

Porozmawiaj z prozakiem

Daliśmy sobie wmówić, że smutek, który jest normalną reakcją na przeciwności losu, trzeba leczyć farmakologicznie. Czas położyć tamę tej kosztownej hipochondrii klas średnich

W lecie 2002 r. telewizyjny show Oprah Winfrey zaszczylił swoją wizytą Ricky Williams, sławny piłkarz klubu Miami Dolphins. Williams przyszedł wyznać, że cierpi na dotkliwą i chroniczną nieśmiałość. Oprah i cała widownia byli oczywiście pełni współczucia. Skoro Williams, który na boisku nie okazywał najmniejszych oznak nieśmiałości, w życiu prywatnym wiednie jak kwiatek, to ilu jeszcze bezimiennych obywateli mogłoby powiedzieć o sobie to samo, gdyby tylko pokonali swe opory?

Powiedzenie prosto w oczy amerykańskiej publiczności, że się jest nieśmiałym, dałoby się zaliczyć jako dowód braku kontroli nad sobą. Ale kibice wiedzieli, że Williams nie jest mięczakiem. A mimo to stał przed kamerami, narażając się na napad lęku, dla dobra sprawy – aby zachęcić cierpiących do tego samego co on, by wyszli z ukrycia, szukali wzajemnego wsparcia, i napęlić ich nadzieją, że wkrótce znajdzie się lek na ich przypadłość.

Choroba jak marka butów

Ale niewiele z tego, co widać w telewizji, jest takie, jak się wydaje. Williams miał motywację, aby się przełamać, taką jak zwykle w naszej republice, czyli pieniądze. Koncern farmaceutyczny GlaxoSmithKline (GSK) zapłacił mu za pośrednictwem swojej agencji public relations Cohn & Wolfe nieujawnioną sumę – nie po to, by zachwalał lek przeciwdepresyjny Paxil, lecz po prostu za oświadczenie wobec Oprah i mediów: „zawsze byłem nieśmiałą osobą”.

Aby zrozumieć, dlaczego był to opłacalny wydatek, powinniśmy wiedzieć, że producenci leków uzyskują swoje ogromne zyski ze sprzedaży kilku dominujących na rynku produktów, dla których szuka się wciąż nowych zastosowań. Jeśli te zastosowania nie pojawiają się w wyniku eksperymentów czy przez przypadek, można je wykoncypować poprzez zabieg zwany „omarkowaniem schorzeń”. Polega on na zaszczepieniu masom przekonania, że jeden ze zwyczajnych, choć przykrych stanów wiąże się z zaburzeniem wymagającym leczenia. Bardziej poetycko brzmi związany z tym termin „kładzenie sztucznej trawy” – czyli pobudzanie rzekomo oddolnych ruchów społecznych, które mają wytworzyć niby – spontaniczny popyt na cudowną kurację.

W tym wypadku agencja Cohn & Wolfe (jej inni klienci to m.in. Coca-Cola, Chevron, Texaco i Taco Bell) wykorzystwała sportowca, aby ugruntować przekonanie, że nieśmiałość, czyli pospolita cecha, w pewnych społeczeństwach skojarzona z dobrym wychowaniem i cnotą, stanowi fatalnie zaniedbaną chorobę. Z uwagi na altruistyczny nastrój chwili byłoby niesmaczne, gdyby Ricky Williams wyciągnął z kieszeni fiolkę paxilu. Ale później (zanim piłkarza wyrzucono z ligi za łykanie całkiem innych proszków) komunikat prasowy GSK umieścił jego nazwisko pod taką oto deklaracją: „jako ktoś, kto cierpiał na zespół lęku społecznego, jestem szczęśliwy, że dziś ludzie cierpiący na to mają do dyspozycji nowe możliwości w rodzaju leku Paxil CR”.

W tej historii nie ma niczego nadzwyczajnego, ale właśnie dlatego warto o niej wspomnieć. Większość z nas uważa zaburzenia umysłowe, podobnie jak te fizyczne, za oderwane od czasu realne byty, którymi lekarze zajmują się zgodnie z najnowszym stanem wiedzy naukowej, korzystając przy tym z leków, których skuteczność i bezpieczeństwo zostały zatwierdzone przez pełne dobrej woli organa państwowe.

Tu jednak widzimy w przebiegu inny świat, w którym przekonania, potrzeby i wybory związane z ochroną zdrowia są wytwarzane równoległe z produktami, które będą do nich pasowały.

