

Psychofarmaca []

Medicamenten die worden gebruikt bij de behandeling van psychiatrische aandoeningen worden “psychofarmaca” genoemd. Het is een controversieel onderwerp. Sommige mensen willen per se psychofarmaca, en verwachten dan dat de pillen al hun problemen gaan oplossen. Vooral willen ze dan vaak benzo’s (benzodiazepinen). Anderen wil per se geen medicatie terwijl het voor ieder ander duidelijk is dat ze in hun verwarring of ontremming levensbedreigende dingen doen en dat medicatie het meest effectieve en humane hulpmiddel is bij de situatie.

Er is ook nogal wat verwarring rond psychofarmaca. Bijvoorbeeld worden door niet-artsen soms groepen met elkaar verward: bijvoorbeeld de groep van de benzodiazepinen en de groep van de antidepressiva terwijl deze twee een totaal andere werking hebben. Tot slot is er veel onoordeelkundig gebruik en misbruik. Redenen genoeg om een artikel te schrijven om een aantal gegevens te ordenen.

Behandeling van psychiatrische aandoeningen

De psychiatrie ontwikkelt zich de laatste decennia in de richting van het voorschrijven van geneesmiddelen. Dit heeft verschillende oorzaken:

- Basisfilosofie van de geneeskunde
- Ontwikkeling van effectieve medicijnen
- Economische motieven

Het toepassen van medicijnen past in een cultuur waarin een mens gezien wordt als een chemisch/mechanisch fenomeen. De psychiatrie volgt dit mensbeeld door te werken met medicijnen (chemische ingrepen) en met operaties aan de hersenen, de psychochirurgie (mechanische ingrepen). Maar deze cultuur wordt misschien nog wel sterker gezien bij wetenschappers, verzekeringsmedewerkers. En op een bepaalde manier misschien ook bij mensen die hun leven proberen te sturen door middel van genotmiddelen en drugs.

Er worden sinds ongeveer 1960 nieuwe middelen gevonden die een sterk effect hebben verschillende psychopathologische fenomenen zoals het horen van stemmen (antipsychotica) en middelen die vaak werken bij depressie (antidepressiva). Door deze medicijnen kunnen aandoeningen behandeld worden die voorheen onbehandelbaar waren. (N.B. We gebruiken hier bewust de term “behandelen”, niet “genezen”.)

Een derde reden waarom op heden meer en meer psychiatrische geneesmiddelen gegeven worden, is dat mensen die lijden aan psychose met behulp van antipsychotische medicatie zelfstandig thuis kunnen leven terwijl verpleging in een inrichting vele

duizenden euro’s per maand kost. Op dit moment heb ik daar geen getallen over paraat, maar ter vergelijking: een ziekenhuisbed kost (zonder medische behandeling) in sommige ziekenhuizen ongeveer zevenhonderdvijftig tot twaalfhonderd gulden per dag. Reken maar uit wat dat per jaar is. Om het budget van de gezondheidszorg dus haalbaar te houden voor de maatschappij, moeten veel mensen met psychotische aandoening thuis behandeld worden. Dat heet ambulante (“de lopende patiënt”) in tegenstelling tot intramuraal (= niet opgenomen; letterlijk: binnen de muren).

Benzodiazepinen

Deze werden vroeger tranquillizers genoemd. Tot deze groep horen diazepam (Valium), oxazepam (Seresta) en nog ongeveer vijftig andere middelen.

Het zijn “kalmerende middelen”. Het zijn uitstekende middelen tegen epilepsie, bij ernstige manie en als agressieremmers bij mens en dier. {{Ook bij katatonie werken ze goed en soms levensreddend.}}

Ze werken goed als spierverlapper, bijvoorbeeld bij bepaalde operaties.

Tevens werken ze tegen angst, ze worden gebruikt als “slaapmiddel” en tegen spanningen.

De naam slaapmiddel is al misleidend; ze brengen mensen niet in slaap, maar in een soort verdoving. Deze slaap brengt geen of weinig dromen en dus minder echt herstel dan echte slaap.

Een ander nadeel wanneer ze als slaapmiddel of kalmerend middel gebruikt worden, is dat er vaak een rebound effect optreedt wanneer men met deze middelen stopt. Dat wil zeggen dat de betreffende klacht, in dit geval de angst, de onrust en de slapeloosheid erger terugkomt na het stoppen van deze middelen¹. Alsof men een dammetje opgooit tegen stijgend water, wanneer men het dammetje doorbreekt stroomt het water extra hard. Een effect van doorschieten naar de andere kant bij stoppen van het middel.

