

IV.5.2 Psychofarmaca

F.L.E. de Wever, F. Hamburg. J.G. van Lier

Gedragcontrole is op verschillende manieren mogelijk. Voor de Tweede Wereld Oorlog maakten psychiaters daartoe gebruik van elektroshocks, wisselbaden, en insuline. Pas na de oorlog komt – samen met de psychotherapie – de farmacotherapie van de grond. Het eerste psychofarmacon, oorspronkelijk toegepast in de anesthesiologie begin jaren '50 van de vorige eeuw, was chloorpromazine (largactil). Sindsdien zijn er talrijke andere psychofarmaca op de markt gekomen. Inmiddels zijn door de nanotechnologie (zie Hoofdstuk V.4) revolutionaire ontwikkelingen in de farmacologie (en farmacogenetica) in gang gezet. Aangezien alle farmaceutica uiteindelijk op nanoschaal werkzaam zijn, zal de nanotechnologie het mogelijk maken om farmaca te produceren die zich binden aan specifieke receptoren in de neuronen van zenuwcellen in het hersenweefsel. Hierdoor zal het mogelijk zijn de psyche van de mens heel gericht te beïnvloeden. Deze ontwikkelingen vinden niet alleen plaats op het gebied van de aflevering van geneesmiddelen (nano-emulsies, multicomponent systemen en vele andere), maar ook op het terrein van de gepersonaliseerde farmacotherapie. 'Targeted delivery' behoort tot de best ontwikkelde domeinen in de nanogeneeskunde; de eerste producten komen nu al op de markt en men verwacht een significantie groei ervan in het komende decennium [1: European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission (EGE). Opinion on the Ethical Aspects of Nanomedicine, Opinion 21. Luxemburg: Office for the Official Publications of the European Communities; 2007.].

Psychofarmaca worden door artsen voorgeschreven. Het betreft immers gevallen waarin een medicus vermoedt dat er sprake is van een organisch tekort, bijvoorbeeld een tekort aan neurotransmitters. Neurotransmitters zijn stoffen die in de overdracht van een prikkel van de ene zenuwcel op de andere betrokken zijn. De psychiatrische patiënt valt in deze visie dus onder een 'medisch model'. Of psychiatrische aandoeningen uitsluitend biologisch/medisch verklaard kunnen worden blijft de vraag, want een verbetering van de regulatie van neurotransmitters leidt bij persoon A tot verbetering, maar niet noodzakelijk bij persoon B. Mogelijk wordt de ontregeling van de psyche teweeg gebracht door een verkeerd gebruik van cognitieve en affectieve bekwaamheden (als gevolg van ingewikkelde terugkoppelingseffecten). In het laatste geval staat de pijl van de oorzakelijkheid juist andersom!

Is met psychofarmacotherapie een trend ingezet naar (her)unificatie van psychiatrie met neurologie, althans op onderdelen? Dus een tendens naar een hoog wetenschappelijk medisch model? Kort gezegd: meer pillen, en minder praten? Of worden de positieve effecten van psychofarmaca overschat en de bijwerkingen onderschat? Placebo's zouden vrijwel even effectief zijn; en van bijvoorbeeld antidepressiva zouden mensen op de lange duur een minder stabiel gevoelsleven krijgen). Deze vragen zijn alleszins legitiem. Het alternatief, psychotherapie in de vorm van cognitieve gedragstherapie, zou bovendien een veel kleinere terugval laten zien na beëindiging van de therapie dan bij antidepressiva het geval is. Wellicht, zullen mensen altijd een mengeling willen van expertise (autoriteit?) en psychologische en emotionele sensitiviteit. Is wellicht de relatie met de therapeut het werkzame element van psychotherapie? De conclusie lijkt onvermijdelijk dat men het met farmaca alleen nooit zal klaren, al was het alleen als gevolg van de ongrijpbare invloed van diverse omgevingsfactoren (het bio-psycho-sociale model).