Wielkie koncerny określane mianem „big pharma” wydają na marketing w skali globalnej ok. 25 mld dol. rocznie i zatrudniają w Waszyngtonie więcej lobbystów, niż jest tam posłów i senatorów. Ich przewaga wobec sił, które mogłyby się im przeciwstawić, jest tak ogromna, że mogą narzucić, jakie (luźne) przepisy mają je ograniczać, kształtować w dużym stopniu program badań medycznych, manipulować medialnie ich wynikami na swoją korzyść, ukrywać niekorzystne dane, kooptować potencjalnych krytyków, niepostrzeżenie kolonizować umysły lekarzy i pacjentów.

Wdzięczni, ale za co?

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) twierdzi, że depresja jest już najważniejszym powodem niepełnosprawności osób w średnim wieku (a kobiet we wszystkich przedziałach wiekowych). Umieściła także depresję w skali szkodliwości dla zdrowia powyżej zespołu Downa, głuchoty, amputacji nóg do kolan oraz anginy. Allan V. Horwitz i Jerome C. Wakenfield w książce „The Loss of Sadness” („Utrata smutku”) twierdzą, że takie oceny biorą się z nierozróżnienia między ostrą depresją mającą fatalne skutki dla ofiar a pomniejszych epizodami złego nastroju.

Nie chodzi przy tym o to, że ludzie doświadczający niezbyt częstych i niewielkich ataków depresji, które nie prowadzą do długoterminowej dysfunkcji, nie są dość chorzy, by zasługiwać na leczenie. Ale ponieważ samodzielna ocena własnego stanu to jedyny sposób, w jaki daje się zauważyć niepsychotyczne zaburzenia umysłowe, sztucznie wzbudzona fala paniki może mocno podnieść dane epidemiologiczne; te z kolei nakręcają finansowanie społecznych kampanii zdrowotnych zachęcających do walki z daną przypadłością.

Ta sama dynamika dotyczy wielu innych pospolitych, choć uciążliwych stanów. Producenci leków chcą, byśmy uznali je za dające się leczyć farmakologicznie. Lista obejmuje nadpobudliwość, kłopoty z koncentracją, objawy menstruacji i menopauzy oraz „kobiecą dysfunkcję seksualną”, której objawem jest frustracja przy jednoczesnym braku jakiegokolwiek winy po stronie partnera.

Ta sama taktyka – wyolbrzymić problem i akcentować, że istnieje skuteczny lek – odwołuje się do naszych uzasadnionych obaw związanych z chorobami krążenia, osteoporozą, zespołem jelita drażliwego. Jako ludzie korzystający z profilaktyki jesteśmy wdzięczni za choćby najmniejsze zredukowanie ryzyka. Ale z powodu tej wdzięczności przestajemy pytać, czy stopniowe obniżanie poprzeczki dla interwencji farmakologicznej odbywa się bez wpływu komercyjnego. W tym sensie nasze lekarstwa działają dodatkowo jako polityczne uspokajacze.

Odrodzenie w fiołce

Ani GSK, ani agencja Cohn & Wolfe nie wymyśliły programu Oprah Winfrey: specjaliści PR firm farmaceutycznych nie byłoby tak skuteczni w kształtowaniu świadomości, gdyby nie nasza skłonność do szukania poprawy swojego stanu w każdy prawie dopuszczalny sposób. Przykład środków uspokajających jak Valium, a następnie selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI) pokazuje, jak w ciągu minionego półwiecza nie trzeba było wiele, aby skłonić Amerykanów do wiary, że jakiś lek może zneutralizować ich problemy towarzyskie oraz dać im lepszą osobowość od tej, jaką zesłał im los. Jak widać po starych i całkiem nowych reklamach, istnieje tęsknota za tym, aby narodzić się na nowo bez zadawania sobie trudu przystąpienia do jakiejś wiary.

Nadzieje pokładane w związku z tym w valium i jego kuzynach wkrótce przepadły. Owszem, leki te działały uspokajająco, ale powodowały ośpienie umysłowe i uzależniały. Za to w latach 90. leki z rodziny SSRI: Prozac, Zoloft, Paxil, Luvox, Celexa, Efexor, wydawały się zupełnie inne – pobudzały uwagę i dawały poczucie pojawienia się lepszej osobowości. Peter Kramer nazwał to zjawisko „psychofarmakologią kosmetyczną”, a jego bestsellerowa książka „Wysłuchując się w prozac” rozkołysała falę utopijnych marzeń o wiele wyższą od najbardziej optymistycznych prognoz producentów leków.

