, ale ma ono wiele sensu z ewolucyjnego punktu widzenia. Nicholas Humphrey, psycholog teoretyczny z Cambridge, autor wielu opracowań na temat ewolucji efektów placebo i nocebo, twierdzi, że kiedy widzimy, jak innym osobom w naszym otoczeniu robi się niedobrze, albo mamy podstawy przypuszczać, że spożyliśmy zatruty produkt, wówczas wywołanie u siebie wymiotów jest rozsądnym zachowaniem¹⁸. Jeśli bowiem rzeczywiście ulegliśmy zatruciu, podjęcie tak szybkiego działania może uratować nam życie; natomiast jeżeli do zatrucia wcale nie doszło, wymioty w niczym nie zaszkodzą. Ból i zawroty głowy oraz omdlenia mogą ostrzegać, że powinniśmy ulotnić się z miejsca objętego zagrożeniem i poszukać lekarza.

W tym sensie efekt nocebo może stanowić biologiczny sygnał ostrzegawczy – którego nie możemy zignorować – wywiedziony z psychicznych przesłanek z naszego otoczenia, że coś jest nie w porządku. Im groźniejsze wydaje nam się środowisko, tym wrażliwsi stajemy się na tego rodzaju symptomy. Nie muszą one jednak istnieć naprawdę, czasem wystarczy sugestia, aby się uaktywniły. To mechanizm instynktu samozachowawczego, czy też, jak rzecz ujmuje Kaptchuk, dzieje się tak, kiedy „jesteś w lesie pełnym węży i widzisz patyk tam, gdzie twój mózg widzi węża”.

Tym samym można tłumaczyć również pozytywne skutki efektu placebo. Skoro bowiem zagrożenie, strach i negatywne sugestie potrafią wywołać u nas objawy bólu i choroby, wynika z tego, że poczucie bezpieczeństwa albo przekonanie, że nastąpi poprawa zdrowia, będą miały odwrotny skutek. Opuszczamy gardę i tłumimy negatywne symptomy, takie jak ból. Placebo odwołuje się zatem do starych, powstałych na drodze ewolucji połączeń nerwowych. Humphrey twierdzi, że otrzymanie pomocy medycznej w dowolnej postaci – tradycyjnej, alternatywnej bądź fałszywej – wpaja tym prymitywnym obwodom mózgowym przekonanie, że jesteśmy bezpieczni, otacza się nas troskliwą opieką i zdrowiejemy – i że nie ma już potrzeby chorować.

Kaptchuk uważa, że dlatego właśnie Linda Buonanno i inni uczestnicy jego badań doświadczyli efektu placebo, choć wiedzieli, że pigułki, które przyjmują, mają obojętne działanie. Niewykluczone, że świadomie spodziewali się, iż placebo im pomoże. Zdaniem Kaptchuka chodzi o coś więcej.

– Kiedy Linda dostała od swojego lekarza, Tony’ego Lembo, opakowanie kapsułek – mówi – zabrała do domu nie tylko leki, ale też... Tony’ego. Zabrała jego troskę i opiekę.

To, że niektórzy ludzie silniej niż pozostali odczuwają efekt placebo, oraz to, że odczuwanie efektu przez jedną osobę może przebiegać inaczej w różnych okresach, pozwala sądzić, iż w przypadku pewnej grupy osób istnieje wyższy naturalny próg negatywnych objawów, niż ma to miejsce u innych, oraz że potrafi on się obniżać lub podwyższać zależnie od

okoliczności. Jeżeli wyobrażamy sobie siebie w lesie pełnym węży – tak jak młode Afganki wszędzie upatrywały zagrożenie ze strony talibów, albo jak Linda, która zajmowała się dziećmi i ciężko pracowała w trakcie trudnej sprawy rozwodowej – nasze ciało staje się dużo bardziej wyczułone na biologiczne sygnały ostrzegawcze, takie jak ból.

