

Pszichofarmakológia a korszakváltás küszöbén?

Ötven éven át tartó lendületes progressziót tudhat maga mögött a pszichofarmakológia. Felfedezései alapjaiban alakították át a pszichiátria elméletét és gyakorlatát, és sokat lendítettek az idegtudományok fejlődésén is. Az utóbbi évben azonban olyan jelek mutatkoznak szakmánkban, amelyek arra ösztökélnék bennünket, hogy nézzünk szembe az elmúlt fél évszázad tanulságaival, és vegyük fontolóra azt, hogy hogyan legyen tovább.

Kezdetek óta hangoztatott kifogás a pszichiátriai praxis kemikálázása. Az SSRI-k elterjedt alkalmazását követően társult ehhez az a vád, miszerint ipari nyomásra a pszichiáter diagnózisokat gyárt, normális viselkedéseket patologizál. Megfigyelhető, hogy az ilyen vádak leginkább „kívülről”, legjobb esetben a szakma perifériájáról jönnek, és a pszichiáterek zömének inkompetenciáját feltételezik (értsd: a Nagy Farma gyártja a diagnózisokat és nem a klinikusok). Ismételten áll elő az a helyzet, hogy a pszichiátriát a kívülállók tudják jobban, és mintegy „beszólnak a pályára”. Kétségkívül, ahol van presszúra, ott van tendencia az elhajlásra, de nem szabad túláltalánosítani, mert szakmánk sem nem puha fém, sem nem lágy agyag, hanem egészséges adaptációra képes „élő közeg”. Minden szakmában, minden magas pozícióban találni befolyásolható, megvásárolható képviselőket, a pszichiátria nem különb, nem is rosszabb. Legfeljebb azért vetülhet rá több árnyék, mert lényegéből fakadóan (elvégre a Természet legkomplexebb „jelenségével” foglalkozik) önbizonytalanabb az orvostudomány többi ágához képest.

Ezek a nem elhanyagolható gondok az elmúlt évben más irányból fokozódtak. A gyógyszeripar pszichofarmakológiával foglalkozó ágában nemrég figyelemre méltó és aggasztó változás történt. Az említésre kerülő eset független a magyarországi gyógyszerpolitikától, bár ez inkább ráadás, és nem javít a világgpiacon kialakulóban levő helyzeten. Arról van szó, hogy két ipari világklasszis, az AstraZeneca és a GlaxoSmithKline drasztikusan csökkentette részvételét az új pszichofarmakonok fejlesztésében és több nagy cég is hasonló struktúraváltást tervez. Ezeket a hasábokon megjelent szerkesztői levélben „Se velük, se nélkülük...” címen írtunk korábban a gyógyszeripar és a klinikai pszichofarmakológia viszonyáról (NPH 6:61-62, 2004). Az említett kettősségből most inkább a „nélkülük”-kel kell szembenéznünk. Ez jó hír lehet az antipszichiátria híveinek, de nem biztató a mentális zavarban szenvedők és családtagjaik, valamint gondviselőik számára. Egyik oldalon igaz ugyan, hogy a jelenlegi gyógyszerek sok kívánnivalót vonnak maguk után, és az új szerek kifejlesztése körülményes is, költséges is, de ezekre a problémákra konstruktív hozzáállás szükséges válasz gyanánt.

„A legnagyobb probléma mégsem a két nagy cég kivonulása” – mondja Thomas Insel. „Inkább az, ami a gyógyszerfejlesztés terén történik. Kevés az új molekula, kevés az új ötlet, így a remény is kevés a mentális problémák eredményesebb kezelésére.” David Nutt és Guy Goodwin a helyzetet ismertetve kiemelte, hogy a medicina többi ágához képest a pszichiátriában alkalmazott szerek kifejlesztése jóval kockázatosabb a gyógyszeripar számára. Több okát látják ennek. Az egyik a pszichiátriai mérőskálák szubjektivitása, nagyobb variabilitása, szemben a szomatikus állapotok mutatóinak jobb objektiválhatóságával. A másik tényező az állapotmodellek koncepciósi bizonytalansága. David Sheehan szerint a pontozóskálák nagy interrater és vizsgálóhely közötti varianciája jelentős rizikófaktora a klinikai pszichofarmakológia II. és III. fázisú vizsgálatainak. Megoldásként az értékelések központosítását szorgalmazza.