Nawet Kramer czuł się w obowiązku wyliczyć pewne niepokojące skutki przyjmowania prozacu, które ujawniły się we wczesnych latach 90. Obejmowały one u niektórych pacjentów niekontrolowane drżenie rąk, obniżoną sprawność seksualną, rosnącą tolerancję na lek, która prowadziła do zażywania potencjalnie niebezpiecznych wyższych dawek oraz skłonności samobójcze w pierwszych tygodniach kuracji. Ponieważ jednak czytelnicy Kramera oceniali wagę tych zagrożeń nie w stosunku do określonej poprawy stanu zdrowia, lecz wobec perspektywy zyskania pewności siebie i powodzenia w towarzystwie, mało kto się przejmował ostrzeżeniami.

Serotonina, czyli biobelkot

Stąd wielkie znaczenie ma wstrząsająca relacja z pierwszej ręki na temat wojny wokół SSRI, opowiedziana przez Davida Healy'ego w książce „Let Them Eat Prozac” (Niech jedzą prozac). Healy to doświadczony psychiatra praktyk i naukowiec, często występujący jako biegły sądowy, były sekretarz Brytyjskiego Stowarzyszenia Psychofarmakologii, autor trzech książek z tej dziedziny. Nie unikał zaangażowania w działalność komercyjną: pracował jako konsultant, prowadził testy kliniczne, a nieraz występował przed sądem dla większości wielkich koncernów farmaceutycznych. Kiedy jednak domagał się odpowiedzi na niewygodne pytania na temat efektów ubocznych, odczuł, jak firmy są w stanie zewrzeć szeregi przeciwko ludziom sprawiającym kłopoty.

Healy nie zaprzecza, że leki z rodziny SSRI mogą być skuteczne w leczeniu zaburzeń nastroju i sam przepisywał je swoim pacjentom. Jako psychofarmakolog od samego początku jednak dostrzegął, że producenci leków promują prostaki „biobelkot”, czyli mit, wedle którego depresja wynika bezpośrednio z niedoboru w mózgu neurotransmitera o nazwie serotonina. Nie udało się ustalić takiego związku przyczynowo-skutkowego i teoria ta jest równie sensowna jak twierdzenie, że ból głowy wynika z braku aspiryny.

Ale dzięki konsekwentnemu narzucaniu tej idei lekarzom i szerokiej publiczności firmy mogły szerzej zarzucać sieci w poszukiwaniu pacjentów. Mieli oni rozumować mniej więcej w ten sposób: źle się czuję, w moim mózgu musi brakować serotoniny, pigułki podnoszące jej poziom załatwią sprawę. Miliony ludzi, którzy być może potrzebowali tylko rozmowy z terapeutą, zostały wystawione na nie całkiem rozpoznane ryzyko.

Chory, bo jeszcze nie wyzdrowiał

Zagrożenia te to, jak sądzi Healy, objawy syndromu odstawienia – zawroty głowy, lęki, koszmary, mdłości oraz ciągły niepokój – przez które niejednen użytkownik bał się zakończenia kuracji. Najważniejsza rzekoma przewaga nowych leków serotoninowych nad wcześniejszymi środkami uspokajającymi, czyli wolność od uzależnienia, okazywała się nieprawdziwa. Już w 1984 r. koncern Eli Lilly miał w ręku wnioski z dokumentu niemieckiego Ministerstwa Zdrowia, w którym odmawiało ono rejestracji fluoksetyny (późniejszego prozacu): „wziąwszy pod uwagę bilans zysków i strat, uważamy ten środek za całkowicie niezdalny do leczenia depresji”.

Już we wczesnych latach 90. istniały dane dotyczące samobójstw we wczesnej, fazie leczenia. Producenci leków, jak zaobserwował Healy, dystansowali się od tych tragedii, zrzucając winę za najgorsze objawy uboczne na samą depresję. Ulotki dla lekarzy i pacjentów zachęcały do przetrwania pierwszego okresu rozchwiania emocjonalnego, który dowodził, jak pisano, jak ostro lek atakował chorobę. Podobnie objawy uzależnienia pod koniec kuracji tłumaczono jako dowód na to, że od dawna zduszona depresja powraca na powierzchnię.

