



Slikken of Gespoten Worden

over medicijnen en zo in de psychiatrie

Nijmegen, 3 december 1983
Ter nagedachtenis aan J.S.

© copyright Clientenbond 1983

samenstelling: Henk van Gaal
typografie: Agnes Wijntjes
druk: De Vrije Druk Nijmegen

een uitgave van de Clientenbond
in de Geestelijke Gezondheidszorg
Postbus 645 3500 AP Utrecht

Inhoud

WOORD VOORAF	3
DEEL I. VOORLICHTING	
Gedicht: <i>waarom</i>	7
Overzicht medicijnen in de psychiatrie - Henk van Gaal	8
A. <i>Neuroleptica</i>	
B. <i>Middelen tegen bewegingsstoornissen</i>	
C. <i>Antidepressiva</i>	
D. <i>Slaap- en kalmeringsmiddelen</i>	
Bijwerkingen medicijnen in de psychiatrie - Henk van Gaal	13
A. <i>Neuroleptica</i>	
B. <i>Anti-Parkinson middelen</i>	
C. <i>Antidepressiva</i>	
D. <i>Slaap- en kalmeringsmiddelen</i>	
De waarde van langdurige behandeling met antipsychotische middelen	19
Deskundig of ervaren - Kees van der Kroef	20
De betekenis van tijd en duur bij psychofarmacagebruik - Henk van Gaal	23
Sterfte en levensgevaar door de psychiatrie	28
DEEL II. ACHTERGRONDEN	
Lied: <i>Shock's en drugs en tryptizol</i>	39
Wat niet is kan nog komen - uit het rapport van de "Commissie Van Dijk"	40
Wat wij ervan vinden - uit het psychiatrie patienten manifest	41
Medicijnen in de psychiatrie, wetenschappers en gekkensbeweging - Henk van Gaal	42
Clientenbond bezoekt Staatssecretaris	53
Experimenten en dwangopneming - Henk van Gaal	54
Genezen of te vroeg gejuichd? - Edwin Oostmeijer	55
Liberta, een causaal antidepressivum - Henk van Gaal	60
Anetholtrithion, een middel tegen droge mond - Rens Smit e.a.	61
Determineertabel medicijnen in de psychiatrie	63
A. <i>Neuroleptica</i>	
B. <i>Middelen tegen bewegingsstoornissen</i>	
C. <i>Antidepressiva</i>	
D. <i>Kalmeringsmiddelen</i>	
E. <i>Slaapmiddelen</i>	

Woord vooraf

INLEIDING

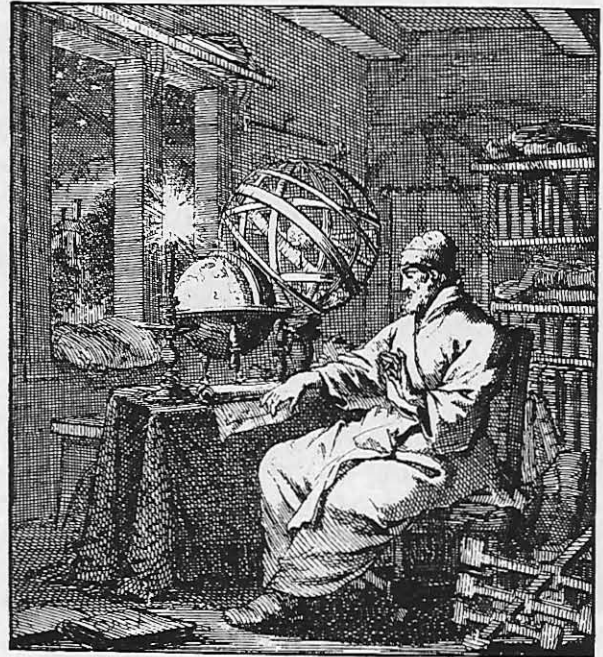
Wat weet je af van medicijnen in de psychiatrie? Weet je iets over hun bijwerkingen? Vermoed je last van bijwerkingen te hebben, maar weet je niet waar je dit na kunt gaan?

Als je ooit largactil gebruikte, had je toen wel eens last van een droge mond of pijscheuten in je nekspieren? Wist je dat de combinatie van sommige medicijnen in de psychiatrie je het gevoel kan geven dat je vervreemt van jezelf? En wist je, dat wanneer je te snel met bepaalde medicijnen stopt, dan het ontwend raken vaak onprettig of pijnlijk is, je van streek kan brengen of dat het zelfs gevaarlijk kan zijn? Dit zijn nog maar een paar van de dingen die de meesten van ons niet weten over medicijnen in de psychiatrie.

In onze konsumptiemaatschappij zijn de meeste mensen bezorgd over de kwaliteit en veiligheid van de producten die zij gebruiken: zo beginnen de mensen op de verpakking van levensmiddelen informatie te eisen over samenstelling en voedingswaarde. En wij, als wij psychiatrische medicijnen gebruiken, hoe goed worden wij geïnformeerd?

CLIENTENBOND

De CLIENTENBOND IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, kortweg CLIENTENBOND genaamd, is een vereniging van patienten en ex-patienten in de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Binnen onze vereniging bespraken we regelmatig klachten over medicijnen. We merkten daarbij, dat, zoals zoveel mensen, we erg weinig over psychiatrische medicijnen wisten, zelfs ondanks dat velen van ons ze gedurende lange periodes gebruikten of gebruikt hadden. Om onszelf en andere gebruikers te informeren, hebben we enige jaren geleden een medicijneninformatiefolder uitgegeven. Al spoedig bleek deze folder te weinig gegevens te bevatten, en we besloten een uitgebreidere informatie op schrift te stellen. Juist in die tijd ontvingen we uit Amerika een exemplaar van het boekje "CONSUMER'S GUIDE TO PSYCHIATRIC MEDICATION", uitgegeven



door PROJECT RELEASE, een gemeenschap van ex-psychiatrische patienten in New York. Dit boekje bleek zo gedegen te zijn opgezet, dat we er dankbaar gebruik van hebben gemaakt, bij het maken van een overzicht over medicijnen in de psychiatrie en bij het beschrijven van bijwerkingen.

De laatste tien jaar is er veel gesproken en geschreven over misstanden in de psychiatrie en in psychiatrische ziekenhuizen. Rechtszaken, wetgevingen, kamerdebatten en zelfs publieke schandalen hadden toestanden in ziekenhuizen en onvrijwillige opnames tot onderwerp. Vormen van behandeling, zoals de electroshock "therapie" en psychochirurgie (lobotomie enz.), werden flink in twijfel getrokken in en oppraak gebracht.

Met name ook psychiatrische medicijnen werden veel ter discussie gesteld vanwege hun ongelooflijk wijdverbreid gebruik. De medicijnenindustrie heeft sterk geprofiteerd van de bereiding en verkoop van deze controversiele medicijnen. Weinig-bekende schandalen met betrekking tot deze tak van industrie beginnen nu langzaam bekend te worden.

En (ex)psychiatrische patienten dreigden in al deze geschillen en tegenstrijdige meningen bekneld te raken. Van al diegenen van ons, die in ziekenhuizen gedwongen zijn geweest deze medicijnen in te nemen, willen er velen niet meer

mee te maken hebben; terwijl anderen ontdekten afhankelijk te zijn geworden van deze medicijnen, en dan vaak bang te zijn voor wat er kan gebeuren als zij stoppen ze in te nemen.

Wij in de CLIENTENBOND zijn ons bewust van de gevaren en misbruiken van psychotrope, geestbeïnvloedende, medicijnen, terwijl toch sommigen van ons het nog nodig vinden ze te gebruiken. Anders dan in de psychiatrie en in psychiatrische ziekenhuizen gebruikelijk is, vinden wij dat ieders behoeften en wensen geëerbiedigd dienen te worden, en wij streven ernaar er geen oordeel over uit te spreken. Daarom voelen we er sterk voor dat de beslissing over wel of niet gebruiken van deze medicijnen geheel in handen moet zijn van de betrokken persoon, zonder dwang of pressie, hoe subtiel ook, van de kant van de psychiaters of verpleegkundigen of andere medewerkers aan psychiatrische instellingen.

In dit boekje proberen we duidelijkheid omtrent deze medicijnen te scheppen. Om het voor iedereen mogelijk te maken een verstandige eigen beslissing te nemen ten aanzien van gebruiken of stoppen, moeten zij over controleerbare informatie kunnen beschikken. Psychiaters vertellen ons altijd over de "therapeutische" waarde van dat medicijn dat ze voorschrijven. We horen zelden iets over zijn gevaren, ongewenste bijwerkingen of de kans aan het middel verslaagd te raken. Omdat deze informatie meestal alleen beschikbaar is voor artsen, krijgen de meesten van ons geen weet van deze zaken. *Onwetendheid is een verkapte onderdrukking.* Zo lang als wij onwetend blijven, zijn wij afhankelijk van de meningen van de psychiater, missen we de kennis om hetzij zijn mening te veranderen, hetzij onze eigen mening uit te spreken op een manier die niet weerlegd kan worden. Ook daarom is voorlichting noodzakelijk.

INDELING VAN PSYCHOFARMACA

Voorlichting begint bij indeling en naamgeving, weten over welke medicijnen men spreekt.

Medicijnen in de psychiatrie kunnen ingedeeld worden in drie hoofdgroepen:

- Allereerst dienen genoemd te worden de middelen tegen psychosen, *neuroleptica* of antipsychotica genaamd (enkelvoud: neurolepticum of antipsychoticum).

Deze worden ook wel major tranquillizer of sterk kalmerende middelen genoemd. Er zijn er wel meer dan vijftig van in de handel, die allemaal een vergelijkbare werking en vergelijkbare bijwerkingen hebben: de verschillen zijn niet wezenlijk groot. Tegen bijwerkingen van de neuroleptica wordt vaak een *anti-parkinson* middel aan de medicatie toegevoegd.

- Een tweede hoofdgroep betreft de middelen tegen depressies, de *antidepressiva*. Deze groep kan nog onderverdeeld worden in subgroepjes: de wek-amines en de M.A.O.-remmers (mono-amine-oxidaseremmers), de zogenaamde tricyclische en tetracyclische antidepressiva, en he Lithium. De eerste twee groepen zijn te ontraden, worden zelden nog gegeven en worden in dit boekje niet of nauwelijks besproken.

- De derde hoofdgroep omvat de *slaap- en kalmeringsmiddelen*. Er is geen wezenlijk verschil tussen slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen; een kalmeringsmiddel heet slaapmiddel, als het voor het slapen gaan gegeven wordt! Deze middelen zijn verslavend, het sterkst verslavend zijn de barbituraten, minder verslavend zijn de benzodiazepines.

GEBRUIK VAN PSYCHOFARMACA

We hebben intussen al heel wat moeilijk namen gebruikt. De betekenissen van die namen zijn niet zo belangrijk, maar de namen zijn nodig om te weten over welk middel men het heeft. En daar gaat het om: weten wat je slikt, weten waarom je het slikt en weten wat het met je



Illustration: Elizabeth D. Rosa

lichaam en geest doen kan. Goed gebruik van psychiatrische medicijnen is moeilijk: je moet ervoor de taal van je lichaam leren verstaan, begrip krijgen voor je eigen gevoelens. Streven bij medicijngebruik moet zijn dat je eigen zelfinzicht het medicijn op den duur moet gaan vervangen. Dit kan meer of minder tijd kosten, maar het loont de moeite. Té gemakkelijk worden medicijnen als zoethoudertje gegeven in onze westerse maatschappij. We nemen hier geen stelling vóór of tégen het gebruik van psychofarmaca: ieder moet in zijn eigen situatie leren afwegen wat nodig, nuttig, overbodig of schadelijk is. Dit boekje wil hierbij een wegwijzer zijn, meer niet. Maar een wegwijzer is nodig: te veel mensen gebruiken deze middelen.

In Nederland worden aan de drie hoofdgroepen van geestbeïnvloedende medicijnen jaarlijks gigantische bedragen uitgegeven. Onofficiële schattingen zijn, dat er jaarlijks ca. 200.000 mensen samen voor ca. f 60.000.000,-- aan middelen tegen 'psychosen' (neuroleptica) gebruiken, ongeveer 50.000 mensen samen voor ca. f 25.000.000,-- aan middelen tegen depressies (antidepressiva) en ongeveer 2.000.000 mensen samen voor ca. f 300.000.000,-- aan slaap- en kalmeringsmiddelen. Een groot deel van de bevolking leeft daarmee in de greep van deze middelen. Sommige mensen gebruiken wel drie of vier medicijnen naast elkaar. Is dat allemaal wel zo gewenst? Wordt er wel voldoende rekening gehouden met meer of minder ernstige ongewenste gevolgen van dit medicijngebruik?

NADELEN EN MISBRUIK VAN PSYCHOFARMACA

MAATSCHAPPELIJK gezien leidt onderdrukking van ongewenst gedrag door medicijnen ertoe dat niet de situatie die tot ongewenst gedrag geleid heeft, aangepakt wordt, maar de individuele mens die onder druk van de situatie zichzelf niet meer kan handhaven en een uitweg zoekt in gedrag dat door de omgeving dan als storend of ziekelijk ervaren wordt.

De verziende situatie blijft voortbestaan.

PERSOONLIJK wordt de kwaliteit van het leven voor de gebruiker slechter door de vaak zeer storende akute bijwerkingen: met name komen veelvuldig bewegingsstoornissen voor, allerlei regule-



ringsmechanismen in het lichaam worden door de psychofarmaca verstoord, zodat men problemen met de spijsvertering, met warm en koud weer, met fel licht krijgt, enzovoort.

MEDISCH bekeken zijn deze middelen niet zonder gevaar.

Het grote aantal mensen dat slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt, wordt mede veroorzaakt door de snelle gewenning (een kwestie van amper een paar weken) en door de meer of minder ernstige verslaving waardoor men gemakkelijk chronisch gebruiker wordt en zonder feitelijke noodzaak jarenlang door blijft slikken.