Bijkomend nadeel is dat men ook een benzodiazepine verslaving kan oplopen. Een ander effect van benzodiazepines is het blokkeren van de opname functie van het geheugen: dit kan gebruikt worden voor chirurgische ingrepen maar kan een nadeel zijn wanneer men ze gebruikt tegen spanning. Merkwaardig genoeg heeft de patiënt vaak niet door hoe ernstig de geheugenstoornis is en kan men het alleen op het spoor komen door testen: vragen naar gebeurtenissen die plaats vonden in de periode van het gebruik. Mogelijk samenhangend met de blokkade van geheugen en de veranderde kwaliteit van slaap

¹ Wat verstaan we onder rebound effect? Geef een voorbeeld van rebound effect.

(minder dromen meer verdoving) is het verschijnsel dat psychotherapie geen ontwikkeling bevordert bij mensen die benzo's gebruiken. Een zelfde effect ziet men bij alcohol gebruik. Benzodiazepinen en alcohol grijpen aan op dezelfde (GABA) receptoren en hebben grotendeels dezelfde werking. Beide dempen op dezelfde manier, alleen geven benzo's minder vaak dronkenschap. Stoppen van alcohol en benzo's zijn voorwaarden voor een therapeutisch proces, en misschien ook voor persoonlijke groei..

Veel patiënten willen graag benzo's en denken dat het hun problemen gaat oplossen. Grote groepen mensen zijn er aan verslaafd. Misschien is het daarom goed om niet langer over "slaapmiddelen" en "kalmerende middelen" te praten maar slechts over "verdovende middelen"; dat geeft een reëler beeld over het geen mensen werkelijk vragen. Er vallen in Nederland jaarlijks waarschijnlijk rond de 300 doden bij ongevallen door benzodiazepinegebruik; s ochtends heeft men nog genoeg in het bloed om niet te kunnen autorijden of op een keukentrap te staan. Het aantal niet dodelijke ongevallen is vele malen groter. Het afbouwen van "benzo's" is een kunst apart; er zijn goede artikelen, handleidingen en enkele websites over. Het vereist oefening in voorschrijven en begeleiden.

Hoewel benzo's dus veel nadelen hebben m.n.:

- Verslaving
- Geen echte slaap
- Rebound (spanning komt heviger terug)
- Geheugenblokkade
- Ongevallen
- Blokkeren therapeutisch proces en persoonlijke groei

Is het toch niet raadzaam om zomaar te stoppen wanneer mensen de benzo gebruiken voor:

- Epilepsie
- Katatonie
- Noodzakelijke spierverslapper
- Anti-manisch
- Anti-agressie

Antidepressiva

Afgekort AD. Dit is een groep middelen die anders werkt; de benzo's horen niet tot deze groep.

Deze middelen werken bij:

- Somberheid door depressie
- Paniekstoornis
- Sociale fobie
- Gegeneraliseerde angststoornis
- OCS = Dwangstoornissen (sommige AD)
- Pijn, mn bot- en zenuwpijn
- Premature ejaculatie
- Boulimie (werken een klein beetje)
- Stemmingsschommelingen

Wat antidepressiva en antipsychotica NIET doen is:

- Mensen gelukkig maken of
- problemen oplossen.

Dat moet iemand zelf doen; eventueel met behulp van een begeleider of therapeut. Wat deze middelen WEL kunnen doen is symptomen verlichten. Dat kan toch een enorm voordeel zijn, omdat mensen te depressief kunnen zijn om problemen op te lossen, of te weinig IQ hebben om hun problemen op te lossen. De medicijnen kunnen dan de voorwaarden scheppen waarmee mensen aan de slag kunnen of ze kunnen bijvoorbeeld een fatale suïcide helpen voorkomen. In andere gevallen kunnen deze middelen het lijden dragelijker maken.

Wat antidepressiva (en antipsychotica) nog niet kunnen is psychiatrische ziekten genezen. Wanneer men te snel stopt met het gebruiken van deze middelen kunnen de klachten terugkomen. Dat is geen rebound, de klachten komen niet versterkt terug omdat ze door AD niet onderdrukt worden. Maar de depressie kan "onder de oppervlakte van de medicijnen" nog maanden door gaan, en bij stoppen van het AD worden ze dan weer manifest. Gelukkig zijn antidepressiva NIET verslavend zoals de benzodiazepinen. Sommige AD geven onttrekkingsverschijnselen wanneer ze (te) snel worden afgebouwd maar er ontstaat geen hunkering ("craving") naar de medicatie wanneer deze niet gebruikt wordt. Dit effect bestaat wel bij alcohol, tabak, benzodiazepinen en andere drugs.