Az ipari érdeklődés csökkenését súlyosbítja az a tény, hogy a jótékonyági szervezetek jóval kevesebbet adományoznak a mentális zavarok kezelésének kutatására, mint a daganatos betegségek vagy a HIV fertőzés vizsgálatára. Több kívülről jövő támogatásra és innovációra lenne szükség. Ennek akadálya lehet a pszichiátria marginalizálása és betegeinek stigmatizációja. Az ipar által szponzorált és klinikai vizsgálok által kezdeményezett kutatások közötti egészséges egyensúlyra mindig is szükség volt és az igény továbbra is fennáll. Így lehetne minimalizálni a 'me, too' hasonmás szerekre orientált kutatásokat és azt követő marketing dömpinget. Ellenben, a szakmából induló innovációs törekvéseket – amelyek kivétel nélkül ott voltak a kezdeti nagy felfedezésekkor – szabályozók nehezítik. Ilyen pl. túlreagálás az *off-label* alkalmazások ellen, vagy a helyi etikai bizottságok háttérbe szorítása – egyik sem idegen a hazai viszonyok között. A növényi hatóanyagot tartalmazó készítmények újkeletű uniós szabályozása

a tőkeerős ipari cégeknek kedvez, amelyek jelentős képviselői éppen kivonulóban vannak. Ha az ipari megközelítések csökkenésére kell számítanunk, akkor talán ne zárjunk jobban az alternatív irányok felé!

Az érdeklődés lanyhulása már a tudományos tevékenységben is megmutatkozik. Az elmúlt évben a *British Journal of Clinical Pharmacology* mindössze öt publikációt közölt a klinikai pszichofarmakológia területén és egyik közlemény sem új farmakon kipróbálásával foglalkozott. Az *American Society for Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2011. évi konferenciájának 300 közleményéből csak 13-nak volt pszichofarmakológiai vonatkozása és szintén egyik sem szólt új farmakonról. A *Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum* konferenciáján 2010-ben 870 prezentációból nyolc volt pszichofarmakológiai háttérű, és abból négy tárgyalt új hatásmechanizmust.

Kiutat keresni több irányból érdemes. Új pszichiátriai mérőskálák szükségesek. Az interjúk pontozása megbízhatóbb lenne, ha videofelvételek központi kiértékelésén alapulna (ahogy a laboratóriumi méréseket és az EKG-ék elemzését is központosították már). Az *European College of Neuropsychopharmacology* egy nemzetközi drogbank létrehozását szorgalmazza. Azok a cégek, amelyek lemondanak egy szer további fejlesztéséről, azt a bankon keresztül a kutatók rendelkezésére bocsáthatják. Továbbá a népi gyógyászat, az etnofarmakológia és alternatív medicina információs bázisát nem ignorálni kell, hanem célzott vizsgálatok tárgyává tenni; gyakorlatának csak a vadhajtsaival szemben kellene fellépni, és nem az egész jelenséget exkommunikálni. Az integratív törekvések és a diverzitás-faktor növelése mögött van az igazi evolúciós potenciál.

Nincs a gyógyszerfelírásnak és -szedésnek adekvát, realizált kultúrája. A farmakoterapeutának volna mit tanulnia a pszichoterapeutától. Ami a gyógyszerzedést illeti, annak nem is volt kiforrott kultúrája, amennyiben csak a pszichofarmakológia történetére fókuszálunk. Nem sokat törődünk azzal (sem a beteg, sem az orvos) hogy pácienseink milyen körülmények között, milyen hozzáállással szedik gyógyszereiket. Pedig a *set* és *setting* minden pszichofarmakon esetében fontos tényező. A természeti népek ezzel inkább tisztában vannak, és medicináikra nagy reverenciával tekintenek, mintegy szakramentumként (mégsem csodaszerként) kezelik azokat. A placebohatás mellett van nocebo hatás is. A pszichotrop szerek szedése stigma, sőt egyre publikusabb a velük szemben támasztott kétely (ma már a „svájci” sem csoda). Talán ez áll a „nagy öregek” azon megfigyeléseinek háttérében, miszerint régebben a gyógyszerek mintha jobban hatottak volna...

„Az öregedés etapokban jön” – tartja a szólás-mondás. Nos, a megújulásnak nem így kellene, hanem folyamatosan. Ám ha csak etapokban jön, talán az se baj, csak jöjjön végre.

FRECSKA EDE ÉS MÓRÉ E. CSABA