Neuroleptica geven na langdurig gebruik hersenbeschadiging die tot blijvende bewegingsstoornissen en spraakmoeilijkheden kan leiden, die ook na stoppen met het gebruik van het neurolepticum niet meer weggaan: schattingen zijn dat er in Nederland ca. 20.000 mensen zeer ernstige hinder en ca. 60.000-80.000 mensen in mindere mate hiervan last hebben. Duizenden mensen zijn vanwege de gebruikte neuroleptica chronisch inrichtingsbewoner geworden. Neuroleptica en antidepressiva hebben zelfs bij gebruik op recept nog veel doden geëist door de gevaarlijke werking ervan op het hart en andere vitale organen. Maar psychofarmaca leiden ook tot sterfgevallen door zelfdoding en door verkeersongelukken na medicijngebruik.

In THERAPEUTISCH opzicht zijn deze middelen minder nuttig dan hun omvangrijk gebruik doet vermoeden. Slaap- en kalmeringsmiddelen genezen niets, geven er slechts het probleem van de gewenning en de verslaving bij. Neuroleptica heten mensen toegankelijk te maken voor psychotherapie die men hen niet geeft of die door de versuffende werking van de

neuroleptica niet werkzaam is. Anti-depressiva drijven veel mensen tot zelfmoordpogingen. En tenslotte belemmeren psychofarmaca de genezing. Enerzijds omdat door de aandacht via de medicijnen te richten op de psychiatrische symptomen en hun bestrijding het oorspronkelijke probleem (de oorspronkelijke probleemsituatie) buiten de aandacht kan blijven, anderzijds gaat door het van buitenaf reguleren van lichaams-eigen processen het eigen regulerend vermogen van de mens (zijn lichaam en geest) langzaam of snel verloren - de mens verliest zijn weerstand tegen angst en spanning, maar verliest ook lichamelijke weerstand en krijgt door langdurig gebruik van psychofarmaca allerlei lichamelijke kwalen, zoals de reeds genoemde blijvende bewegingsstoornissen of evenwichtsstoornissen en geheugenverlies.

DIT BOEKJE EN IKZELF

Over dit en nog veel meer gaat het in dit boekje. Het is als voorlichtingsboekje niet compleet: wisselwerking tussen medicijnen onderling en tussen medicijnen en alcohol worden er bijna niet in besproken, gevaren en complicaties bij kinderen, bejaarden en bij zwangere/zogende vrouwen komen nauwelijks aan de orde. Maar tevens is het méér dan een voorlichtingsboekje: het is evenzeer als discussieboekje bedoeld, een poging om tot nadenken aan te zetten, een beroep op eigen vermogens en een afbraak van het geloof in een "wonderpil" die onze levensproblemen op zou kunnen lossen.

Ik heb zelf vijftien jaar lang neuroleptica en zeven jaren slaapmiddelen geslikt. Eens kreeg ik te horen: "je zult je hele leven pillen moeten slikken, je moet er maar mee leren leven". Ik heb er zo goed mogelijk mee leren leven, al was dat niet gemakkelijk. Het lukte me immers niet om zonder die middelen te leven. Maar ik heb geweigerd, te geloven dat het voor de rest van mijn leven zou zijn. Nadat ik met de pillen had leren leven, ben ik gaan zoeken, wat die pillen precies met mij deden, wat ik daaruit over mijzelf kon leren. Vervolgens ben ik (steeds voorzichtig) de strijd aangegaan. Eerst met de slaapmiddelen. Dat was inderdaad een strijd met de slaapmiddelen, met de verslaving en met de ontwen-

ningsverschijnselen, een strijd van negen maanden. Daarna volgde de strijd met de neuroleptica, of eigenlijk had ik die van het begin af aan gevoerd. Maar die strijd was in de eerste plaats een strijd met mezelf, een strijd met mijn levensproblemen, een strijd naar bewustwording van mijn angsten en gevoelens. Toen die strijd gestreden was, kon ik ook blijvend met de neuroleptica stoppen. Vanaf toen kon mijn eigen zelfinzicht de neuroleptica vervangen.

Vanuit deze ervaringen en vanuit mijn achtergrond als chemicus ben ik binnen de Clientenbond medicijneninformatie gaan geven. Een moeilijke activiteit, want artsen zowel als patienten voelen zich erdoor bedreigd. En als de patient al met de geboden informatie zou gaan willen werken, dan wordt hij met nog een aspect van medicijnen in de psychiatrie gekonfronteerd: dwang. De patient heeft vaak geen andere keuze dan die van

"slikken of gespoten worden".

Ik zou willen dat dit boekje bijdraagt tot verandering: dat het hoop wekt bij de patienten, dat er inderdaad een weg is uit een langdurig medicijngebruik, dat zij die weg gaan zoeken én dat artsen en verpleging hen hierbij terzijde staan. Want het gaat niet om de medicijnen, het gaat om ons MENSEN.

Ik dank de vele mensen die mij gestimuleerd hebben dit boekje - een bundeling van reeds eerder verschenen artikelen, aangevuld met niet eerder gepubliceerde teksten - samen te stellen.

Speciaal dank ik C. v.d. Kroef en E. Oostmeijer voor de artikelen die zij bijgedragen hebben.

Nijmegen, 3 december 1983

Henk van Gaal



DEEL I VOORLICHTING

*Uit: Bulletin van de Clientenbond,
7e jaargang 1979, nr. 1.*

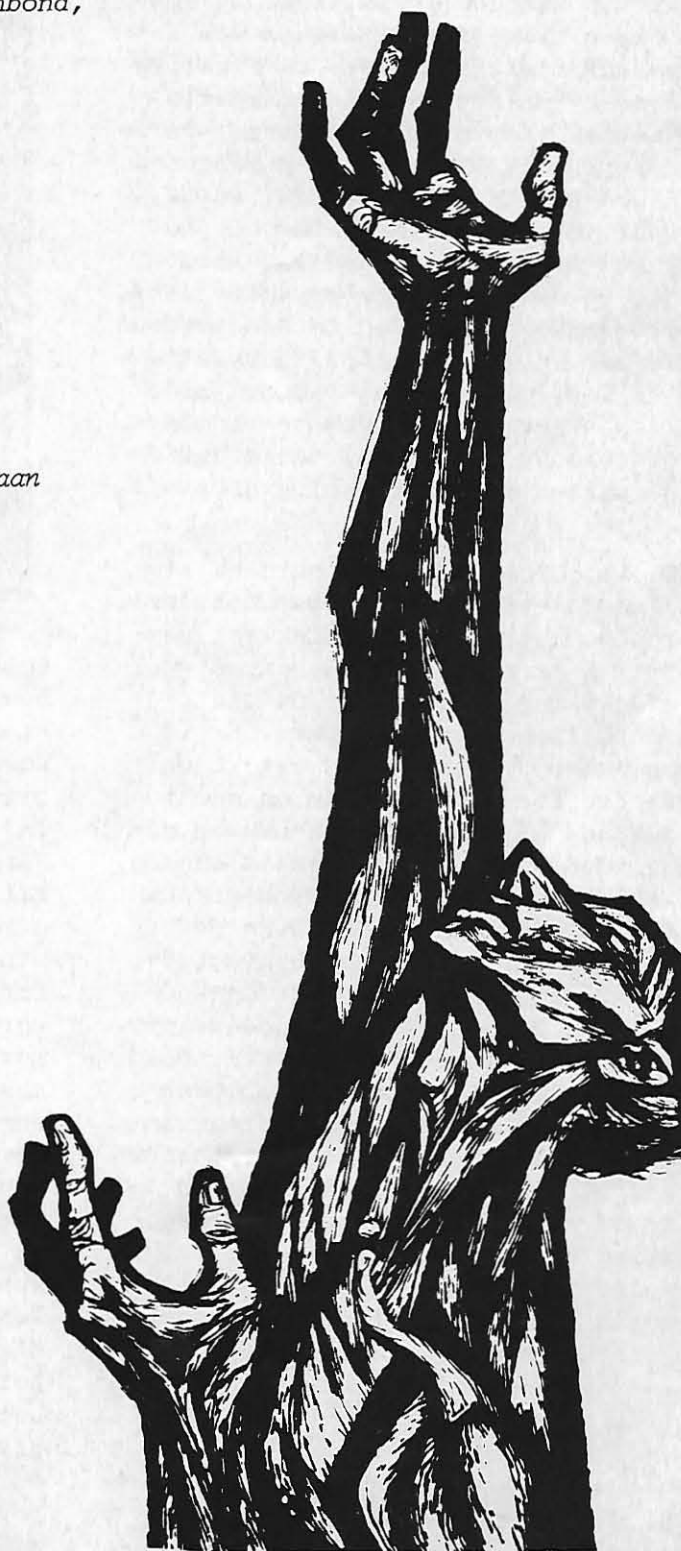
Waarom

*Waarom
moeten wij
lijden
voor hen
die zich
schuldig maken aan
materialisme
status
hebzucht
afgunst en
egoïsme?*

*Waarom
zijn wij
depressief
manisch
paranoïd
schizofreen of
dement?*

*Hebben wij
meer gehad
meer genoten
of zijn wij
volgegaten
met lof
der zotheid?*

Marian



Overzicht medicijnen in de psychiatrie

uit: *Wetenschap en Samenleving* 1981/10

A. Neuroleptica

(Anti-psychotica, Major Tranquillizers, sterke kalmerende middelen)

Een psychose zou men kunnen omschrijven als een té sterke reactie op een klem-situatie in iemands leven, waarbij een aangeleerde ziekelijke toestand van *over-reaktiviteit* ontstaat. De richting van de *over-reaktiviteit* is onbepaald (*over-aktief* of *over-passief* enz.) en de *over-reaktiviteit* kan zich manifesteren in het gedrag, in de gedachten, in de emotionele beleving, in zintuigelijke ervaringen of in ervaringen van ruimte en tijd. De binnenkomende prikkels worden vervormd ontvangen en leiden tot een reactie die voor de patiënt 'normaal' is, maar voor de omgeving 'abnormaal'. Naast deze 'reaktieve psychose' komen ook 'organische psychosen' voor, bv. door hersenletsel of voedselvergiftiging.

In 1951 is *chloorpromazine* ontdekt als eerste neurolepticum (anti-psychoticum). Neuroleptica werken niet-selektief remmend, zodat er een enigszins onvoorspelbaar effect van uitgaat bij de bestrijding van ontremmings-symptomen. Er is een *snel komend, kortdurend* effect op diverse functies van lichaam en geest o.a. sufmakend) die als ziek-makend ervaren worden, naast een *langzaam komend, langzaam gaand* anti-psychotisch effect (ca. 5 tot 14 dagen). Bedoeld is de langzame anti-psychotische werking; de snelkomende effecten zijn ongewenste bijwerkingen die soms door de *over-reaktiviteit* de psychose verergeren. Goed gebruik vereist een langzaam opbouwen van de dosis en een periodiek proberen de dosis te verlagen. Misbruik is het door een stootkuur afstoppen van een door de direkte omstandigheden opgeroepen uiting van *over-reaktiviteit*. De niet-selektieve remming maakt dat de verhouding van remming tussen sturende en tegensturende stimuli niet bij iedereen en onder alle omstandigheden hetzelfde is: soms verergeren neuroleptica (enige symptomen van) de psychose, dit heet *paradoxe werking*. Paradoxe werking komt vooral voor bij kinderen, bij bejaarden en bij het aanvangen van de behandeling met een neurolepticum.

Neuroleptica kunnen ook in depôt-vorm toegediend worden. Depôt-neuroleptica werken als een gewoon neurolepticum, maar zijn 1 tot 4 weken werkzaam per toegediende dosis.



Belangrijkste bijwerkingen zijn de vele bewegingsstoornissen. Hierbij moet onderscheid gemaakt worden tussen de initiële bewegingsstoornissen en de late bewegingsstoornissen (*tardieve dyskinesie*). *Initiële bewegingsstoornissen* zijn o.a. Parkinsonisme, met als typisch symptoom trillende handen. Ze verergeren bij hogere doses van het neurolepticum en verminderen door anti-Parkinson middelen. *Late bewegingsstoornissen* kunnen opgevat worden als ontwenningssymptomen en kenmerken zich vooral door onwillekeurig bewegen van tong, lippen, wangen en ledematen; ze verergeren bij het verminderen van het neurolepticum en door toediening van anti-Parkinson middelen. De late bewegingsstoornissen zijn blijvend; ze komen langzaam na chronisch gebruik (na maanden of jaren) maar ze gaan nog langzamer of nooit meer weg. Ze zijn nog niet behandelbaar. Veel psychiaters en huisartsen zijn niet op de hoogte van het bestaan van de late bewegingsstoornissen, waardoor ze onverantwoord hoog en lang neuroleptica voorschrijven en bovendien onnodig veel anti-Parkinson middelen als nevenmedikatie geven. Andere hinderlijke bijwerkingen betref-



fen hart en bloeddruk, de ogen, de spijsverteringsorganen, de exocriene klieren, de huid, de lever en het beenmerg. Akueel gevaarlijk kan koorts zijn: de neuroleptica verstoren de temperatuurregulering van het lichaam. Bij plotselinge koorts moet altijd een arts geroepen worden.

Van sommige lichaamseigen neurotransmitters, de endorfines, wordt momenteel onderzocht of zij voldoende neuroleptische werking bezitten om de lichaamsvreemde neuroleptica te kunnen vervangen. Als lichaamseigen stof zouden de endorfines wellicht minder bijwerkingen hebben. Recente resultaten wijzen er echter op dat endorfines de bloed-hersenbarrière niet kunnen passeren; de wijze van toedienen blijft dus nog zeer problematisch.