Najbardziej poruszające fragmenty jego relacji dotyczą spraw sądowych, w których prawnicy koncernów odpierający pozwy krewnych zmarłych pacjentów doprowadzali ten rodzaj dwójmyślenia do skrajności i wyjaśniali wywołane przez SSRI strzelaniny, pchnięcia nożem i powieszenia dokonane przez wcześniej spokojne osoby jako objawy jeszcze niezwalczonej depresji. Healy, występując w charakterze biegłego w sprawach dotyczących aktów przemocy, podkreślał, że osoby depresyjne nie mają skłonności do zachowań gwałtownych. Zdawał sobie przy tym sprawę, że mocniejszym argumentem byłyby wyniki badań na niedotkniętych depresją ochotnikach. Gdyby i oni wykazywali poważne zaburzenia po przyjęciu zoloftu produkcji Pfizera (a tak właśnie było w teście Healy’ego), można by ostatecznie wykluczyć depresję jako czynnik sprawczy.

Healy podejrzewał, że producenci zamietli pod dywan niedogodne rezultaty własnych badań nad wywołanymi przez leki zaburzeniami u zdrowych osób; dowody na to znalazł, gdy uzyskał dostęp do danych dotyczących klinicznych testów zoloftu. Ale właśnie w czasie, gdy zaczął informować środowisko o planowanej pracy, w 2001 r. nagle cofnięto mu już przyjętą nominację profesorską w prestiżowym instytucie uniwersytetu w Toronto wspieranym przez granty koncernu Pfizer. Firma nie interweniowała bezpośrednio: sami uczeni zdecydowali, że nie ma wśród nich miejsca dla osoby sceptycznej wobec zoloftu.

Prawda po latach

Mimo to Healy nadal obnażał najważniejszy kruczek prawny prawników pracujących dla branży – argument, jakoby związek przyczynowy między lekiem a destrukcyjnym

zachowaniem można wykazać tylko w drodze szeroko zakrojonych podwójnie ślepych testów zapewniających losowy dobór uczestników. Tych testów firmy nie miały wcale zamiaru przeprowadzić. W najlepszym wypadku i tak wykazałyby tylko korelację w dużych grupach anonimowych osobników między SSRI a nieracjonalnym zachowaniem. A nad znaczeniem korelacji można bez końca dyskutować. Tymczasem Healy'emu udało się w jego badaniu wyizolować zolofit jako bezpośrednie źródło obsesji u badanych niedotkniętych depresją.

Częściowo dzięki wysiłkom Healy'ego sądy zaczęły podchodzić podejrzliwie do argumentu o wspomnianym teście. Ale ów Dawid nie sądzi, by udało mu się obalić Goliata. Jak tłumaczy, zdecydowana poprawa klimatu prawnego wokół SSRI nastąpiła dopiero wtedy, gdy koncern Eli Lilly kupił prawa rynkowe do bliskiego kuzyna własnego prozacu, na który wygasł już patent. Według wniosku patentowego nowy lek miał z mniejszym prawdopodobieństwem niż prozac prowadzić do „bólów głowy, nerwowości, niepokoju, bezsenności, myśli samobójczych i samookaleczeń”.

To przyznanie się ze strony twórcy prozacu dobrze ilustruje tezę Healy'ego, że pełna prawda o danym leku pojawia się dopiero, kiedy spada generowany przezeń dochód, a jego wady można korzystnie skonstrastować z zaletami następcy.

Kto tymczasem, zastanawia się Healy, będzie dość silny i nieskorumpowany, by zmusić producentów leków do uczciwości? Federalny Urząd ds. Żywności i Leków (FDA) jest nieśmiały, niedofinansowany i infiltrowany przez ludzi życzliwych branży. Nawet najbardziej szacowne czasopisma medyczne wahają się przed urażeniem reklamodawców farmaceutycznych. Kongresy lekarskie to niewiele więcej niż targi branżowe. Czołowi profesorowie przyjmują znaczne sumy w zamian za rozmaite usługi dla firm. A co najgorsze, wiele ich artykułów „badawczych” jest pisanych anonimowo przez ludzi wynajętych przez koncerny. Jak pisze Healy, „big pharma” nie nagina kodeksów, tylko je kupuje.

Psychiatryczne bingo

Istnieje jednak zbiór reguł, który narzuca pewne ograniczenia temu, co mogą głosić producenci leków. Jest to podręcznik diagnostyczno-statystyczny zaburzeń umysłowych znany pod skrótem DSM, publikowany przez Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne (APA). W jego dotychczasowych czterech wydaniach od 1952 do 1994 r. wyszczególniono psychologiczne problemy, które system ochrony zdrowia uznał zgodnie za autentyczne. Chociaż „omarkowanie schorzenia” w mediach może sprawić, że normalni ludzie zaczynają widzieć u siebie daną chorobę, to ona sama musi istnieć na liście DSM, żeby dało się zatwierdzić kurację lekami.