5.2.1. Psychiatrische farmacotherapie

Bij psychiatrische farmacotherapie gaat het primair om het beïnvloeden van het gedrag door ingrijpen in de aanmaak, afbraak, of functie van neurotransmitters. Voornoemde beïnvloeding heeft ten doel de cognitieve vermogens en de emoties in gunstige zin te beïnvloeden. Deze beïnvloeding van gedachten, aandacht, denken, waarnemen/oriënteren, emoties, perceptie, imaginatie, angst, waakzaamheid en andere bewustzijnsaspecten was en is zeer doeltreffend bij manie, angst, schizofrenie, en depressie (zelfs waar het slechts gaat om symptoombestrijding). De psychofarmaca hebben wat dat betreft ontegenzeggelijk een nieuw tijdperk ingeluid.

Veel psychofarmaca hebben, naast hun eigen specifieke effect, ook een effect op het dat circuit dat normaal wordt aangesproken in gevallen van angst, honger, dorst en seksuele stimuli. Deze farmaca hebben daardoor ook invloed op motivationele processen, dezelfde processen waardoor bijvoorbeeld een drugsverslaving ontstaat. Het gevaar van hierbedoelde psychofarmaca, in het bijzonder de benzodiazepinen, is dan ook dat mensen eraan verslaafd kunnen geraken.

De volgende geneesmiddelen vormen onderdeel van het therapeutisch pakket van de psychiater (en van de huisarts; voor het gebruik van psychofarmaca voor relaxatie en recreatie verwijzen wij naar de paragraaf over verslaving).

- hypnotica (benzodiazepinen bij slapeloosheid)
- sedativa (benzodiazepinen om rust te bewerkstelligen)
- anxiolytica (oxazepam en andere benzodiazepinen bij angststoornissen)
- antipsychotica (o.a. haloperidol, pipamperon bij psychosen)
- lithium (bij stemmingsstoornissen, met name als prophylaxe bij bipolaire stoornissen)
- antidepressiva (bij stemmingsstoornissen)
- psychostimulantia (methylfenidaat (Ritalin®) bij ADHD)

Geestverruimende middelen zoals LSD, opiaten, mescaline, en cannabisproducten worden niet beschouwd als 'lege artis' in de behandeling van psychiatrische klachten. Wel wordt er, in ieder geval in Nederland, geëxperimenteerd met deze middelen. In een behandelsituatie of bij de inventarisatie van de klachten van de patiënt wordt wel naar voren gebracht dat een 'blowtje' voor het slapen gaan als effectief wordt ervaren.

De hiernavolgende toestanden en stoornissen vormen in het algemeen indicaties om psychofarmaca voor te schrijven:

- bestrijding van angststoornissen (patiënt: 't gaat tekeer in mijn hoofd');
- bestrijding psychotische toestanden en paranoïde gedachte-inhouden;
- depressieve stoornissen (op dit moment staan vooral de bipolaire stoornissen in de belangstelling).

Leidraad bij de toepassing van psychofarmaca is de ervaring van de patiënt, de ervaring in de eigen praktijk, en de kennis van de praktijken van anderen. Uiteindelijk primeert deze klinische ervaring boven de kennis die statistische onderzoeken opleveren ('clinical hope' boven 'statistische zekerheid'). Dit prevaleren van de kliniek is gerechtvaardigd omdat in de arts-patiënt relatie ten diepste imponderabilia een rol spelen.

Wat betreft de ervaring van de patiënt het volgende. Als een zieke cliënt een middel niet verdraagt moet de arts dit accepteren. De arts moet sowieso op zoek zijn naar de grootst mogelijke coöperatie.

Bij de toepassing van psychofarmaca verdient ook het volgende aspect nog aandacht. Vrouwen reageren farmacologisch anders op geneesmiddelen dan mannen. Vrouwen verschillen doorgaans van mannen ter zake van – bijvoorbeeld – de lichaamsomvang, het lichaamsvet en de activiteit van leverenzymen. Vrouwen (met name in de vruchtbare leeftijd) zijn bovendien ook ondervertegenwoordigd in clinical trials waardoor de resultaten van deze onderzoeken ten onrechte worden geëxtrapoleerd naar vrouwen. Helaas is de exacte betekenis van deze bevindingen voor de kliniek nog niet opgehelderd.