MERKNAMEN VAN NEUROLEPTICA

Verwant aan chloorpromazine = Largactil

Anatensol	Neuleptil
Cisordinol	Nozinan
Dartal	en Minozinan
Dominal	Piportil
Esucos	Promazine
Fluanxol	Prazine
Largactil	Randolectil
Lidanil	Siquil
Loxapac	Stemetil
Majeptil	Taractan
Melleretten	Taxilan
en Melleril	Terfluzine
Moditen	Torecan
Navane	Trilafon
Nedeltran	Truxal

Overige

Buronil	Luvatren
Dipiperon	Opertil
Dogmatil	Triperidol
Frenactil	Imap
Haldol	Orap
Impromen	Semap

Als depôt-medicijn

Anatensol decanoaat	Imap
Anatensol enanthaat	Piportil medium
Cisordinol decanoaat	Piportil longum
Fluanxol decanoaat	Semap
Haldol decanoaat	Trilafon enanthaat

B. MIDDELEN TEGEN BEWEGINGS-STOORNISSEN

Deze worden gewoonlijk niet tot psychofarmaca gerekend, maar worden in de psychiatrie zo veelvuldig gebruikt, dat we ze hier opnemen.

B1. ANTI-PARKINSON MIDDELEN

Deze middelen worden o.a. gegeven tegen de initiële bewegingsstoornissen die het gevolg zijn van het gebruik van neuroleptica. Anti-Parkinson middelen verergeren de late bewegingsstoornissen die kunnen ontstaan na langdurig gebruik van neuroleptica. Daarom is het beter anti-Parkinson middelen slechts aan het begin van de behandeling met een neurolepticum te geven. Ze verminderen de werking van neuroleptica, reden temeer om zo weinig mogelijk anti-Parkinson middelen te geven. De anti-Parkinson middelen helpen niet tegen trillende handen veroorzaakt door het gebruik van Lithiumzouten (zie hierna bij Anti-depressiva). Bijwerkingen zijn o.a. droge mond, verstopping, moeilijk plassen en oogklachten.

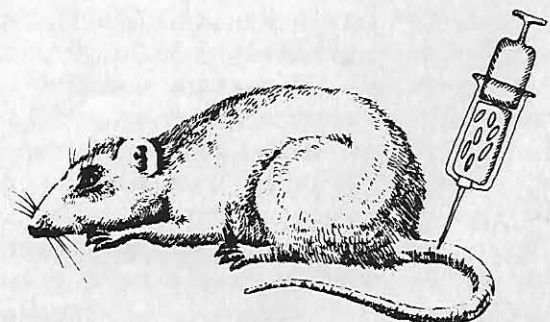
MERKNAMEN

Anti-Parkinson middelen

Akineton	Kemadrin
Artane	Paralest
Cogentin	Symmetrel
Disipal	Tremaril
Disipaletten	Tremblex

B2. MIDDELEN TEGEN LATE BEWEGINGSSTOORNISSEN

Er is nog geen middel tegen de late bewegingsstoornissen die ontstaan na langdurig gebruik van neuroleptica. Verhogen van de dosis neuroleptica doet de klachten tijdelijk verminderen, maar maakt op de lange duur het probleem alleen maar groter. Het veiligst is voor zover mogelijk stoppen met ieder neurolepticum waardoor de late bewegingsstoornissen als ontweningsverschijnsel tijdelijk



hinderlijker worden, maar waardoor de verantwoordelijke hersenbeschadiging tenminste niet verergert. Soms worden anti-epilepsi middelen gegeven (Depakine of Tegretol), soms worden wekamine-achtige verbindingen gegeven (Deanol of Ritalin), maar geen van deze stoffen is echt effectief. Sommige mensen vinden baat bij lecithine, anderen bij kalk (-tabletten of melk), eventueel met vitamine D.

B3. MIDDELEN TEGEN VALLENDE ZIEKTE (ANTI-EPILEPTICA)

Tegen vallende ziekte geeft men vaak barbituraten, vooral fenobarbital, of kalmeringsmiddelen van het benzodiazepine-type. Zie hiervoor onder slaap- en kalmeringsmiddelen. Daarnaast worden vaak Depakine of Tegretol gegeven. Deze laatste worden in de psychiatrie vaak gegeven als mensen (last van) een hersenbeschadiging hebben.



C. Anti-depressiva

(middelen tegen depressies)

Een depressie zou men kunnen omschrijven als een té sterke reactie van neerslachtigheid en moedeloosheid op een klem-situatie in iemands leven, soms zozeer dat men een eind aan het leven wil maken. Tegen depressies werden vroeger wekamines gegeven die, zo niet de stemming, dan toch tenminste de activiteit verhoogden; maar wekamines zijn verslavend. Later werden de Mono-Amine-Oxidase Remmers (MAO-remmers) gegeven, die zorgden voor een vertraagde afbraak van lichaamseigen amines. Helaas werkten deze MAO-remmers onvoldoende selectief en waren ze daardoor vaak levensgevaarlijk in het gebruik. Een streng dieet maakt dit minder gevaarlijk. Wanneer

de aard van de reactie op de klemsituatie wisselt ('manisch-depressieve psychose' of 'bipolaire depressie') werden vroeger vaak neuroleptica gegeven. Sinds de jaren '60 wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van verbindingen, chemisch verwant aan het neurolepticum Largactil, die bleken in hun anti-psychotische werking meer selectief op de depressie in te werken.

Bijwerkingen van deze 'tricyclische' antidepressiva lijken sterk op die van de neuroleptica, maar ze geven minder last van bewegingsstoornissen, echter vaker last van hartaandoeningen. Bij bipolaire depressies worden ook wel Lithiumzouten gegeven om een depressie te voorkomen. Men begint met het toedienen van Li^+ zodra iemand vanuit een depressie manisch wordt. Li^+ is alleen boven een bepaalde concentratie in het bloed werkzaam, maar bij iets hogere concentraties zwaar giftig. Regelmatige bloedcontrole is een eis. De storendse akute bijwerkingen zijn fijne trillinkjes in de handen, hoofdpijn, misselijkheid en diarree. Tegen deze trillinkjes helpen anti-Parkinson middelen niet. Men krijgt van Li^+ al spoedig een opgeblazen uiterlijk. Na langdurig gebruik kunnen nierbeschadigingen en hartafwijkingen optreden.

Sinds enige jaren wordt met redelijk succes onderzoek gedaan naar de mogelijkheid een lichaamseigen amine (5-hydroxy-L-tryptofaan als voorloper van 5-hydroxy-L-tryptamine = serotonine, een belangrijke neurotransmitter) als selectief antidepressivum met weinig bijwerkingen te gebruiken.

MERKNAMEN VAN ANTI-DEPRESSIVA

<i>Tricyclische antidepressiva</i>		<i>Overige</i>
Anafranil	Sensaval	Alival
Concordin	Sinequan	Ludiomil
Evadyne	Surmontil	Tolvin
Insidon	Tofranil	
Linostil	Trausabun	Li^+ -zouten
Nortriptyline	Tryptizol	
Pertofran	Limbitrol	Litarex
Quitaxon	Mutabon	Priadel
Sarotex		

MAO-remmers (opnieuw in onderzoek)

Actomol	Nardil
Furoxone	Niamid
Marplan	Parnate
Marsilid	

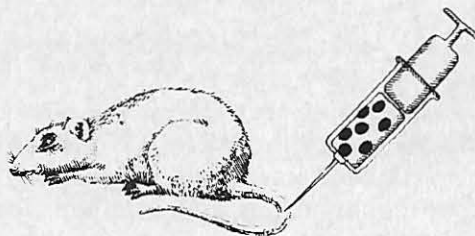
D. Slaap- en kalmeringsmiddelen

Slaapmiddelen = sedativa = hypnotica;
kalmeringsmiddelen = anxiolytica =
anesthetica = 'minor' tranquilizers)

Angst is een 'normale' reactie op dreigend gevaar. Dreigend gevaar vraagt om een verhoogde aandacht voor het gevaarlijke deel in de nu beleefde situatie en brengt een verlaagde aandacht voor overige zaken met zich mee. Lichaam en geest spannen zich, klaar voor aanvallen of vluchten. Is het gevaar niet beheersbaar, dan is angst de drijfveer om nog intenser op het gevaar te reageren. Angst kan echter een eigen leven gaan leiden: in theorie heeft angst altijd een objekt ('angst voor iets'), maar door de gawe van de zelfreflektie kan de mens zijn eigen angst 'objektiveren' en daarmee afsplitsen van het oorspronkelijke gevaar. Hij kan angst krijgen voor de angstervaring; dan gaat angst zelfversterkend werken; of hij kan de angstervaring wegdrücken en negeren; dan roept de weggedrukte (onbewust geworden) angst onbegrepen spanning op: de verhoogde waakzaamheid blijft bestaan.



Slaap- en kalmeringsmiddelen onderdrukken de waakzaamheid, de daarbij komende lichamelijke en geestelijke spanning en de angst. Er is een geleidelijke overgang van kalmerings- naar slaapmiddel. Ze hebben een tweeledige werking: (a) verlaging van de waakzaamheid, met als gevolg sufheid, emotionele onverschilligheid en slaperigheid; en (b) spierverslapping; vanwege deze tweede werking worden veel van deze middelen ook tegen vallende ziekte gebruikt.



De emotionele onverschilligheid maakt dat men tijdelijk niet aan problemen tilt. Het ontspannend effect zet snel in maar duurt kort. De gewenning is snel: de waakzaamheid wordt snel op het oude nivo teruggebracht; de gewenning aan de spierverslapping is langzamer, komt na enige maanden. De ontwenningverschijnselen zijn dusdanig dat men van verslaving kan spreken: bij het stoppen ontstaat door het wegvallen van de demping van emotionaliteit en waakzaamheid een tijdelijke toename van angst, onrust, spanning, geprikkeldheid, slapeloosheid en er ontstaan vaak nachtmerries. Dit kan, afhankelijk van de duur van het gebruik, nog weken tot maanden na het stoppen voortduren. Het wegvallen van spierverslappende werking bij het stoppen leidt tijdelijk tot veel spierpijn en krampen.

De kalmerings- en slaapmiddelen kunnen enigszins ingedeeld worden naar de ernst van de verslavende werking: er is een toenemende verslaving in de volgorde: benzodiazepines - meprobamaatgroep - aldehyde-achtige verbindingen - barbituraten en barbituraat-achtig werkzame verbindingen.

Een barbituraatverslaving is zo ernstig dat plotseling stoppen na langdurig gebruik binnen 2 dagen dodelijk kan zijn. Om een barbituraatverslaving te doorbreken, kan men gedurende enige tijd overgaan op een benzodiazepine en vervolgens na enige maanden de dosis benzodiazepine langzaam verminderen. Dalmadorm onderdrukt de barbituraatontwenningreacties het beste, maar is zelf te verslavend; mogelijk beter is afwisselend twee dagen Dalmadorm en een week Mogadon of Rohypnol, totdat Dalmadorm achterwege kan blijven. De enige zinnige manier van gebruiken van slaap- en kalmeringsmiddelen is tijdens een periode van ondraaglijke spanning, wanneer er geen andere manier is om deze periode door te komen; en dan slechts als korte kuur van enkele dagen tot een paar weken met onderbrekingen van één of meer dagen. In ieder geval geldt voor slaap- en kalmerings-

middelen: gebruik ze nooit lang en stop er geleidelijk mee. Omdat bij angst en spanning verhoogde bloeddruk en/of hartkloppingen op kunnen treden, wordt soms een zogenaamde bèta-blokker gegeven; dit is echter een té riskant medicijn om als tranquillizer te geven. Sommige artsen schrijven wel eens een neurolepticum ('major tranquillizer') voor; dit moet rondit afgeraden worden.

MERKNAMEN

VOORAL ALS KALMERINGSMIDDEL

<i>Benzodiazepines</i>	<i>Meprobamaatgroep</i>
Albego	Meprobamaat
Levanxol	Meprolette
Lexotanil	Sedapon
Librium	Trancopal
Nobrium	Dorsiflex
Reapam	Dorsilon
Rivotril	<i>Overige</i>
Seresta	Atarax
Solatran	Tacitin
Stesolid	
Temesta	
Tranxène	
Urbadan	
Valium	



VOORAL ALS SLAAPMIDDEL

<i>Benzodiazepines</i>	<i>Barbituraten</i>
Dalmadorm	Amytal
(Halcion)	Bellanox
Mogadon	Bykonox
Normison	Fenobarbital
Rohypnol	Medomin
<i>Meprobamaatgroep</i>	Nembutal
Merinax	Phanodorm
<i>Aldehyde-achtige</i>	Seconal
Chloraldurat	Soneryl
Chloraalhydraat	Tuinal
Paraldehyde	Union-nox
	Dormopan
	Regudorm
	Vesparax (ette)

In eigenschappen verwant aan barbituraten

Doriden	Revonal
Indunox	Mandrax
Isonox	Metodril

Overige

Benadryl
Phenergan



Henk van Gaal

BIJWERKINGEN MEDICIJNEN IN DE PSYCHIATRIE

"Van de Nozinan werd ik zo dik als een otter"

A. Neuroleptica

● BIJWERKINGEN, SAMENHANGEND MET WERKING:

sufheid, traagheid, chronische vermoeidheid, rusteloosheid, verminderd gevoelsleven.

● DIVERSE KLACHTEN:

verstopping, moeilijk plassen, lage bloeddruk, duizelingen, harkloppingen; honger, eetlust, dik worden; droge mond, maar na langer gebruik speekselvloed (kwijlen); verminderen van de lust tot vrijen, impotentie, menstruatiestoornissen.

● OOGKLACHTEN:

slecht accomoderen, dit is moeilijk afstand instellen, dus o.a. moeilijk lezen; pijnlijke ogen, druk op de oogbol (met als gevolg hoofdpijn); wazig zien, kringen rondom lampen; droge ogen; "blikkramp": verkramp weggedraaide ogen; en na langdurig gebruik: donkere vlekken in het oog, die blijvend zijn.