Jeśli założymy, że to rozumowanie jest prawdziwe, powinniśmy się spodziewać, że placebo będzie pomagało eliminować efekt nocebo poprzez usuwanie niepokoju i ponowne podwyższanie progu. Kaptchuk mówi, że kiedy Linda wzięła udział w badaniu, „znalazła się w lesie pełnym ludzi przejętych jej losem. W jej organizmie włączył się mechanizm łagodzenia bólu, co sprawiło, że zaczęła zwracać na niego – na ból – mniejszą uwagę”.

Przeprowadzony przez Benedettiego na płaskowyżu Rosa sprytny eksperyment, którego podsumowanie ukazało się w 2014 roku, potwierdza, że w niektórych przypadkach metodą działania placebo jest usuwanie istniejących wcześniej efektów nocebo¹⁹. Ci spośród siedemdziesięciorga sześciorga studentów, którzy odwiedzili przysypane śniegiem laboratorium naukowca, i których Benedetti ostrzegł, że powinni się spodziewać silnych bólów głowy w następstwie przebywania na dużej wysokości, skarżyli się na częstszy i silniejszy ból głowy niż osoby nie mające pojęcia, że należy liczyć się z takim skutkiem ubocznym. Benedetti odkrył, że w obu przypadkach bóle głowy miały przyczynę biologiczną i wiązały się ze zwiększonym poziomem prostaglandyn, które powodują rozszerzanie naczyń krwionośnych.

Była to zgrabna demonstracja możliwości efektu nocebo. W warunkach obniżonego poziomu tlenu mózg, w obronie własnej i dla zapewnienia właściwego obiegu tlenu w organizmie, zaczyna wytwarzać prostaglandyny. U studentów, którzy oczekiwali wystąpienia bólów głowy, mechanizm ten uległ wzmocnieniu. Niepokój wzmógł czujność mózgu i nakazał mu podjęcie dodatkowych kroków w ramach samoobrony.

Przyjęcie aspiryny obniżyło poziom prostaglandyny oraz złagodziło ból głowy u obu grup. Najciekawsze nastąpiło, kiedy studenci zażyli fał-

szywą aspirynę, czyli placebo. Wprawdzie zadziałała, ale tylko w grupie nocebo i słabiej niż prawdziwa. Benedetti doszedł do wniosku, że placebo okazało się skuteczne jedynie w usuwaniu dodatkowych, wywołanych przez efekt nocebo, składników bólu głowy. Pomogło zwalczyć niepokój, co pozwoliło mózgowi sprowadzić produkcję prostaglandyn do normalnego poziomu.

Benedetti nie wie jeszcze, czy ta sama zasada dotyczy też innych rodzajów reakcji na placebo. Jeśli tak, mówi, byłby to początek „nowego spojrzenia na placebo”. Tego typu efekty placebo pewnie nie wpływają na procesy chorobowe stanowiące podłoże złego samopoczucia, ale mogą być sposobem na poprawę jakości życia niezależnie od naszego stanu fizycznego oraz pokazują, że nie zawsze musimy wierzyć objawom, które odczuwamy.

* * *

– Rozmawiam z moimi proszkami – wyznaje radośnie antropolog Dan Moerman. – Mówię do nich: „Wiem, chłopaki, że spiszecie się na medal”²⁰.

Dodaje, że kiedy boli go kolano, wykorzystuje tę metodę do wzmacniania skuteczności środków przeciwbólowych – żeby poczuć ulgę po zażyciu jednej zamiast dwóch tabletek.

Sposób, w jaki przyjmujemy leki, twierdzi, ma być może równie istotne znaczenie, jak to, jak one wyglądają. Rzadko wprawdzie bada się to zagadnienie naukowo, ale Moerman i inni specjaliści uważają, że każde nasze działanie skutkujące przyłożeniem przez nas większej wagi do terapii – aktywnej bądź placebo – może wzmacniać pozytywne skutki tejże.

Innymi słowy, nie łykaj tabletek z roztargnieniem, spiesząc się przed wyjściem z domu. Stwórz rytuał wokół tej czynności. Harald Walach²¹, psycholog i filozof nauki z Europejskiego Uniwersytetu Viadrina we Frankfurcie nad Odrą, proponuje, aby przyjmować leki codziennie o tej samej porze: po porannej kąpieli, w wybranym do tego celu pomiesz-

czeniu, modląc się bądź medytując²². Z kolei Irving Kirsch, psycholog z Uniwersytetu w Hull, który współpracował z Kaptchukiem przy badaniach nad zespołem jelita drażliwego, sugeruje metodę obrazowania: wyobraź sobie najdokładniej jak potrafisz, jakiego działania oczekujesz po konkretnym leku albo placebo.