5.2.2. Ethische aspecten

Op basis van het feit dat de vrijheid de hoogste waarde is die de mens kenmerkt, en op basis van het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid (zie Hoofdstuk 1.2.2.4.) is het duidelijk dat ieder psychofarmacon dat de vrijheid van mensen beperkt of opheft, niet geoorloofd is. Nu dragen bepaalde psychofarmaca op de lange termijn het gevaar van afhankelijkheid in zich. Dit ondermijnt de vrijheid. Het te makkelijk en niet-geïndiceerd gebruiken van hierbedoelde psychofarmaca, in het bijzonder benzodiazepinen, moet daarom in vraag gesteld worden. Een arts dient bij ieder voornemen tot farmacotherapie dan ook altijd de mogelijkheid van alternatieven in de psychotherapie te onderzoeken. In het geval van psychofarmaca moet men altijd het korte termijn voordeel bezien tegen de gevolgen op langer termijn.

Van psychiatrische patiënten kan niet voorbaat gezegd worden dat zij geen vrije wil hebben (zie het Chabot-arrest, HR 21/06/94. NJ 1994/656). Ook psychiatrische patiënten moeten dus vrijelijk akkoord gaan met de hun aangeboden farmacotherapie. De uitoefening van de vrije wil bestaat dan hierin dat de patiënt zelf, na goed te zijn geïnformeerd, besluit de psychofarmaca in te nemen. Vervolgens doet zich (ook) hier het probleem voor van de therapietrouw, vooral bij verslaafden.

De schaal waarop tegenwoordig psychofarmaca gebruikt worden door relatief normale mensen is indrukwekkend. Het doel hiervan is enhancement, dat wil zeggen de toename in kwaliteit, waarde, of kracht van een capaciteit, bijvoorbeeld een cognitieve bekwaamheid [2: British Medical Association. Boosting your brainpower: ethical aspects of cognitive enhancements. 2007.]. Men denke hier niet alleen aan antipsychotica, antidepressiva en anxiolytica, maar ook aan Ritalin en andere cognitieve ‘enhancers’. Deze neuromodulators blijken steeds meer aangewend te worden om bepaalde elementen van het functioneren kwalitatief of kwantitatief op een hoger plan te brengen; het betreft hier bijvoorbeeld het opwaarderen van geheugen, stemming of seksuele lust. In de mate dat we meer kennis verkrijgen over de relatie tussen de hersenen en gedrag, is het waarschijnlijk dat we in de toekomst meer te weten zullen komen over de neurobiologische basis van onze cognitieve capaciteiten. De toekomst van de psychofarmaca die louter gebruikt zullen worden voor ‘enhancement’ is dan ook zonder meer indrukwekkend. Of, desgewenst, angstaanjagend. Er is immers een groot potentieel voor zowel goede als kwade toepassingen.

Waar ligt de grens in het ontwerpen en gebruiken van ‘feel good’ farmaca? Wordt psychiatrie een zichzelf expanderende bezigheid? Immers, iedereen wil zich ‘beter voelen’, en wel ‘better than well’. En iedereen wil af van lastpakken, zoals pubers die niet naar hun ouders willen luisteren (zie in dit verband de DSM-kwalificatie ‘oppositional defiant disorder’). Kortom, er is een trend gaande naar medicalisatie van ‘la condition humaine’ waardoor voor steeds meer segmenten van ons normale bestaan psychiatrische labels (en drugs) beschikbaar

zijn.

Deze ontwikkeling is een onderdeel van een hedonistische mentaliteit die mensen predisponeert voor drugsverslaving. De kern daarvan is dat er tegen alle pijn, tegenslag, en frustratie, een pil moet zijn; of iets anders dat de wetenschap moet ophoesten. Farmaceuten spelen hierop in waardoor de geneesmiddelenconsumptie nog meer stijgt.