● HUIDKLACHTEN:

kans op jeuk, huiduitslag, vaak zweten; bij slikken van tabletten zonder deze met drinken in te nemen of bij doorbijten: schrijnende keel; soms na langdurig gebruik: vorming van bruin-grijze huidvlekken; soms na huidverbranding in de zon: kleine blaasjes die overgaan in korstjes die wekenlang pijnlijk kunnen zijn (vooral bij largactil), zulke blaasjes kunnen jaren na het gebruik nog ontstaan na zonverbranding, gebruik daarom altijd een sterke zonnebrandcrème.

● TEMPERATUUR

vergroot gevaar van zonnesteek; bij koorts door zonnesteek of om andere redenen: kans op "overkoorts" wat tot de dood kan leiden: roep bij koorts altijd een arts!

● ZELDZAME, MAAR GEVAARLIJKE BIJWERKINGEN

leververgroting, geelzucht, leverversterf; aantasting beenmerg, waardoor het aantal bloedlichaampjes afneemt: dit geeft een verhoogd risico van infecties,

die soms acuut levensgevaarlijk kunnen zijn, zowel door het verloop van de infectie, als vanwege de optredende koorts; roep in zo'n geval altijd een arts!

● EN EEN BELANGRIJKE GROEP BIJWERKINGEN: DIVERSE VORMEN VAN BEWEGINGSSTOORNISSEN:

- Acute bewegingsstoornissen:

(o.a. chemisch Parkinsonisme)
symptomen: trillende handen, houterig bewegen, bewegingloos zitten of juist niet stil kunnen zitten. Deze symptomen worden erger bij hogere doses en minder met Anti-Parkinson middelen, die vaak routinematig bij neuroleptica meegegeven worden.

- Late bewegingsstoornissen:

(blijvende, persistente, tardive dyskinesie)

Deze bewegingsstoornissen komen na maanden- of jarenlang gebruik van neuroleptica, gaan na stoppen met neuroleptica pas na jaren of nooit meer weg. De symptomen worden aanvankelijk erger wanneer men stopt met neuroleptica, ze worden minder bij het verhogen van de dosis neuroleptica, maar op den duur weer erger.

Beginsymptomen: gevoel van stroom of tintelingen in wangen, armen, benen; vervolgens: spierpijnen, onwillekeurig trekken van de wangen, kwijlen, klappen met de tong, trekkende bewegingen van voeten, armen, benen; en tenslotte toenemend verlies van controle over bewegingen. Men kan door de late bewegingsstoornissen volledig invalide worden. Remedie: GEEN!!

Sommige mensen vinden verlichting bij KALK.

Preventie: tijdig stoppen met neuroleptica, en vermijden van Anti-Parkinson middelen.

● BIJ LANGDURIG GEBRUIK:

- Geen gewenning, geen verslaving
- Wél verlies van eigen weerstand tegen de psychose
- En vooral: ontstaan van geheugenverlies, van late bewegingsstoornissen, van een algemene verhoging van de huidgevoeligheid (nachtmerries over muggeprikken),

van de prikkelbaarheid en andere overgevoelheidsreacties. Deze overgevoelheidsreacties kunnen tijdelijk erger worden bij het stoppen.

Omdat neuroleptica symptoombestrijders zijn, omdat niet iedereen de oorzaak vindt en geneest, omdat niet iedereen leert zijn symptomen te reguleren, wordt aan een aantal mensen een ONDERHOUDSDOSIS gegeven gedurende langere tijd.

VOORWAARDEN hierbij zijn:

"GEINFORMEERDE INSTEMMING" van de gebruiker, d.w.z. instemming na volledige informatie over de gevaren van langdurig gebruik, met name over de meestal blijvende "LATE BEWEGINGSSTOORNISSEN". REGELMATIG PROBEREN DE DOSIS TE VERLAGEN, om te kijken of men met minder kan, én om tijdig de eerste symptomen van "late bewegingsstoornissen" op te sporen.

● BIJ STOPPEN:

Als je plotseling stopt met een neurolepticum, kun je afhankelijk van de duur van het gebruik, symptomen van de 'late bewegingsstoornissen' krijgen. Daarnaast kun je een of meer van de volgende reacties verwachten: duizeligheid, misselijkheid, maagontsteking, gespannenheid, hoofdpijn, koorts, slapeloosheid, nachtmerries; ook kun je opnieuw "psychotisch" worden.

In ieder geval geldt: STOP LANGZAAM, om deze ongewenste reacties minimaal te houden of te voorkomen.



B. Anti-Parkinson middelen

● ALGEMEEN

verwardheid, sufheid, slapeloosheid, droge mond en keel, misselijkheid, verstopping, en moeilijk plassen, slecht akkomoderen (moeilijk afstand instellen met de ogen en moeilijk lezen) droge ogen, wazig zien.

● OVERDOSIS

sommige anti-parkinson middelen zijn bij overdosis levensgevaarlijk (o.a. disipal).

● LANGDURIG GEBRUIK

anti-parkinson middelen helpen niet tegen de late bewegingsstoornissen veroorzaakt door langdurig gebruik van een neurolepticum, anti-parkinson middelen verhogen het risico van late bewegingsstoornissen.

Bovendien nemen gewoonlijk binnen een aantal weken de ergste vormen van initiële bewegingsstoornissen door gebruik van een neurolepticum af. De anti-parkinson middelen zouden daarom alleen genomen moeten worden als iemand werkelijk hinder heeft van bewegingsstoornissen, en dan nog slechts gedurende 3 à 4 weken, daarna stoppen en kijken of de bewegingsstoornissen nog werkelijk hinderlijk zijn. Vaak is het beter bij hinderlijke bewegingsstoornissen de dosis van het neurolepticum te verlagen dan een anti-parkinson middel te geven. Soms verdient het voorkeur de dosis neurolepticum eens per dag i.p.v. in drie porties over de dag verspreid te geven.

C. Anti-depressiva

● BIJWERKINGEN SAMENHANGEND MET WERKING

slapeloosheid, nachtmerries, onrust, vermoeidheid, geheugenstoornis (vermindering korte geheugen).

Na het stoppen kunnen slapeloosheid en geheugenstoornis blijven voortbestaan.

● DIVERSE KLACHTEN

verstopping, moeilijk plassen, droge mond, misselijkheid, verstopte neus, verlies van eetlust, verlies van de lust tot vrijen, impotentie;

● HARTKLACHTEN

hartkloppingen, duizeligheid, lage bloeddruk, soms plotselinge hartstilstand.

Dit is vooral gevaarlijk bij oudere personen en bij alle personen met een hartaandoening.

● OOGKLACHTEN

slecht accommoderen (moeilijk afstand instellen en moeilijk lezen) druk op de oogbol, pijnlijke ogen, wazig zien, hoofdpijn.

● HUIDKLACHTEN

kans op jeuk, huiduitslag, vaak zweten.

● BEWEGINGSSTOORNISSEN

soms trillende handen, zelden ernstigere bewegingsstoornissen.

Het gebruik van anti-parkinsonmiddelen hiertegen is ongewenst.

● BIJ TE HOGE DOSERING

verwardheid, ontremming, agressie, eventueel zelfs hallucinaties;

bij nog hogere dosering een scherpe daling van de bloeddruk, gevolgd door hartstoornissen, hartstilstand, dood, en een sterke onderdrukking van de ademhaling, gevolgd door bewusteloosheid en dood.

Vermijd dus het risico van zelfdoding met het antidepressivum. Bij overdosering moet tenminste een volle week controle op het hart toegepast worden.

● ZELDZAME MAAR GEVAARLIJKE BIJWERKINGEN

aantasting van het beenmerg, geelzucht, nierbeschadiging.



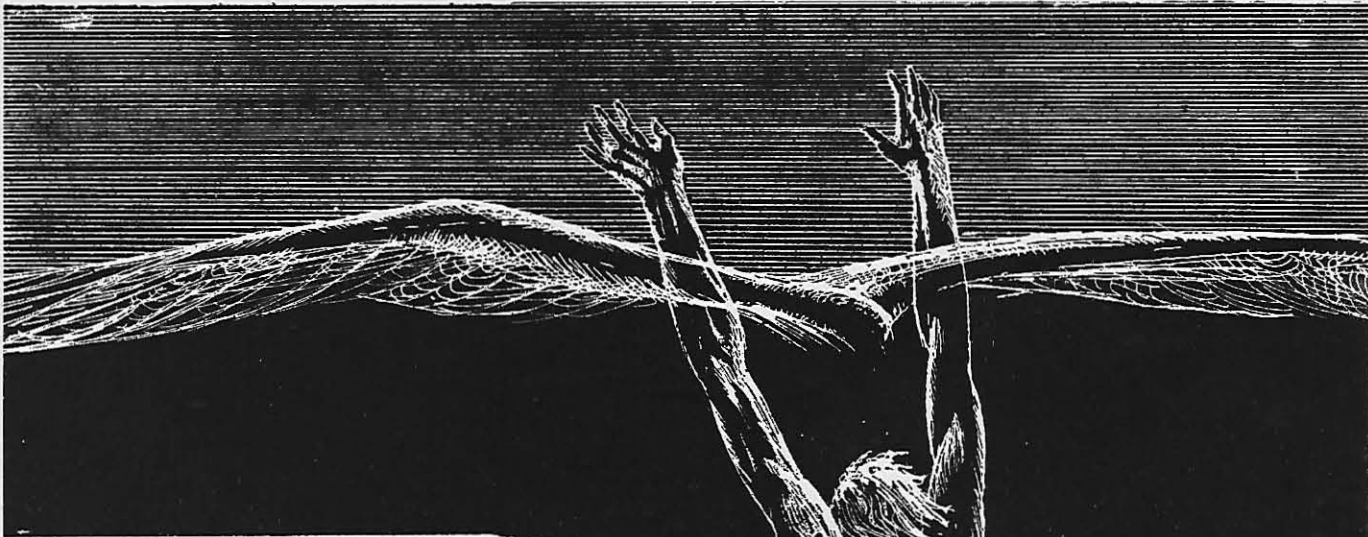
● BIJ LANGDURIG GEBRUIK

geen gewenning, geen verslaving. Wel verlies van eigen weerstand tegen de depressie, en vooral: toenemende slapeloosheid en geheugenverlies.

● BIJ STOPPEN

als je plotseling stopt met een anti-depressivum, kun je een of meer van de volgende reacties verwachten: duizeligheid, misselijkheid, maagontsteking, gespannenheid, hoofdpijn, koorts, slapeloosheid, nachtmerries, toenemende geheugenstoornis. Ook kun je opnieuw neerslachtig (depressief) worden.

In ieder geval geldt: *stop langzaam*, om deze ongewenste reacties minimaal te houden of te voorkomen.



BIJWERKINGEN VAN LITHIUM

● VEEL VOORKOMENDE BIJWERKINGEN

dorst, droge mond, veelvuldig plassen; gewichtstoename, opgeblazen uiterlijk, dikke enkels; hoofdpijn, misselijkheid, diarree; vermoeidheid.

● NA LANGDURIG GEBRUIK

hartafwijkingen, nierafwijkingen, hersenbeschadiging, schildklierafwijking en krop-vorming (struma).

● BIJ TE HOGE DOSIS

braken, diarree, sterk vochtverlies met uitdroging, spiertrekkingen, hartritme-stoornissen, hartaanval; sterk vergrote reflexen.

● NOTA BENE

in tegenstelling tot veel andere psychofarmaca is Lithium alleen boven een bepaalde concentratie in het bloed werkzaam. Maar tevens is het bij hogere concentraties al snel zwaar giftig. Als tegengif kan keukenzout dienen: keukenzout vermindert de hoeveelheid Lithium en kan bij te hoge Lithium-concentratie helpen het Lithium sneller uit te scheiden. Lithium is dan ook gevaarlijker voor mensen met een zout-arm (Natrium-arm) dieet.

Regelmatige bloedcontrole (maandelijks, in het begin wekelijks) is een eis.

● BIJ STOPPEN

In principe zou men Lithium in één klap kunnen stoppen, maar in de praktijk blijken mensen dan wel vaak ziek te worden, zodat het raadzaam is, *langzaam te stoppen*. Het is de moeite waard bij stoppen de bloeddruk regelmatig te controleren: de bloeddruk kan te laag

worden en dit kondigt dan vaak een depressie aan.

Bij stoppen moet je ook in de gaten houden of je niet "psychotisch" ontremd raakt, soms gebeurt dit al na enkele dagen, soms pas na enige maanden. Toch moet je ernaar streven ca. eens per twee jaar proberen te stoppen. Ongeveer de helft van de Lithium-gebruikers slikt het middel onnodig.

D. Slaap- en kalmeringsmiddelen

● SAMENHANGEND MET WERKING

sufheid en slaperigheid overdag, verminderd concentratievermogen, verminderde rijvaardigheid; geheugenzwakte.

● SPIEREN

slappe spieren, koördinatieproblemen, verzwakte oogspieren, dubbel zien, ademnood t.g.v. slappe ademhalingssspieren: bij asthma moet men zéér voorzichtig zijn met deze medicijnen.

● OGEN

slecht akkomoderen (moeilijk afstand instellen met de ogen en moeilijk lezen), overgevoelig voor licht (eventueel zonnebril gebruiken), droge ogen, hoofdpijn.

● DIVERSE BIJWERKINGEN

verstopping, moeilijk plassen, verminderde lust tot vrijen, droge mond en keel, gauw neusverkouden, verlaagde bloeddruk en duizeligheid, chronische vermoeidheid.

● ZWANGERSCHAP EN BORSTVOEDING

bij zwangerschap en borstvoeding krijgt de vrucht/ de baby ook deze middelen in zijn lijfje, dit kan leiden tot hersenbeschadiging, tot geremde ontwikkeling van het kind, en tot heftige ontwenningverschijnselen met vroege angstervaringen voor het kind.