– Wyobraź sobie poprawę – mówi²³.

Możesz też poprosić drugą osobę, żeby zastosowała wobec ciebie wybraną terapię. I znów: badań na tym polu jest – nomen omen – jak na lekarstwo, ale eksperci, między innymi Humphrey i Moerman, twierdzą, że otrzymywanie pomocy medycznej od innych osób może wywoływać silniejsze reakcje placebo niż samoleczenie, ponieważ pobudza głębsze poczucie bezpieczeństwa.

– Uważam, że przysłużę się sobie, rozmawiając z tabletkami, ale myślę, że byłoby jeszcze lepiej, gdyby robiła to ze mną moja żona – mówi Moerman.

Szczególnie podatne na tego rodzaju efekt placebo są dzieci. Jak wie każdy rodzic, pocałowanie bolącego paluszka, narysowanie serca wokół obtartego kolanka, posmarowanie wysypki kremem albo przepędzanie kaszelku łyżką miodu może mieć ogromny wpływ na poziom bólu bądź inne dolegliwości u dziecka, nawet jeśli nie ma w tych sposobach i substancjach praktycznie żadnego aktywnego składnika.

Wygląda jednak na to, że podobne metody sprawdzają się również w przypadku dorosłych. W 2008 roku Kaptchuk opublikował wyniki badania obejmującego dwieście sześćdziesiąt dwoje pacjentów z zespołem jelita drażliwego²⁴. W badaniu nie aplikowano uczestnikom żadnych aktywnych środków, lecz wyłącznie placebo. Jednej grupy w ogóle nie poddano żadnej terapii, drugiej zaordynowano zabiegi fałszywej akupunktury, które wykonywał uprzejmy, acz zdystansowany i mało rozmowny specjalista, zaś trzecią grupę poddano zabiegom placebo w wykonaniu ciepłego, troskliwego akupunkturzysty, który spędzał z każdym pacjentem trzy kwadranse, słuchał go z zainteresowaniem i dodawał mu otuchy. Kaptchuk chciał się przekonać, do jakiego stopnia poprawa stanu

zdrowia będzie rezultatem samej akupunktury, a do jakiego wyjątkowo czułej opieki.

W przypadku pierwszej grupy dwadzieścia osiem procent pacjentów stwierdziło, że odczuło „zadowalającą poprawę”, jeśli chodzi o dokuczliwość objawów, wynikającą już z samego faktu uczestniczenia w badaniu. W drugiej grupie zadowolonych było czterdzieści cztery procent, a w trzeciej wskaźnik zadowolenia podskoczył do sześćdziesięciu dwóch procent – analogiczne wskazania otrzymuje się podczas testów środków farmakologicznych stosowanych w leczeniu zespołu jelita drażliwego.

Zdaniem Kaptchuka, to i podobne badania podkreślają rzecz o badaj najbardziej zasadniczym znaczeniu, jeśli chodzi o zgłębianie zagadki placebo: wagę relacji lekarz–pacjent. Jeżeli trafimy na pełnego zrozumienia medyka, przy którym zamiast zagrożenia pocujemy bezpieczeństwo i odniesiemy wrażenie, że ktoś naprawdę się nami opiekuje, wówczas samo to poczucie wywoła istotne zmiany biologiczne, które złagodzą objawy dolegliwości. Oto odpowiedź na zjawisko, które Kaptchuk zaobserwował w swoim salonie akupunktury, kiedy pacjenci odczuwali poprawę stanu zdrowia, zanim w ogóle położyli się na stole; za tę pozytywną zmianę odpowiadała sama interakcja z Kaptchukiem.