Bijwerkingen

Belangrijk is dat degene die begint met antidepressiva weet dat de werking op de depressie pas na drie tot zes weken merkbaar kunnen worden terwijl de bijwerkingen vrijwel direct kunnen optreden.

Middelen tegen depressie zijn er in veel soorten en maten. Wat werkt voor de ene patiënt werkt niet voor de andere patiënt. Omdat men regelmatig moet doorzoeken voor het passende middel gevonden is, en om dat het steeds een maand of langer duurt voor men kan inschatten wat het effect is, duurt het vaak lang om depressie goed te behandelen met medicatie. Dit zoeken betekent niet dat de patient als proefkonijn gebruikt wordt; hier komen we op terug.

Een belangrijk onderscheid is het verschil tussen de:

- klassieke antidepressiva en de
- modernere antidepressiva.

De klassieke AD hebben andere bijwerkingen, vaak wat gevaarlijker, vooral bij hoge dosis.

Veel voorkomende bijwerkingen; zie ook: richtlijnen of farmacotherapeutisch kompas op het internet.

Bijwerkingen klassieke antidepressiva

- Droge mond

- Visusklachten (wazig zien)
- Obstipatie
- Overmatig transpireren

Moderne antidepressiva

- Misselijkheid
- Diarree
- Angst (in het begin)
- Agitatie
- Hoofdpijn
- Slapeloosheid of juist slaperigheid
- Verhoogde bloedingsneiging

Veel mensen hebben een tot drie van de mogelijke bijwerkingen; sommige mensen hebben er vijf. Op het internet is een compleet overzicht te vinden; vaak vindt men dan tientallen tot meer dan honderd verschillende bijwerkingen per middel maar gelukkig komen die nooit allemaal bij dezelfde patiënten voor. Veel verschijnselen die bijwerkingen van het medicijn lijken, die zijn dit in werkelijk niet maar zijn eigenlijk effecten van de depressie (BV obstipatie, hoofdpijn, slapeloosheid, droge mond, geheugenstoornissen, onrust, emotionele vervlakking etc – zie onder depressie). Het is dus belangrijk al deze verschijnselen in kaart te brengen voordat men het middel begint. Het ene middel heeft andere bijwerkingen dan het andere middel. Wanneer een patiënt last heeft van slapeloosheid en transpireren, dan bestaat soms de mogelijkheid om er een tweede medicijn (ook een AD) bij te geven dat juist slaap induceert en transpireren tegen gaat.

Nooit zomaar voorschrijven

De eerste stap bij het behandelen van depressie is het doen van goede diagnostiek. Niet alle somberheid berust op depressie (zie pluis/nietpluisboek). En diagnostiek is belangrijk omdat men lichte depressies en gewone stemmingsschommelingen vaak beter niet medicamenteus kan behandelen. De voordelen wegen dan vaak niet op tegen de nadelen. En niet alle somberheid berust op depressie, er is dat geval een andere behandeling nodig. Psychotherapeutische methodieken en andere behandelingen (lichaamsbeweging et cetera) kunnen een veel betere keuze zijn. Bewezen is dat cognitieve gedragstherapie wanneer men dit langer dan een jaar zelf toepast, steeds sterker gaat werken. De vaardigheid en effectiviteit nemen toe terwijl bij sommige medicatie de effectiviteit kan afnemen. Een ander argument voor therapie tegen medicatie is dat er bij medicatie meer terugval is. Bij andere patiënten is medicatie een belangrijk hulpmiddel om de depressie voldoende te ontlasten zodat ze voldoende energie, helderheid en initiatief hebben om therapie te kunnen doen.

Bezwaren

Een bezwaar dat vaak genoemd wordt door psychologen is dat antidepressiva mensen emotioneel vlak maken. Het is hierbij belangrijk te beseffen dat sommige antidepressiva inderdaad wat vervlakken, andere niet. Maar dat depressie zelf heeft een sterk vervlakkend effect. Ook wanneer de somberheid is bijgetrokken kan de vervlakking nog lang blijven. Deze vervlakking wordt vaak ten onrechte aangezien voor een bijwerking van medicatie.