● UITGEWERKT

wanneer het slaap- of kalmeringsmiddel uitgewerkt raakt: opkomende angst en onrust, onbeheerst gedrag en prikkelbaarheid, woede-uitvallen.

● GEWENNING

de slaap- en kalmeringsmiddelen geven binnen één tot twee weken een gewenning, waardoor het effect afneemt. Laat dit géén aanleiding zijn om méér te nemen. Integendeel, door een paar dagen geen slaap- of kalmeringsmiddel te nemen, begint de werkzaamheid weer iets toe te nemen.

Het is beter om deze middelen slechts hooguit enkele dagen achtereen te gebruiken.

● SLUIPENDE OVERDOSERING

omdat slaap- en kalmeringsmiddelen zo snel gewenning geven, gebeurt het vaak dat men geleidelijk aan méér neemt om hetzelfde effect te bereiken. Dit kan op een sluipende manier leiden tot overdosering, waarbij men verward gaat denken en spreken, iets dat op zich weer aanleiding is om méér te nemen.

● ONTWENNING EN VERSLAVING

niet alleen treedt bij deze middelen gewenning op waardoor deze middelen hun werkzaamheid verliezen, maar tevens krijgt men bij stoppen of verminderen van de dosis onaangename lichamelijke en geestelijke reacties, waardoor stoppen moeilijk, soms zelfs gevaarlijk wordt.

● ONTWENNINGSVERSCHIJNSELEN

slapeloosheid, nachtmerries, onrust, angst, prikkelbaarheid, woede-aanvallen, zelfs paniek en geestelijk van slag af raken. Het wegvallen van de spierverlaxing kan leiden tot krampen, hyperventilatie en epileptische toevallen. Na het stoppen constateren veel ex-gebruikers een verminderd concentratievermogen en geheugenzwakte, vooral het korte geheugen (inprenting) blijkt aangetast te zijn. Verder komen bij stoppen voor: misselijkheid, kwijlen, veelvuldig plassen, diarree.

Langzaam stoppen is een eis. Na maandenlang gebruik kan dit een periode van weken vragen, na jarenlang gebruik kan het stoppen zelfs een periode van maanden in beslag nemen.

BARBITURAATVERSLAVING

"Voordat je het weet, zit je er aan vast"

BARBITURAATVERSLAVING, WAT IS DAT?

Wanneer je tijden achtereen, van enige maanden tot jarenlang, een "normale" dosis barbituraat slaapmiddelen hebt gebruikt, zul je zeer onprettige, ja zelfs gevaarlijke reacties krijgen, wanneer je er mee stopt: beverigheid, verlies van eetlust, misselijkheid of braken, duizeligheid als gevolg van verlaagde bloeddruk, last van warmte, soms ook hyperventilatie (steeds sneller gaan ademen, waarbij je duizelig wordt), in ernstige gevallen

hevige spiertrekkingen; verder slape-loosheid gepaard met vermoeidheid, angst, en bewustzijnsveranderingen: dingen die gebeuren, kunnen als een echo in je hoofd blijven hangen, terwijl ze al voorbij zijn; in nog ernstiger gevallen kan dit leiden tot een soort ijltoestand (delirium). Deze ontwenningsverschijnselen zijn doorgaans zo moeilijk te verdragen, dat zo maar stoppen met de barbituraten vrijwel onmogelijk is: dat is verslaving. Merk je bij je pogingen en te stoppen zulke ontwenningsreacties, raadpleeg dan zo gauw mogelijk een arts, om onder zijn begeleiding te stoppen.



BARBITURAAATVERSLAVING, HOE KOM JE ER AF?

Om die verslaving te doorbreken, moet men gewoonlijk bij het stoppen met barbituraten gedurende enige tijd andere medicijnen gaan innemen. Het is daarbij oppassen dat je niet de ene verslaving voor de volgende inruilt. Het beste is tijdelijk een minder verslavend slaapmiddel te gaan gebruiken, maar dan moet je je er wel op instellen na enige tijd dit nieuwe middel ook af te bouwen. Het is gebleken dat *Dalmadorm*, en in mindere mate ook *Mogadon*, de ontwenningsverschijnselen van de barbituraten goed onderdrukt. Omdat je van *Dalmadorm* nogal eens overdag te slaperig bent, is een afwisseling van *Dalmadorm* en *Mogadon*

een goede manier om zonder al te veel ontwenningsverschijnselen (die anders ziekenhuisopname nodig zouden maken) van een middelzware barbituraatverslaving af te komen. Dat kan ongeveer gaan als volgt: vanaf de dag dat je stopt met het barbituraat, neem je gedurende 2 à 4 dagen *Dalmadorm*, daarna gedurende 7 à 10 dagen *Mogadon*, in een hoeveelheid waarop je 5 à 6 uur slaapt. Stel je er op in dat je 's avonds wel een paar uur wakker kunt liggen, dat je soms 's nachts wakker wordt, maar blijf gewoon in bed liggen, en probeer dan 's ochtends wat langer te blijven liggen. Wanneer je na meerdere dagen *Mogadon* gebruikt te hebben de indruk krijgt dat de ontwenningsverschijnselen té storend worden, neem je weer 2 à 3 dagen *Dalmadorm*, en daarna ga je weer over op *Mogadon*. Doe dit gedurende ca. 3 maanden, waarna je waarschijnlijk verder kunt met *Mogadon* alleen. Na nog eens 1 à 2 maanden kun je langzaam de *Mogadon* verminderen. Zo kun je in 6 à 8 maanden vrij van slaapmiddelen komen. Let wel, als je daarnaast nog andere psychofarmaca gebruikt, is het raadzaam de dosis van die andere middelen tijdens deze periode zo min mogelijk te veranderen. Laat je in deze periode begeleiden door een arts; ook gesprekken met iemand die zelf een dergelijke ontwenning heeft doorgemaakt kunnen nuttig zijn. Waarschuw ook je huisgenoten, dat je een dergelijke periode ingaat.

BARBITURAAATVERSLAVING BIJ HOGE DOSIS.

Wanneer je lichamelijk verslaafd bent geraakt aan een hoge dosis barbituraat, boven de aanbevolen maximale dosis per 24 uur, bijvoorbeeld 3 tabletten *Vesparax* of 6 tabletten *Nembutol*, en je zou zonder komen te zitten, moet je binnen 24 uur contact opnemen met een arts, die bekend is met dit soort verslaving. Indien je zo'n arts niet op zo korte termijn kunt vinden, zul je ernstig moeten overwegen je op te laten nemen in een ziekenhuis.

LET OP!

De slaapmiddelen die in werking overeenkomen met barbituraten, hebben vergelijkbare ontwenningsverschijnselen en kunnen evenzeer lichamelijk verslavend zijn. In hoeverre dan *Dalmadorm* en/of *Mogadon* de ontwenningsverschijnselen kunnen onderdrukken, is niet bekend.

Henk van Gaal

De waarde van langdurige behandeling met antipsychotische middelen

Gardos G. en Cole J.O. *Amer. J. Psychiat.* 1976, 133/1 (32-36)
Artikelbespreking uit: *MFM*, 3689

Sedert de invoering van de neuroleptica is men er in het bijzonder bij de schizofrene patiënt toe overgegaan ter voorkoming van recidiven een vaak vele jaren durende behandeling met antipsychotische middelen toe te passen. De laatste tijd is die langdurige behandeling weer in het centrum van de belangstelling gekomen naar aanleiding van het beschikbaar komen van de zogenaamde depôtpreparaten. Overigens is de vraag nog niet opgelost in hoeverre zo'n langdurige therapie dient ter voorkoming van recidiven, dan wel ter onderdrukking van een blijvend pathogeen actief proces, wát de aard en oorsprong daarvan dan ook moge zijn. Intussen is het vrijwel gewoonte geworden om de behandeling van psychotische patiënten te continueren, ook wanneer het klinische beeld daartoe geen aanleiding (meer) geeft. De therapie wordt dan gegeven met het motief dat aldus recidiven kunnen worden voorkomen; diverse literatuurstudies geven ook wel aanwijzingen in die richting. Intussen mag niet worden verheeld dat de langdurige toediening van neuroleptica ook een schaduwkant heeft. Soms immers treden op de lange duur schadelijke bijwerkingen van extrapiramidaal karakter op, beschreven onder het beeld van de dyskinesia tardiva. Dit syndroom is bijzonder moeilijk te corrigeren, zo niet irreversibel. Het voorkomen ervan wordt in de literatuur geschat op 0,5-40%, afhankelijk van de duur van de behandeling, alsmede de aard en de dosering van het toegediende neurolepticum.

De auteurs hebben een literatuurstudie verricht naar het recidive-werende effect van de langdurige behandeling met fenothiazines bij schizofrene patiënten. Ze hebben zich daarbij vooral gericht op het vergelijkend placebo-onderzoek. Ze komen in hun studie tot de conclusie dat de langdurige behandeling bij ten minste 40% van de patiënten de psychotische recidive kan voorkomen. Daarnaast menen ze uit het door hen bestudeerde materiaal echter ook te kunnen vaststellen dat gemiddeld 50% van de patiënten niet achteruitgaat, wanneer de medicatie wordt weggelaten. Tegen de achtergrond van de eerder genoemde

bijwerkingen is deze constatering niet van belang ontbloomt. Interessant is in dit verband ook de waarneming van sommige onderzoekers dat recidiven bij met een placebo behandelde patiënten over het algemeen minder ernstig zijn en gemakkelijker te behandelen dan de psychotische recidiven bij diegenen die met neuroleptica worden behandeld.

Uit deze studie blijkt dus dat een niet onbelangrijk deel van de patiënten het goed zonder langdurige medicatie kan stellen. Helaas is het niet mogelijk om bij voorbaat uit de totale patiëntenpopulatie de risicogroep te isoleren. De auteurs komen nu tot een medicamenteus actieprogram onder het motto dat het bij elke schizofrene patiënt de moeite loont na te gaan of hij zich ook zonder medicamenten zal weten te redden. Hun aanbevelingen daartoe maken overigens een minder overtuigende indruk dan de literatuurstudie zelve. Bovendien - en dat mag nog wel eens worden beklemtoond - is de uitvoering ervan alleen toe te vertrouwen aan ervaren klinici die voldoende tijd voor hun patiënten kunnen vrijmaken en die hun activiteiten in een goed geoutilleerde omgeving uitvoeren.



Deskundig of ervaren

lezing gehouden in psychiatrisch ziekenhuis Zon en Schild, Amersfoort, 20 september 1983, overgenomen uit het ziekenhuisblad "Echo".

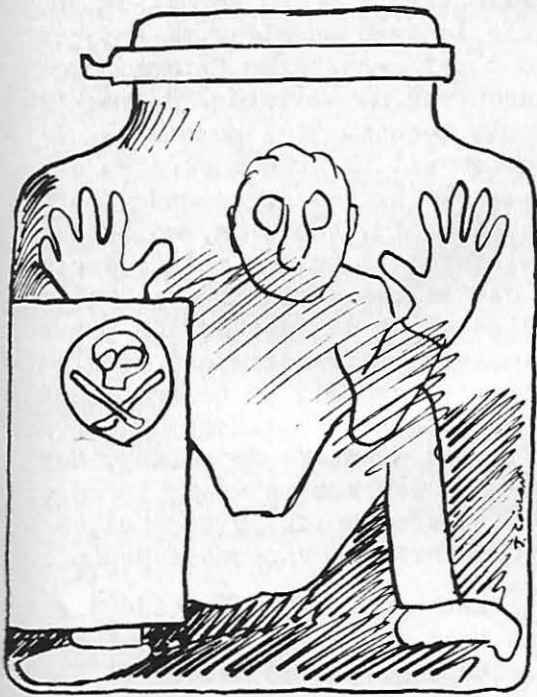
Ik zal een vrij algemeen verhaal houden om duidelijk te maken wat voor ervaringen je kunt opdoen als psychiater als je zo'n 25 jaar in de psychiatrie zit.

Ik heb in die tijd de hele ontwikkeling van de psychofarmacologie meegemaakt. Toen ik met mijn werk begon, was het eigenlijk een revolutionaire tijd omdat het aanzien van de psychiatrie, het werk in de p.z.-en, geweldig was veranderd door het gebruik van psychofarmaca. Aanvankelijk hadden wij daar hoge verwachtingen van. Ik heb een paar jaar in de inrichting gewerkt, P.Z. Santpoort, daarna ben ik in de vrije praktijk terechtgekomen, maar je wordt toch altijd met de werkzaamheden in het psychiatrisch ziekenhuis gekonfronteerd wanneer je eigen patienten moeten worden opgenomen of wanneer ze weer worden ontslagen. En al die tijd, 25 jaar lang, zit je met de grote vraag: wanneer ik middelen voorschrijf, wat doe ik dan en doe ik het wel goed. Of: wat heeft een ander gedaan en heeft hij dat wel goed gedaan? Om te weten wat je doet, heb je deskundigheid nodig. Grote vraag: hoe deskundig zijn nu de deskundigen? Want daar ben je van afhankelijk wanneer je aangevoelen bent in je leven om psychofarmaca te moeten nemen. In de loop van de jaren ben ik geweldig geschrokken van mijn eigen gebrek aan deskundigheid op het gebied van de psychofarmacologie. Ben ik dan zo'n slechte psychiater? Ja dat kan zijn. Maar als je probeert er achter te komen wat je doet, dan blijkt dat de kennis die voorhanden is gewoon niet past op de dagelijkse praktijk, in de omgang met mensen die in de psychiatrie hulp zoeken. Waarom was mijn deskundigheid dan zo gebrekkig?