Niestety, ze względu na ograniczenia budżetowe i czasowe, a także nacisk na środki farmakologiczne i terapie fizyczne, w medycynie Zachodu pozostaje coraz mniej miejsca na budowanie relacji lekarzy z pacjentami. Bywa, że lekarz może przeznaczyć zaledwie dziesięć minut na spotkanie z pacjentem, przy czym dla obu stron ważniejsze niż długa, pokrzepiająca rozmowa jest wypisanie wszystkich niezbędnych recept. Winą za tę zmianę obarcza Kaptchuk, jak na ironię, wprowadzenie w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku badań klinicznych z grupą kontrolną otrzymującą placebo.

– Przedtem lekarze wiedzieli, że okazywanie troski jest dla pacjenta ważne i że to oni sami są czynnym składnikiem terapii – mówi. Dziś liczą się tylko liczby i leki, nic więcej.

Zogniskowanie nowoczesnej medycyny na danych fizycznych oraz obiektywnych pomiarach bez wątpienia pozwala czynić duże postępy, ale zdaniem Kaptchuka doprowadziło do obsesji na punkcie molekuł i szlaków metabolicznych z pominięciem tego, jak rzeczywiście się czujemy.

– Jedynym powodem, dla którego dziś zwracamy uwagę na placebo, jest to, że odkryliśmy istnienie zaangażowanych w to zjawisko neuroprzekaźników, oraz to, że mój i wiele innych zespołów dokonuje ważkich odkryć dzięki metodom neuroobrazowania – mówi. – Tak jakby doświadczenia pacjentów nie miały znaczenia.

Łukę tę wypełnia medycyna alternatywna. W homeopatii i reiki aktywne składniki nie występują, zaś rygorystyczne badania kliniczne pokazują, że terapie te nie przynoszą żadnych korzyści. Zasadzają się one na absurdalnych regułach z punktu widzenia nauki i niemal z całą pewnością nie działają tak, jak twierdzą osoby mieniące się specjalistami od nich. Ale uzupełnione o długie, zindywidualizowane konsultacje i pełną zrozumienia opiekę kapitałnie podbijają reakcje placebo. Z tego powodu być może rzeczywiście przynoszą ulgę, zwłaszcza w przewlekłych schorzeniach, z którymi medycyna konwencjonalna sobie nie radzi.

Kaptchuk liczy więc, że nawet jeśli nie przyjmie się koncepcja „uczciwego” placebo, to jednak jego odkrycia wywołają powszechną dyskusję o tym, jak istotne dla zachodniej medycyny jest odbudowanie roli lekarza jako uzdrowiciela po to, abyśmy mogli otrzymywać z a r ó w n o troskliwą opiekę, j a k i sprawdzone naukowo terapie, a nie tylko jedno albo drugie.

– Musimy zadać sobie pytanie – mówi Kaptchuk. – „Jak leczyć się farmakologicznie tak, żeby środki były skuteczniejsze i miały mniej skutków ubocznych?”

Widać wyraźnie, że słowa, jakimi lekarze opowiadają o korzyściach i o skutkach ubocznych leków, wpływają na reakcje pacjentów (do tematu znaczenia języka wrócimy w rozdziale siódmym). Można jednak przekazywać pacjentom oczekiwania subtelniejszymi metodami. W klasycznym, przeprowadzonym w 1985 roku badaniu, przekonanie lekarzy co do tego,

że przepisują pacjentom środki przeciwbólowe albo tylko placebo, radykalnie zmieniło intensywność bólu odczuwanego przez pacjentów, mimo że słowa lekarzy w jednym i drugim przypadku brzmiały tak samo²⁵.

Zjawisko pośredniego efektu placebo – uzależnionego od przekonań i nastawienia nie pacjenta, lecz jego opiekuna – tłumaczy występowanie efektu placebo u dzieci (a nawet u zwierząt)²⁶. W opisanym w pierwszym rozdziale badaniu Sandlera nad sekretyną pozytywne oczekiwania rodziców mogły znaleźć odzwierciedlenie w ich zachowaniu, co z kolei przełożyło się na realne złagodzenie objawów u dzieci. Alternatywne remedia, takie jak wisiorki z bursztynu na ból przy ząbkowaniu, łagodząc niepokój rodziców, uspokajają dzieci.