Een ander veel gehoord bezwaar is dat men niet zelf leert de depressie te overwinnen. Dit is eerder een bezwaar tegen het niet geven van psychotherapie. En zoals boven genoemd: veel mensen worden dusdanig door een depressie beperkt dat ze niet op dat moment therapie aan kunnen. Dit was dit vroeger mijn (RO) argument om niet enthousiast te zijn over antidepressiva, tot ik merkte dat er in iedere groep waar ik les gaf, er wel minstens een deelnemer was die het niet eens was met dit argument en vertelde dat z/hij slechts door antidepressiva zover gekomen was dat h/zij weer in de workshop kon zitten. Dit wekte mijn interesse dusdanig dat ik hier in ben gaan verder zoeken en nu probeer om methoden te ontwikkelen om antidepressiva al-dan-niet toe te passen op een doordachte manier. Zoals bij alle psychofarmaca is het doel dat de patiënt meer zichzelf is met de medicatie dan zonder de medicatie.

Het is een probleem dat antidepressiva door een huisarts gegeven worden die niet altijd de tijd heeft voor de noodzakelijke onderzoeken die vooraf horen te gaan aan het geven van antidepressiva:

- Goede diagnostiek: wat, waardoor, gevaren: is het wel depressie of is het somberheid door iets anders.
- Wat is de hulpvraag: wat wil de patient?
- Meting van de ernst van de depressie
- Kan de patiënt medicatie fysiek aan (lab onderzoek naar nieren, lever, hart etc)
- Zijn er al klachten die later abusievelijk als bijwerkingen opgevat worden.

Tevens hoort het voorschrijven van antidepressiva samen te gaan met goede informatie (mondeling en schriftelijk) over:

- De aard en het verloop van de aandoening
- Werking van medicatie
- Bijwerkingen en hoe hier mee om te gaan
- Juiste wijze van gebruik van medicatie
- Wat te doen bij verergering of klachten
- Uitleg voor patiënt en familie
 - Wat is depressie
 - Wat zijn de oorzaken
 - Wat kan men zelf doen
 - Risico's en complicaties
 - Verschillende behandel mogelijkheden

Werken antidepressiva?

Het antwoord van de wetenschap is: ja, mits op de juiste manier voorgeschreven en ingenomen, mits het middel het juiste middel is en mits

Van de mensen die een AD (antidepressivum) inneemt geneest 60% van de depressie. Dat lijkt een prima getal, maar het betekent dat 40% niet geneest. En we weten van die 60% tweederde ook zou genezen zonder AD. Dat is dus ook 40%. Dat wil zeggen dat slechts 20% verbetert door het medicijn. Dat betekent dat de NNT (numbers needed to treat = aantal mensen dat je moet behandelen om er 1 te succesvol te behandelen door het medicijn) vijf is. Er moeten vijf mensen met AD behandeld worden voor depressie om te bereiken dat er 1 voldoende klachtenvrij wordt door het AD. Dat klinkt al minder gunstig. In de praktijk betekent dat echter dat wanneer het ene medicijn niet werkt, dat men dan een volgende medicijn probeert. In richtlijnen is aangegeven welke soort medicijnen men het eerst probeert en welke daarna. Richtlijnen proberen dus om wetenschap om te zetten in praktische aanwijzingen om te zorgen dat datgene dat wetenschappelijk ontdekt is, ook nut heeft in de praktijk.

Sommige patiënten hebben het gevoel dat ze gebruikt worden als proefpersonen “proefkonijn” omdat er vaak een serie medicijnen uitgeprobeerd moet worden om te komen tot het middel dat werkt. Dat is feitelijk niet het geval: proefkonijn dienen om te kijken wat medicijnen die we niet kennen doen. Het doorlopen van een reeks medicijnen dient om te ontdekken op welk medicijn het beste werkt voor die persoon; meer als een paskamer in een kledingzaak dan als een industrie die proefkonijnen gebruikt: een jasje kan er wel mooi uitzien, maar of het past blijkt pas in de paskamer. En soms moet je er een aantal passen voor je de juiste hebt.

Om te voorkomen dat mensen het ‘proefkonijngevoel’ krijgen, is het belangrijk om dit principe van te voren uit te leggen of zelfs vast te leggen in het behandelplan.

Antipsychotica

Middelen tegen de verschijnselen van psychose worden verdeeld in

- klassieke en
- atypische antipsychotica.

Wat men kan proberen met antipsychotica is de overprikkeling van de hersenen (positieve symptomen zoals wanen, hallucinaties en verwarring) dempen. Wanneer dit gunstig verloopt, voelt de patiënt zich meer zichzelf met dan zonder medicatie.