Een voorbeeld. Ik heb 25 jaar lang in mijn praktijk een steeds toenemende reeks van benzodiazepines, (librium, valium, mogadon, dalmadorm, seresta, temesta, enz.) voorgeschreven. Natuurlijk heb ik daarover boeken gelezen, natuurlijk heb ik dat in volle overtuiging gedaan, dat ik mijn patienten daarmee een dienst bewees. Vier jaar ge-

leden heb ik tot mijn schrik bemerkt dat een heleboel verschijnselen die mijn patienten mij vertelden niet als bijwerkingen bijv. van de benzodiazepines heb onderkend, maar gehouden heb voor variaties in de belevingswereld van mijn patienten. Als je dan op een goeie dag tot de ontdekking komt dat je 21 jaar lang met je neus op de feiten hebt gezeten, en je hebt heel veel gewoon onopgemerkt aan oog en oor voorbij laten glippen, dan is dat een demasqué. Mijn ogen zijn opgegaan bij de ontdekking van de bijwerkingen van een nieuw geïntroduceerd slaapmiddel destijds, Halcion. Met Halcion heb ik een duizendtal ziektegeschiedenissen verzameld, waarvan de ene nog dramatischer is dan de andere. Er is heel veel tegen geschreven, tegen deze ontdekkingen. Omdat men zei: nou ja, wat wil die psychiater nou vertellen, hij praat over psychiatrische patienten en natuurlijk liggen daar de werkingen anders dan bij niet-psychiatrische patienten. Ik heb die kritiek niet uit de wereld kunnen helpen. Er zijn nl. in die periode een groot aantal mensen naar mij verwezen die nooit in handen van een psychiater zouden zijn gekomen ware het niet dat zij om een of andere reden Halcion voorgeschreven hebben gekregen. Deze mensen zijn zo ziek geworden, dat ik in de psychiatrie eigenlijk zelden zo veel tragiek heb gehoord uit de mond van mensen als in die tijd. Als je er dan achter komt dat Halcion dat doet, als één van de nieuwste benzodiazepines (en ik ga er nu niet op in waarom Halcion dat doet), dan ga je in de jaren daarna kijken naar alle andere benzodiazepines. En wie schetst mijn schrik dat ik er achter kom dat ik zelf al jaren lang temesta, seresta, mogadon, etc. heb voorgeschreven en dat ik niet herkend heb dat die patienten onder m'n handen heel langzamerhand afgegleden zijn in een soort apathie, levensmalaise, waarvan ik steeds dacht dat dat kwam omdat die mensen aan levenslust derfden. Sindsdien heb ik een groot aantal van m'n eigen patienten, maar ook uit andere praktijken, van de benzo-

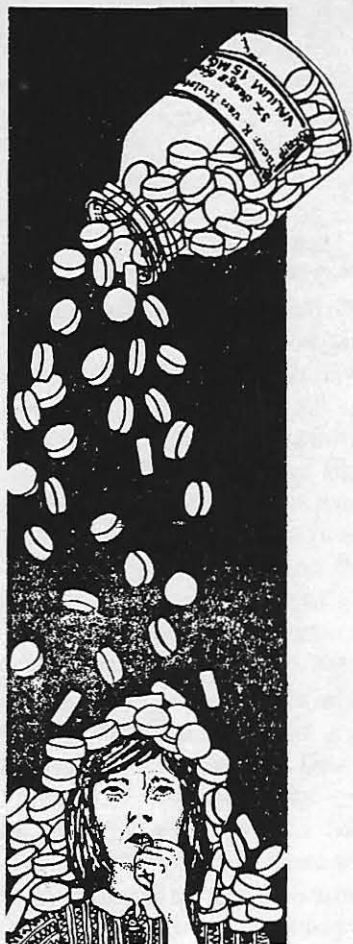
diazepines afgeholpen, maar toen merkte ik ook weer tot m'n grote schrik dat het haast niet te doen was om iemand die jaren lang allerlei benzodiazepines had gebruikt, daarvan af te krijgen. Verder merkte ik nog dat, als je een aantal jaren benzodiazepines gebruikt, daarna een tijd niet, dat je dan nog niet beter bent. Iedere farmacoloog zal je vertellen: schaf een middel af, de halfwaardetijd bedraagt X uur maal twee en na die tijd is het middel gewoon uit je lichaam. Dus binnen 24 uur, hooguit binnen een week ben je



van het middel af en werkt het niet meer. Vergeet het maar! Dat is niet waar. Ik kan het niet verklaren. Als je het een psychofarmacoloog gaat vragen dan zegt-ie, dat kan niet. Hoogstens kan hij zeggen: ik kan het niet begrijpen, maar ik wil er wel aandacht aan besteden. Dan krijg je dat de hoogstgeleerde mensen die hele geleerde artikelen hebben geschreven gedurende vele jaren over de werkingen van psychofarmaca, dat die gewoon naar de ervaringen van een medicus-practicus niet willen luisteren.

Nou wordt dat luisteren bij hen ook wel bemoeilijkt door het feit dat ze een heel andere taal spreken met muizen en ratten dan ik met mijn patienten. Wie is er nou wel deskundig? Mijn deskundigheid was gering, de deskundigheid van psychofarmacologen is uitermate beperkt, veel meer dan ze zelf zullen toegeven.

Ik ben er door Halcion van overtuigd: *de meest deskundige dat is de patient.* Maar die klient: net zo goed als ik als psychiater/praktikus met de psychofarmacoloog in een taal praat die de zijne niet is waardoor hij niet naar mij luistert, zo ben ik weer deskundig ten opzichte van mijn klient, en die vertelt mij ervaringen op een manier die weer niet past in mijn vokabulaire. Dus ik moet mij ontdoen van de mij gebruikelijke terminologie; en als ik me daarvan ontdoe en ik heb dan ook nog de bereidheid om heel veel tijd te besteden aan wat iemand mij dan vertelt over zijn ervaringen, om daarnaar te luisteren - ik heb de gewoonte gekregen alles letterlijk op te schrijven - toen ben ik tot de ontdekking gekomen dat al die mensen dezelfde dingen zitten te vertellen. Het blijkt dus dat ik met de tot mijn beschikking staande terminologie gewoon een heleboel niet in huis heb wat klienten wel in huis hebben. Ik ben er dus achter gekomen dat de belangrijkste deskundige op het gebied van werkingen en bijwerkingen van medicijnen dat is de klient zelf. Maar daarvoor moet je de bereidheid hebben om een ongehoorde hoeveelheid tijd te besteden aan het registreren van wat de mensen als waarneming menen te hebben gedaan. Niet elke vermeende waarneming is een reële waarneming maar vergelijk je de waarnemingen die de verschillende mensen vermelden dan blijkt wel degelijk dat je die kunt rubriceren en dat je je moet gaan afvragen of dat in relatie staat tot de hoeveelheid voorgeschreven middelen, tot de duur van het gebruik van de geneesmiddelen, of van de combinatie. Het is mijn ervaring dat, als ik patienten uit de gemiddelde psychiatrische ziekenhuizen terugkrijg, dat ik schrik van de te hoge doseringen als wel van de combinaties van middelen. In Nederland, en we leven hier wat dat betreft nog in een gezegend land, komt het voor dat mensen een combinatie hebben van neuroleptica en een combinatie hebben van benzodiazepines! En dan schrijft wel de overheid, het bureau Bijwerking Geneesmiddelen, in een bulletin aan alle artsen van Nederland, oktober 1982, dat je benzodiazepines als slaapmiddel nooit langer moet voorschrijven dan drie weken, lach niet; dat je een benzodiazepine als angstwerend middel nooit langer moet voorschrijven dan vier maanden, lach niet; en dat je helemaal geen benzodiazepines moet voorschrijven



in combinatie, of je moet zeer voorzichtig te werk gaan. Dan denk ik dat ik in Fabeltjeskrant zit te lezen, want in de gewone praktijk pakt dat heel anders uit. Bovendien, in mijn contact met kollegae blijkt voortdurend dat ze dergelijke richtlijnen van het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen onzinnig vinden. Dan zit je dus midden in de problemen. Hoe komt het dat artsen een dergelijke, in mijn ogen zeer betrouwbare voorlichting van de overheid, over het oog zien? Dat komt omdat artsen voortdurend onderhevig zijn aan reclame-kampagnes door geneesmiddelen-fabrieken die er zeer veel belang bij hebben dat hun middelen die duur op de markt zijn gebracht daar ook blijven en dat hun omzet wordt vergroot. Het is natuurlijk belachelijk dat, wanneer in Zeeuws Vlaanderen blijkt dat het slaapmiddelgebruik terugloopt, dat dan niet iedereen die daarbij betrokken is 'hoera' roept, want er zal dan wel iets goed in Zeeuws Vlaanderen aan de hand zijn waardoor de mensen beter kunnen slapen. Nee, in plaats daarvan, worden er weer geneesmiddelvertegenwoordigers naar Z.V. gestuurd om te zorgen dat ze hun portie weer afnemen. We zijn eigen-

lijk de prooi van een wonderlijk spel van krachten waarin we weinig inzicht hebben, wat bepaalt nu het voorschrijfgedrag? Wat ik zou willen bepleiten is dat in de eerste plaats iedereen die geneesmiddelen gebruikt een willig oor vindt bij z'n behandelend medicus en bij de verpleging om te kunnen vertellen wat er in zijn innerlijk bestaan is veranderd, of wat hij denkt dat er veranderd is door gebruik van geneesmiddelen, of door verandering door combinaties van middelen. Het is uitermate belangrijk dat het goed gedocumenteerd wordt. Dan moet er te allen tijde voorzichtig met een klient geprobeerd worden om de medikatie zo laag mogelijk te krijgen. En dat dat zal resulteren in een beter welbevinden van de klienten, daaraan is voor mij geen twijfel mogelijk.

Bovendien wil ik ervoor pleiten dat er niet zakelijk geïnteresseerde instanties zijn die medici voorzien van zeer uitvoerige informatie, en dat, met de bescheidenheid dat alleen de medikus/praktikus, die voorzien wordt van uitvoerige psychofarmacologische informatie, die de tijd neemt om zorgvuldig af te wegen wat voor informatie hij krijgt bij de deskundige bij uitstek: de klient, dat alleen die medikus in staat is om zich op een juiste manier op te stellen bij het voorschrijven van geneesmiddelen.

Ik wil met een ding besluiten. Als U mij morgen voor de keus stelt om alles wat we aan geneesmiddelen hebben in de psychiatrie, om dat af te schaffen, dan vindt U in mij géén medestander.

Wij kunnen de psychiatrische middelen helaas niet missen. Het enige wat ik geprobeerd heb te vertellen is, dat artsen heel voorzichtig moeten zijn met het toepassen van de middelen die we in de psychiatrie ter beschikking hebben.

Dat de mensen het recht hebben om te vertellen wat hen ervan bekomt en niet bekomt. En wat er voor ongerustheid, door de bijwerkingen die er eventueel komen of de werkingen die er zijn, zich van hen meester maakt.

Maar ik wil de in de psychiatrie gebruikelijke middelen niet kwijt. Ik wil wel pleiten voor een uitermate grote voorzichtigheid, dat wil ik toch wel even benadrukken, dat het niet zo moet zijn dat U denkt dat ik het allemaal fout vind. Dat is niet waar.

Dr. C. v.d. Kroef, psychiater

De betekenis van tijd en duur bij psychofarmacagebruik

lezing gehouden in psychiatrisch ziekenhuis Zon en Schild, Amersfoort, 20 september 1983, overgenomen uit het ziekenhuisblad "Echo".

Ik zal het dus hebben over de betekenis van tijd en duur bij psychofarmaca. Je hebt al gehoord dat het jarenlang slikken een kwestie is van duur. Nu wil ik eerst een splitsing maken in 2 groepen van psychofarmaca.

- De medicijnen, die direkt werken, dat zijn de kalmerings- en slaapmiddelen. Daar vallen o.a. de benzodiazepines onder, waar een groot gedeelte van het verhaal van Dr. v.d. Kroef over ging.
- De medicijnen die indirekt werken, dat zijn de anti-psychotica of wel neuroleptica, daar zit dus o.a. Haldol en Largactil en Taxilan en Fluanxol in; en de anti-depressiva als Anafranil en Tryptizol en Sarotex.

UREN

Als je dat slikt, dan krijg je in eerste instantie een direkte reactie op het medicijn dat je geslikt hebt, in de orde van een half uur tot 1 uur, dan begint de werking en die duurt een paar uur door. Bij de kalmeringsmiddelen zie je inderdaad een direkte werking en ook een direkt ontstaan van bijwerkingen. Bij kalmeringsmiddelen zijn dat: het verlagen van de waakzaamheid; bij slaapmiddelen ook: de verlaging van de waakzaamheid en daarom slaap je makkelijk. Maar het verlagen van de waakzaamheid is veel meer dan alleen maar slapen. Het is ook op de weg niet meer op zitten letten, enz.

TIJDLIJN

Ik heb een "tijdlijn" getekend, waarop vanaf het moment van beginnen van gebruik de uren, dagen, weken, eventueel maanden en jaren zijn aangegeven. We gaan dan gewoon eens kijken wat er met de 2 hoofdgroepen van de direkt werkende en van de indirekt werkende globaal kan gebeuren. Links de anti-psychotica en anti-depressiva, rechts de slaap- en kalmeringsmiddelen. We beginnen dus met het innemen en nu staat daarbij "gif". Daar hoef je niet van te schrikken want een medicijn is een medicijn omdat het een gif is. Dat zeggen alle farmacologen dus ik kan het ook rustig zeggen. Als het niks giftigs zou doen dan zou het ook geen werking hebben.





Een bijwerking die ook wel als werking gebruikt wordt bij de kalmeringsmiddelen is b.v. de spierverslapping. Je krijgt slappe spieren, knikkende knieën en je denkt, wat overkomt me toch, ik kan niet meer fatsoenlijk wandelen: bijwerking. Die krijg je onmiddellijk als je begint met gebruik.