W badaniu z 2012 roku Kaptchuk wywoływał efekty placebo i nocebo, wyświetlając pacjentom zdjęcia różnych twarzy z taką częstotliwością, że ci nawet nie byli tego świadomi²⁷; chciał tym dowieść, że na postrzeganie takich objawów, jak ból, można z łatwością wpłynąć podprogowo.

– Słowa, spojrzenie, cisza, język ciała: wszystko ma znaczenie – mówi Kaptchuk. Te aspekty opieki medycyna do niedawna często ignorowała, ale dziś, jak sądzi Kaptchuk, badania nad placebo pomagają rozkręcać debatę o roli tych czynników.

Kaptchuk jest bardzo przekonujący, ale zanim się zapędzę, przypomina mi, że wielu rzeczy pozytywnym nastawieniem jednak nie osiągniemy.

– Nie sposób zmienić patofizjologii – mówi. – W żadnym z badań nie zauważyłem takiej możliwości.

Ma rację, podkreślając te ograniczenia. Dobre samopoczucie to jeszcze nie wszystko. Chcemy żyć, a w przypadku wielu schorzeń, takich jak alergie, infekcje, choroby autoimmunologiczne albo nowotworowe, procesy patofizjologiczne leżące u ich podłoża nabierają pierwszorzędного znaczenia.

W takich sytuacjach nie wystarczy wpływać na subiektywne objawy. Dlatego postanowiłam wybrać się do Niemiec, gdzie naukowcy wykorzystują umysł do przenikania za pierwszą linię frontu fizycznej wojny, jaką ciało toczy z chorobą.

Jo Marchant bierze pod lupę najnowsze osiągnięcia naukowe i pyta:

Czy osoby, które zwracają się ku medycynie alternatywnej, są po prostu naiwne,
czy może jednak wiedzą, co robią?

Czy myśli, przekonania i emocje mają wpływ na zdrowie fizyczne?

Czy możemy wytrenować mózg tak, by zaczął leczyć ciało?

Lek zabiera nas w niezwykłą podróż, skłania do refleksji i każe na nowo
przemysśleć, co to znaczy być człowiekiem.



Jo Marchant opowiada niezwykle i poruszające historie ludzi, którzy dzięki sile
własnego umysłu i ogromnej motywacji pokonali poważne choroby. Jej książka to
pasjonująca podróż w głąb naszego umysłu. Jest prawdziwa i daje nadzieję.

Iwona Schymalla, red. nac. Medexpress.pl

Autorka ukazuje ludzki umysł w całej jego złożoności i potędze. Stara się odpowie-
dzieć na pytanie, jak skutecznie wspierać leczenie farmakologiczne terapią
niefarmakologiczną, by przyspieszyć proces leczenia i zmniejszyć liczbę działań
niepożądanych. W ciekawy sposób opowiada historię powstania i stosowania
placebo, a także wprowadza czytelnika w świat badań nad wykorzystywaniem siły
sugestii w leczeniu wielu schorzeń. Książkę czyta się jednym tchem, mimo
jej naukowego charakteru.

*Prof. dr hab. n. med. Artur Pupka
specjalista chirurgii naczyniowej, ogólnej, angiologii,
transplantologii klinicznej i medycyny sportowej*

Najnowsze badania dowodzą, że dzięki sile umysłu możemy oddziaływać na
poszczególne procesy fizjologiczne, a tym samym przyspieszać proces zdrowie-
nia – lub wpędzać się w chorobę. Autorka opowiada między innymi, jak
wpływać na sprawność układu odpornościowego czy zmniejszać natężenie
ból. Lektura tej książki z pewnością będzie dla wielu z Państwa prawdziwie
inspirującym przeżyciem.

*Dr n. med. Daniel Śliż, III Klinika Chorób
Wewnętrznych i Kardiologii WUM*

PATRONAT MEDIALNY:

e!stilo
M A G A Z I N E

**Med
express.pl**

FUNDACJA
**WIEMY
CO
JEMY**
nauka i edukacja społeczna dla zdrowia

**O CZYM LEKARZE
CI NIE POWIEDZĄ**

poradnikzdrowie.pl

ISBN: 978-83-7579-535-6



Cena: 49,90 zł (w tym 5% VAT)