Probleem bij antipsychotica is dat het weken duurt (vier tot zes weken) voordat men weet of het middel

goed aanslaat. Bij een ernstige psychose met veel agitatie kan men verwachten dat de onrust in uren wegtrekt, de hallucinaties in dagen tot weken en kan men hopen dat de wanen in weken tot maanden wegtrekken of verbleken. Maar wanneer er een psychotische leegte bestaat, veel negatieve symptomen dus, dan kan men met medicatie proberen de patiënt daar uit te helpen; maar dit lukt meestal nog minder goed met de huidige middelen.

Een ander probleem is dat men te voren niet weet welk middel bij die individuele patiënt zal aanslaan. Een positieve ontwikkeling is dat er steeds meer verschillende middelen ontwikkeld worden waardoor steeds meer mensen een goed leven kunnen hebben die dat zonder deze middelen zeker niet hebben. Toen de AP beschikbaar kwamen liepen de psychiatrische instituten van die tijd vrijwel leeg. Wat er nu nog over is, is weinig vergeleken bij wat er in die tijd bestond.

Er is bij niet-artsen vaak nogal wat weerstand tegen psychofarmaca en die is deels terecht; wanneer het zonder kan, is dat vaak een betere keuze. Echter degenen die ze nodig gehad hebben (ook studenten en therapeuten in natuurtherapie) kunnen vaak overtuigende verhalen vertellen over het nut (en soms de noodzaak) van deze middelen, mits juist toegepast. Veel therapeuten, patienten, familieleden van patienten en deelnemers aan workshops vertelden mij (RO) hoe dankbaar ze zijn dat de mogelijkheid bestaat.

Het gebruik van antipsychotica maakt een bijzondere ontwikkeling door. Was het een aantal jaar geleden nog gewoon om 20 mg Haldol te geven (soms werd 160 mg gegeven), nu is 4 mg de standaard, soms gaat een behandelaar tot 12 mg, vaker gaat men omlaag tot 2 mg of nog veel minder dan dat. De bijwerkingen zijn dan veel minder en de werking kan hetzelfde zijn wanneer men geduld heeft.

Stoffen die op haldol lijken vindt men ook in de Ginkgo Biloba bladen.

De geschiedenis van de antipsychotica is boeiend. Het eerste antipsychoticum (Chloorpromazine, merknaam Largactil) was oorspronkelijk een middel tegen wagenziekte waarvan mensen met psychose meldden dat het werkte tegen de hallucinaties. Hierna werd het middel geïntroduceerd in psychiatrische centra. Daarmee werd het psychiatrisch instituut opeens van een “asiel” dat opvang biedt, tot een ziekenhuis dat aandoeningen behandelde en probeert klachten tegen te gaan.

Stemmingsstabilisatoren

Deze middelen worden gebruikt tegen manie en tegen depressie bij bipolaire stoornissen.

Er zijn er verschillende ieder met eigen werkingsprofiel en bijwerkingen.

- Lithium
- Anti-epileptica
- Anti-psychotica
- Overigen

Aanbevolen literatuur:
Psychofarmacologie
Moleman

Wanneer een familielid of kennis opgenomen wordt met manie, en je zoekt het medicijn op op het internet, dan kun je tot je verrassing ontdekken dat het een middel tegen epilepsie is. Dat is geen vergissing. Het blijkt dat sommige van deze middelen werken tegen manie, bipolaire depressie of beiden.

Psychiaters gebruiken regelmatig medicatie tegen psychiatrische symptomen terwijl die middelen door andere medici gebruikt worden voor somatische ziekten.

Psychostimulantia

- Methylphenidaat (Ritalin)
- Concerta
- Atomoxitine (Stratera)
- Overige

Deze middelen worden gebruikt bij ADHD en bij ADD. Niet alleen bij kinderen, maar ook bij volwassenen. Zie verder bij "richtlijn ADHD bij kinderen." Op cbo.nl.

Overige psychofarmaca

- Schildklierhormoon
- Melatonine
- Middelen bij middelenmisbruik / -afhankelijkheid
 - Antabus
 - Naloxon
 - Methadon
 - Buprenorfine
 - Vit B1
 - Et cetera

Niet medicamenteuze therapieën

- Psychotherapie
 - Cognitieve therapie
 - Gedragstherapie
 - Interpersoonlijke therapie
 - Psychodynamische therapie
 - EMDR
 - Overige psychotherapieën; zie hoofdstuk psychotherapie.
- Electroconvulsietherapie (ECT)
- Elektrische stimulatie van de nervus vagus
- Transcraniële magnetische behandelingen
- Psychochirurgie