Kijk je nou bij de anti-psychotica en de anti-depressiva, dan zie je in het begin alleen maar bijwerkingen, vooral de bewegingsstoornissen die iedereen wel eens gezien heeft, trillende handen, suf voelen. Maar werking? Afwachten. Je kunt dus zeggen dat bij de kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen je direkt effect krijgt, en bij de anti-psychotica en anti-depressiva nog niet direkt effect ziet, behalve dan de bijwerking.

WEKEN

Ga je nou na een paar weken gebruik kijken wat er is gebeurd, met de kalmerings- en slaapmiddelen. Dan zie je dat het lichaam zich gaat verzetten tegen het "gif". Bij kalmerings- en slaapmiddelen houdt dat in, dat je minder slaperig wordt. Dus de waakzaamheid wordt weer hersteld, je bent weer even wakker als toen je begon te slikken, of bijna even wakker.

Dat heet gewenning. Het middel doet niet meer wat het had moeten doen, het doet minder. Maar doet nog steeds wel wat met bijwerkingen. Die gewenning ten gevolge van verzet tegen het medicijn, dat verzet tegen het medicijn vind je ook bij de anti-psychotica en anti-depressiva en dát is precies hun werking. Dat wil zeggen dat na een paar weken het anti-psychose middel de psy-

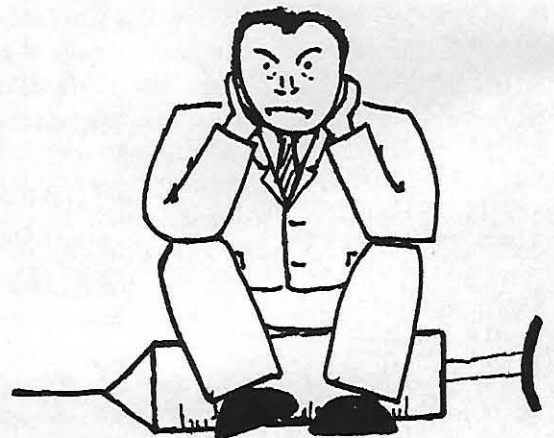
chose effectief begint te onderdrukken, dat na een paar weken onder invloed van het anti-depressivum de depressie effectief begint af te nemen.

Niet bij iedereen, omdat er nogal veel individuele verschillen zijn en misschien de ziekte een oorzaak heeft die niet binnen het werkingsgebied van het medicijn ligt. Maar na enkele weken tot 1 à 2 maanden kan een anti-depressivum zijn resultaat gaan boeken, kan een anti-psychotum zijn resultaat gaan boeken. Pas dan begint dus het langzaam tot stand komende nut van de anti-psychotica en de anti-depressiva tot zijn recht te komen.

Gaan we dan langer door, dan krijg je dus een langer doorgaande anti-psychotische werking een langer doorgaande anti-depressieve werking van de middelen.

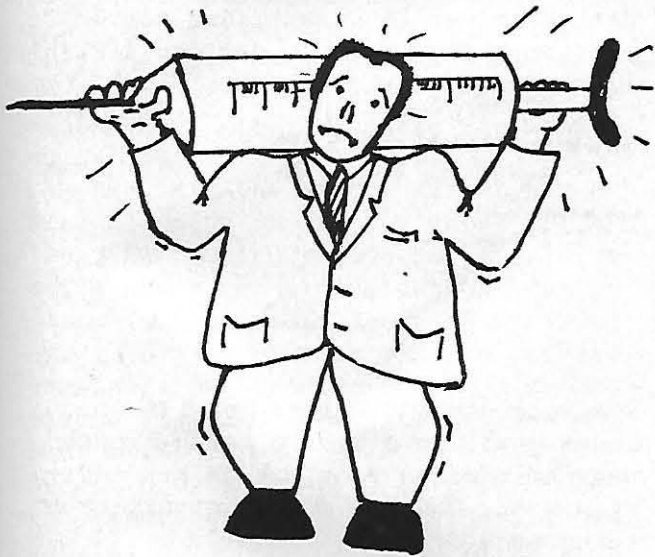
MAANDEN

Maar, als de pillen de psychose onderdrukken hoeft het lichaam, de geest, de mens het niet meer te doen. En wij leren dan af om uit onszelf, op eigen kracht, de psychose te beheersen. De pillen doen het, dus hoeven wij het niet te doen. En dat houdt weer in dat na een lange duur er een verlies is van werking van de anti-depressiva en de anti-psychotica en dat is een verlies van weerstand van je eigen lichaam, je leert het af. En dat is dan een fase later.



Bekijken we de fase bij kalmerings- en slaapmiddelen na langere tijd, dan is dat "gif" in ons lichaam zo gewoon geworden dat we niet meer zonder kunnen. We hebben er ons helemaal op ingesteld. Bij de anti-psychotica, daar lukt het niet om ons erop in te stellen, dat blijft ongewenst gif.

Maar bij de kalmeringsmiddelen stellen we er ons helemaal op in en we kunnen niet meer zonder, dat heet, we zijn verslaafd. En dan krijg je dus na meerdere maanden, 1 jaar misschien, problemen met stoppen. Gaan we dan toch door met gebruik, dan neemt het nuttig rendement van de medicijnen, die bij de kalmeringsmiddelen eigenlijk al verloren was gegaan, steeds meer af. Dus hoe langer het gebruik duurt, hoe negatiever het resultaat. Een afweging moet iedereen voor zich maken, wat nog nuttig is en wat al risico en gevaar is.



JAREN

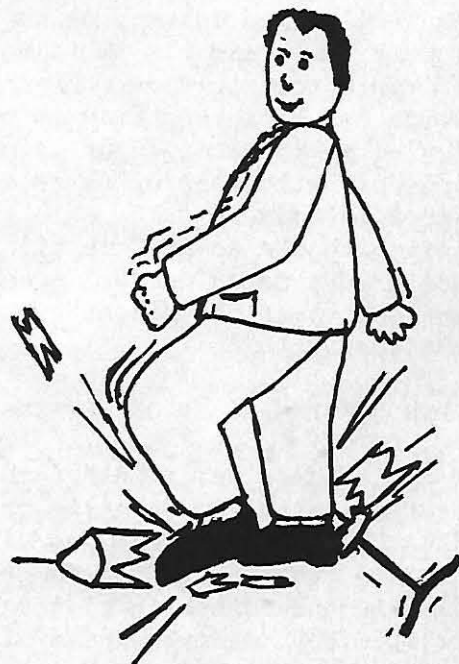
En dan, na jarenlang gebruik, gaat het lichaam falen in het bestrijden van het ongewenste gif. En dan krijg je beschadigingen die onomkeerbaar zijn. Soms hersenbeschadigingen, dat hangt ook af van hoe oud je bent en hoelang je de medicijnen geslikt hebt, maar in ieder geval beschadigingen van het lichaam en de geest. Die zijn bij kalmeringsmiddelen o.a. geheugenverlies. Vooral het korte geheugen gaat achteruit. Je herinnert je niet meer wat een paar minuten geleden gebeurd is, als je je er niet heel nadrukkelijk op concentreert. Maar de dingen vanuit je jeugd blijf je je nog wel herinneren, want die zitten erin en die raak je niet kwijt. Alleen het korte geheugen gaat achteruit. Dat houdt ook in omdat de concentratie gebruik maakt van dat korte geheugen, dat de concentratie achteruit gaat. Je hebt het gevoel alsof de dingen die vandaag gebeuren

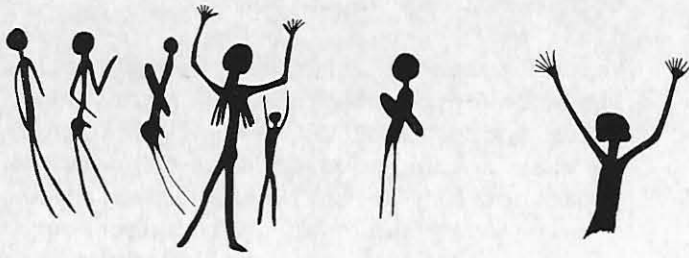
uit je vingers wegglijpen.

Verder komen na langdurig gebruik ook "late bewegingsstoornissen" voor. Dit geldt vooral voor de anti-psychotica en maar zelden voor de anti-depressiva, omdat het bij de anti-psychotica al na enkele jaren kan gaan optreden en het bij de anti-depressiva veel langer duurt voordat het optreedt. Dat zijn dan, wat genoemd wordt, de late bewegingsstoornissen. Deze zijn niet dezelfde als de bewegingsstoornissen aan het begin, dat trillen aan het begin. Nee dit is anders. Dit is het klappen met de tong, het trekken met de wangen, met de lippen, het plotselinge ongecontroleerd bewegen van de armen of het beginnen te schokken over je hele lijf bij sommige momenten van inspanning.

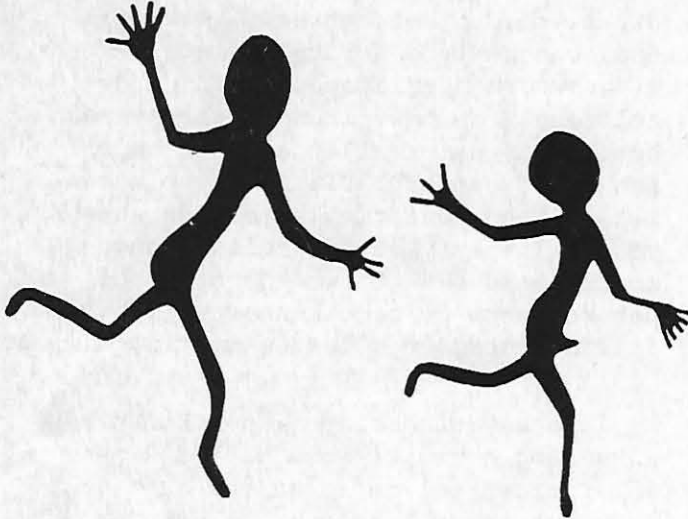
De late bewegingsstoornissen komen na jarenlang gebruik. Soms na 1 à 2 jaar al, incidenteel zelfs na een half jaar, maar dat is vrij zelden. En gaan dan ook heel moeilijk of niet meer weg, want het lichaam heeft zich kapot gewerkt op het bestrijden van het gif. En de beschadiging blijft ook als je stopt voortbestaan. *

Daar zit b.v. ook in; de overgevoeligheid voor prikkels. Je hebt geen verweer meer tegen prikkels van buitenaf. De aanraking van de huid kan soms bij gewone aanraking al pijnlijk zijn, voor sommige mensen die daar overgevoelig-





Weking - gewenning - ontwenning:
"normaal"



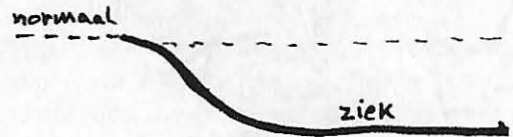
heid gekregen hebben. Je kunt b.v. nachtmerries krijgen, dat je door muggen belaagd wordt in je slaap, omdat de dekens een beetje prikken. En ook onbeheerste reflexen, mensen die jarenlang neuroleptica geslikt hebben zie je ineens bijzonder schrokkerig beginnen te eten, omdat de eetreflex in de versnelling gaat. Of ze gaan ineens ontzettend hikken omdat het middenrif niet meer onder controle is. Nou, dan zie je dat het heel belangrijk is dat je niet alleen moet kijken naar: welke symptomen wil ik op dit moment, zoals veel artsen denken, de kop indrukken, maar nee, waar zit ik in de "tijdlijn" van het medicijnen voorschrijven en wordt het niet eens tijd om te gaan kijken of ik kan stoppen, of ik moet stoppen, of het gewenster is te stoppen, dan door te gaan. Een afweging die je niet in zijn algemeenheid kunt maken, die wel steeds opnieuw weer vanaf dit moment gemaakt moet worden.

STOPPEN, GEWENNING EN ONTWEENING

Over dat stoppen wil ik dan toch nog wat zeggen. Want dan komen we op het probleem, weer een aspekt van tijd, van de relatie tussen werking, de gewenning die ik al genoemd heb in zijn verschillende stadia en de ontwenning bij het stoppen.

We gaan ervan uit dat de arts, de patient of de klient, een begrip heeft van wat normaal zou moeten zijn, b.v. je vindt dat je te weinig slaapt, d.w.z. niet normaal genoeg, of je vindt dat je teveel slaapt, dat kan ook. Of de arts vindt dat je teveel en zelf vind je dat je te weinig slaapt, dat kan ook nog. Nou, dan krijg je dus een afwijking van de norm, wat dan symptoom of ziekte

Ziektesymptoom: afwijking van norm



symptoom genoemd wordt. Je wilt in ieder geval de situatie terug brengen naar normaal en daar pak je een medicijn voor. Dus het medicijn corrigeert terug naar de norm.

Symptoom-bestrijder: correctie naar "norm" toe = WERKING



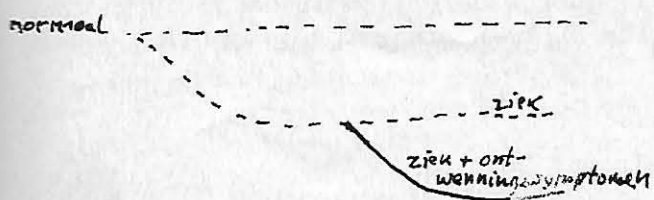
Dus alleen de symptomen worden bestreden. Het medicijn werkt, d.w.z. zou zo werken als het lichaam niet gaat protesteren. Dat protest is een vorm van gewenning.



Gewenning: verzet tegen symptoom-bestrijder in een richting af van de norm
= VERMINDERDE WERKING
= ERGER ZIEKTESYMPTOOM

Na een tijdje slikken, ik stel na een paar weken, begint de gewenning. Deze is een afname van de werking van het

medicijn. De verminderde werking houdt in: meer ziektesymptomen.