De algemene vraag die resteert is natuurlijk in hoeverre wij vrij zijn om – op welke wijze dan ook – naar goeddunken over onze capaciteiten (en ons lichaam) te beschikken. Waar ligt de grens? De toepassing van psychofarmaca bij gezonde mensen is niet gericht op het herstel van hun functionele integriteit, maar op de verbetering van hun eigenschappen. Wordt daarmee hun lichaam gedegradeerd tot een middel om de gewenste eigenschappen te verbeteren? Dit laatste zou ingaan tegen het principe dat men de menselijk lichaam niet mag instrumentaliseren (zie Hoofdstuk I.2.2.1.).

Het is belangrijk om tegenover deze enhancement-tendens duidelijk te maken wat de echte perfectie van de mens is: deze ligt in de vorming van deugden, dat wil zeggen: in moreel goede karaktereigenschappen die de mens sterken in zijn innerlijke vrijheid, die zijn meest specifieke waarde uitmaakt (vgl. Hoofdstuk I.3.1.).

Een actuele vraag betreft de macht van de farmaceutische industrie: creëren de farmaceutische bedrijven een vraag? Waar vroeger ongemak in het leven verdragen werd, eisen cliënten nu massaal pillen, bijvoorbeeld methylfenidaat bij ADHD, dat in sommige streken van de VS bij 20% van de kinderen gediagnosticeerd wordt [3: British Medical Association. Boosting your brainpower: ethical aspects of cognitive enhancements. 2007.]. Iets dergelijks speelt ook bij de benzodiazepinen. Is dit type farmacon wel het juiste antwoord op spanningen? Worden er niet te gemakkelijk benzodiazepinen tegen onrust en slecht slapen voorgeschreven (circa 11,2 miljoen verstrekkingen aan ruim 1,8 miljoen mensen [4: Anonymus. Benzo's uit het pakket. Pharmaceutisch Weekblad 2008, 25, 143.]). Hebben al deze mensen wel benzodiazepinen nodig?

Het is duidelijk dat bij de betugeling van de macht van de farmaceutische industrie de overheid grote verantwoordelijkheid draagt. Via onder de andere de Geneesmiddelenwet van 2007, die de oude Wet op de Geneesmiddelenvoorziening vervangt, heeft de overheid deze verantwoordelijkheid ook ondubbelzinnig aanvaard. De wet verbiedt onder andere overeenkomsten en samenwerking met apothekers die tot gevolg heeft of kan hebben dat het ter hand stellen van geneesmiddelen door andere overwegingen worden beïnvloed dan die van een goede geneesmiddelenvoorziening. Ook is de registratie van bijwerkingen en ongewenste interacties van farmaca verbeterd door een meldingsplicht. De verwachting is dat het gebruik van het elektronisch patiëntendossier vorenbedoelde meldingen alleen maar zullen doen toenemen. De vraag is natuurlijk nog steeds of dit alles wel voldoende is. Men denke alleen al aan de praktijken van farmaceutische bedrijven om hun klinische research in derde wereld landen uit te voeren, landen waar minder ethische voorwaarden worden gesteld terwijl tegelijkertijd mensen aldaar er niet van zullen profiteren. En aan de mogelijkheid voor de farmaceutische industrie om medicijnen die in het Westen niet meer te slijten zijn, in derde wereld landen te dumpen.

In het voorgaande kwam specifiek de controle van gedrag via farmacotherapie aan de orde. Na de Tweede Wereldoorlog kwam ook de behandeling van psychopathologie met andere vormen van gedragscontrole op gang: psychologische conditionering (bijvoorbeeld 'contingency management' bij verslaafden), (verbeterde) shock therapy bij therapieresistente depressie, psychochirurgie (bijvoorbeeld 'deep brain' stimulatie (DBS) via elektroden), en hersenimplantaten (zie voor DBS en hersenimplantaten Hoofdstuk V.3.3.2.). Of de DBS en het inbrengen van hersenimplantaten succesvolle therapieën zullen opleveren zal de toekomst leren. Hetzelfde geldt voor perspectieven die thans worden geopend door de stamceltherapie (zie Hoofdstuk III.4.2.1.).