Czy możemy polegać na tym przewodniku w kwestii niezależnego, obiektywnego sądu przy identyfikacji i leczeniu przypadłości umysłowych? Autorzy każdego wydania twierdzili, że ich lista zaburzeń opiera się głównie na wynikach badań naukowych. Większość lekarzy, pracowników ubezpieczalni, epidemiologów i osób decydujących o funduszach na badania empiryczne bierze to za dobrą monetę. Bliższa znajomość kolejnych wersji DSM oraz sporów, jakie je kształtowały, sugeruje raczej, że więcej mówią one o duchu czasów i walce frakcji w łonie APA niż o niezmiennie prawdziwych syndromach.

Natura ludzka nie ulegała wielu metamorfozom od 1952 r., ale każde wydanie DSM zawierało więcej zaburzeń od poprzedniego. Edycja z 1980 r. głosiła, iż zawiera 112

jednostek więcej niż wersja z 1968 r.; do roku 1994 przybyło ich 350, w tym także i takie określone dość wątpliwie chorobowymi symptomami jak zły nastrój, zmartwienia i palenie. Wszystkie te dolegliwości są przedstawione w formie klarownej listy jak przy grze w bingo. Pacjent, który zakreśli pięć z dziewięciu kryteriów wyliczonych przy depresji, zostaje uznany za chorego. Nie ma co się dziwić, że w reklamach producenci leków zachęcają konsumentów, by sprawdzili siebie na przedrukowanej obok liście i żądali leczenia odpowiednimi pigułkami. Byłoby jednak wielkim błędem założenie, że autorzy DSM świadomie odchodzili od psychoterapii na rzecz redukcjonizmu biologicznego i farmakologicznego, którego przykładem jest teoria wywodząca depresję z deficytu serotoniny. W „Utracie smutku” Horwitz i Wakefield wykazują, że intencje kierownictwa APA pod koniec lat 70. nie miały nic wspólnego z promocją leków, a za to wiązały się z nadaniem psychiatrii większego stopnia naukowej szacowności. DSM miał być zatem bardziej godny zaufania – a więc ściślej identyfikować zaburzenia i dostarczać takich sposobów ich wykrycia, by zmniejszyć różnice między różnymi diagnozami tego samego pacjenta.

Taki też pozostał formalny i skądinąd słuszny cel DSM. Czy przewodnik zbliżył się do niego czy raczej wykonał pozorne kroki w postaci złudnej konkretności list objawów, sugerując tym samym, że nowo ukute zaburzenia są równie jasno rozpoznawalne jak cukrzyca?

W najważniejszej części książki Horwitz i Wakefield dowodzą, że epizody smutku były od zawsze akceptowanym społecznie środkiem dostosowania się do niepomyślności losu; kiedy mylnie odczytujemy je jako zaburzenie depresyjne, wiele tracimy zarówno pod względem medycznym, jak i kulturowym.

Robert L. Spitzer, główny twórca trzeciej edycji DSM, przyznaje, że podręcznik nie wyjaśnia różnicy między nastrojami warunkowanymi środowiskowo (będącymi odpowiedzią na stres i trudności życiowe) a stanami dysfunkcyjnymi trwającymi długo po ustąpieniu powodów stresu. Jak dowodzą autorzy „Utraty smutku”, niemal każdy problem natury niepsychotycznej jest narażony na zbyt łatwą diagnozę, jeśli nie uwzględni się czynników środowiskowych – rodzinnych, kulturowych, finansowych.

Jak można się było spodziewać, Horwitz i Wakefield błagają autorów zapowiadanej na 2012 r. piątej edycji DSM, aby zaszczepili swoim kolegom potrzebę dociekania, w jakiej sytuacji znajduje się każdy pacjent, zanim dojdą do wniosku, że występuje pełnoprawne zaburzenie. Trzeba podnieść wyżej poprzeczkę dla autentycznej patologii. Jeśli tak się stanie, użytkownicy zaczną doceniać wagę socjoekonomicznych powodów nieszczęśliwości i położą się tamę kosztownej hipochondrii klas średnich, którą producenci leków tak wytrwale wzmacniają i wyzyskują.

Frederick C. Crews © New York Review of Books, distr. by NYT Synd 2007

Źródło : Rzeczpospolita