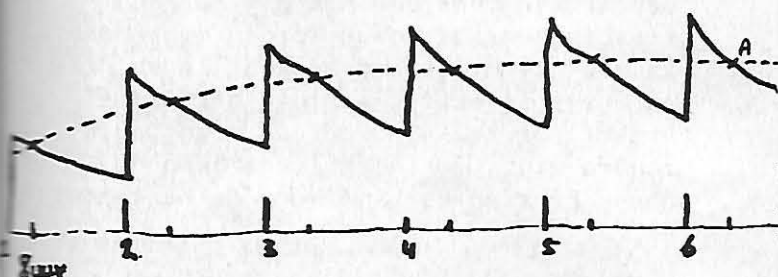
By Stoppen gebruik medicijn:
blijft erger ziektesymptoom nog:
- terugstoot-effect (REBOUND)
- ontwenningverschijnsel.

Als je nu het medicijn weghaalt, dan krijg je het volgende; Je lichaam heeft geleerd extra ziektesymptomen van de gewenning te hebben, dus op dat moment heb je méér in plaats van minder symptomen.

Dat heet een terugstoot effect. En bij slaapmiddelen is dat b.v. heel duidelijk. Als je een tijdje geslapen hebt en je stopt met slaapmiddelen, dan slaap je niet meer, of als je slaapt, krijg je nachtmerries van een onregelde slaap. Ik neem aan dat je als chronische slaapmiddelenslikker begonnen bent met ooit een tablet per dag te nemen. Nou, zo'n tablet is na een dag voor ongeveer de helft uit je lichaam. Dan krijg je het volgende beeld:

SLAAPMIDDELEN

1 tablet per dag Gewenning bij begin gebruik:
--- dosis waarboven men slaapt

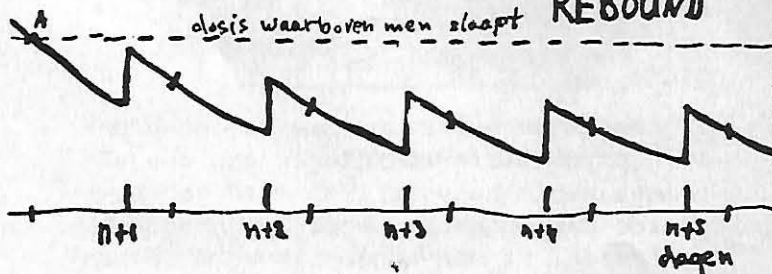


De 1e dag slik je een tabletje, dat gaat langzaam uit je lichaam, tot de helft er nog in zit. De 2e dag slik je weer een tabletje, maar dan zit je aan het begin van de nacht hoger w.b. slaapmiddelen in je lijf, dan de nacht ervoor. De 3e dag idem dito en iedere keer kom je dus hoger.

Als je nou kijkt, je wil 8 uur slapen, 16 uur wakker zijn. Na 8 uur slaap word je gewekt, maar het slaapmiddel

is nog lang niet uit je lijf. Dus je voelt je in het begin nog wel wat slaaperig. De 2e dag word je gewekt terwijl je nog veel meer slaapmiddelen in je lijf hebt en je ziet dat het gewoon oploopt. En na een tijdje krijg je de situatie dat je bij het slapen slechts zo'n 10, 15 procent méér slaapmiddel in je lijf hebt dan overdag. Met andere woorden het verzet van het lichaam zorgt ervoor dat je wakker bent met zoveel slaapmiddel in je lijf. Dat is niet niks. Oké, op een gegeven moment wil je er toch wel eens vanaf. Nou dat moet je nooit boem pats doen, je moet nooit een trap van 13 treden afspringen, je moet het tree voor tree doen. Laten we van een tablet naar een halve gaan.

Slaapeloosheid bij verminderen naar 1/2 tablet per dag - ONTWENNING REBOUND



Dat is niet genoeg om de slaaplijn te bereiken, we slapen die nacht dus niet in. Nou, dan voel je je even beroerd. Bovendien is wakkerder zijn niet het enige, er is meer. We krijgen allerlei andere beroerde ontwenningverschijnselen, die hier ook mee samen hangen.

Oké, 1 nacht niet slapen is nog te overkomen, 2 nachten niet slapen, maar je ziet dat het toch wel erg problematisch is. Dus je wordt als het ware in een visieuze cirkel gevangen, van wil je omlaag, dan lig je wakker, heb je slaapmiddel nodig om te slapen, dus je komt er moeilijk vanaf.

Met ander woorden, probeer dan toch maar met een kwakkelende periode van wat slechter slapen, door een kwart of een achtste eraf te doen, dat een week vol te houden. Dan weer een kwart of een achtste eraf, dus het langzaam afbouwen.

Moraal: Langdurig gebruik vergt ook langzaam stoppen. Kortdurend gebruik kun je soms wat sneller stoppen. Dus de tijd en de duur van gebruik en stoppen hangt ook samen.

Henk van Gaal

Sterfte en levensgevaar door de psychiatrie

"Ik gooide de pillen in de goudvissenkompot en toen gingen de goudvissen dood"

Jan Held

INLEIDING

Onder deze titel worden in dit artikel vanuit een persoonlijke betrokkenheid als psychiatrisch ex-patiënt een aantal sterfgevallen en gevaarlijke situaties besproken, die naar de mening van mij en mijn zegslieden mede veroorzaakt zijn door psychiatrische bemoeienis. Vanuit dezelfde invalshoek wordt vervolgens ingegaan op de dodelijke gevaren die soms verbonden zijn aan een psychiatrische bemoeienis, waarbij met name informatie uit de vakliteratuur gegeven wordt over de gevaren van diverse groepen van medicijnen die in de psychiatrie veelvuldig gebruikt worden.

DICHT BIJ ONS BED

Tijdens mijn eerste opname op een afdeling psychiatrie-neurologie van een algemeen ziekenhuis in 1965 werd een bejaarde man opgenomen voor diagnostisch onderzoek. Na een ruggeprik werd de man bedlegerig en een dag later stierf hij. Een verpleegster zei ons toen: "Ja, soms worden mensen ziek van een medische behandeling en soms gaan ze er zelfs aan dood. Ze hadden die man geen lumbaalpunctie meer moeten geven, hij was te oud om die nog te verdragen". Het was mijn eerste kennismaking met een sterfgeval mede veroorzaakt door een medische ingreep. Zoiets houdt je als patient lang bezig.

In 1969 ging ik op vakantie in Zuid-Frankrijk en na een paar dagen al kwam ik ziek van de warmte terug. Toen pas kreeg ik van mijn arts te horen, dat Largactil^R wat ik gebruikte, gevaarlijk is bij warm weer vanwege een verhoogd risico van zonnesteek; dat er zelfs wel eens mensen aan gestorven waren. Een paar jaar later, weer in het ziekenhuis afdeling psychiatrie, stierf een jonge medepatient aan een hartaanval.

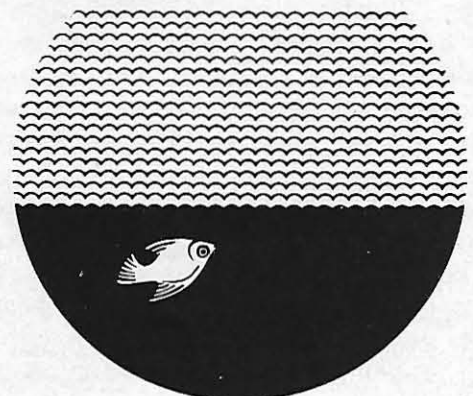
"Het kwam door de medicijnen", kregen we te horen. Als gebruiker van Largactil wist ik van het gevaar van leveraandoeningen, maar toen een familielid in 1973 in een psychiatrisch ziekenhuis na een ziekbed van een maand aan een leveraandoening stierf - hij had 17 jaar Largactil gebruikt - kwam dat gevaar

ineens heel dichtbij.

In 1975 werd ik lid van de Clientenbond. Daar hoorde ik op een eerste bijeenkomst vertellen van een man in een psychiatrisch ziekenhuis, die gedwongen naar arbeidstherapie was gestuurd, ondanks dat hij klaagde zich niet lekker te voelen, en die op arbeidstherapie overleed; "een akute longontsteking", werd er gezegd. We vonden het een bangstigend verhaal.

Samen met vroegere gebeurtenissen in mijn eigen leven maakte dit verhaal mij meer oplettend op soortgelijke verhalen. Soms worden zulke sterfgevallen in de media verhaald. Enkele jaren geleden hebben de kranten volgestaan met verhalen over de B-verpleegkundige Frans H., die insuline spoot bij geriatrische patienten (insulinekuuren werden vroeger in de psychiatrie veel gebruikt) en zo min of meer opzettelijk een reeks slachtoffers maakte.

De psychiater Van Ree beschrijft in het boek "Eenzame opsluiting" (uitg. Het Spectrum, 1980) het geval van een man die zich verzette tegen de praktijken van de inrichting, wat hem bij herhaling in de isoleercel bracht, totdat hij, sterk angstig geworden door de behandeling, een hartaanval kreeg en stierf. De Volkskrant van 23 maart 1981 bevat een stukje over een man die na een trainingscursus moest worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en daar na enige injecties aan een hartaanval stierf. De trainingscursus moge *causa remota* zijn, de injecties lijken de *causa proxima* te zijn voor de hartaanval.



Binnen de Clientenbond hoor ik als kontaktpersoon van de afdeling Gelderland nog wel eens mondeling van zulke sterfgevallen. Vaak is er geen duidelijk verband met de behandeling, zoals bij de patientenverhalen over een tweetal door hen onbegrepen sterfgevallen in het ziekenhuis Wolfheze in 1980. Zodra de zegspersoon een inrichtingswerker is, is het beeld al duidelijker. Een arts van de St. Josephstichting vertelde mij dat hij (in 1980 of daaromtrent) gekonfronteerd was met een dodelijk afgelopen geval van "overkoorts" veroorzaakt door het gebruik van een neurolepticum. Een stagiaire in Huize Padua, Boekel, hoorde daar van een zich anoniem houdend arts dat tenminste vijf sterfgevallen op ziekenzaal in de periode 1979-1980 volgens die arts in verband stonden met het voorafgaande medicijngebruik. En toen ik in juni 1981 op bezoek was in het ziekenhuis Veldwijk, Ermelo, werd in een zaaldiscussie gesproken van vijf iatrogene sterfgevallen in de periode 1980 - juni 1981. Later opgelegde geheimhouding maakt verificatie voor mij onmogelijk.

Zo is het vaak niet mogelijk verhalen over iatrogene sterfgevallen in de psychiatrie te verifiëren. Toch heb ik voldoende aanwijzingen om te kunnen concluderen dat bij herhaling sterfgevallen voorkomen, waarbij een psychiatrische bemoeienis een rol heeft gespeeld, variërend van *causa remota* tot *causa proxima*, soms ook als niet meer dan een "verdachte faktor in een samenloop van omstandigheden". Bij dit laatste kan dan een herhaalde coïncidentie op een causaal verband wijzen.

De psychiatrische bemoeienis als direct-bepalende doodsoorzaak zal gewoonlijk wel gerapporteerd worden, maar als hij slechts mede-bepalende oorzaak is, zal hij gemakkelijk buiten de rapportage vallen, waardoor iatrogene sterfgevallen gemaskeerd kunnen raken. Zo lijkt b.v. een doodsoorzaak nierinsufficiëntie niets te maken te hebben met een psychiatrische behandeling, maar bij een gebruiker van lithium juist alles.

ENIGE CIJFERS

Het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen in Nederland is ca. 22.000. Hiervan worden ca. 17.000 bedden bezet door mensen die er reeds langer dan 1 jaar verblijven en er worden jaarlijks ca. 18.000 mensen opgenomen.

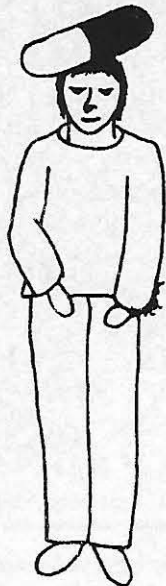
Ook jaarlijks sterven er zo'n 1400 mensen in inrichtingen. Ongeveer de helft hiervan behoort tot het chronisch bestand en de helft tot de doorstroomgroep. Naar leeftijdsopbouw gezien is ongeveer de



helft van het chronisch bestand ouder dan 65 jaar, terwijl dit bij de opnemingen ongeveer 1/6 deel is. Van de overledenen waren er ongeveer 1000 ouder dan 65 en ca. 400 jonger.

We kunnen deze cijfers vergelijken met de cijfers voor geheel Nederland. Statistisch gezien is de doorstroomgroep niet simpel te verwerken. Ik heb ervoor gekozen niet de sterftecoëfficiënt over het patiëntenbestand (ca. 22.000 patienten) maar over de som van aantal verblijfspatienten plus aantal opnemingen (ca. 35.000 patienten samen) te nemen. In vergelijking met geheel Nederland is in de inrichtingen de sterfte onder de bejaardengroep rond de 40% hoger en onder de groep tot 65 jaar wel ca. 5x groter. In totaal is de sterfte in de inrichtingen statistisch gezien 200 à 300 bejaarden en ca. 300 jongeren méér dan gemiddeld verwacht mag worden. Een vrij groot deel van deze méér-aantallen betreft zelfdodingen. De inspectie van de GGZ geeft aan dat er in 1977 132 geregistreerde gevallen van zelfdoding in psychiatrische ziekenhuizen zijn geweest. Het aantal feitelijke zelfdodingen zal hoger liggen omdat zelfdoding niet altijd met zekerheid gekonstateerd kan worden en omdat het door de arts niet altijd als zodanig gemeld wordt. Verder mag in een ziekenhuis een grotere sterfte dan gemiddeld verwacht worden. Wat is dan de marge die overblijft voor eventueel psychiatrogene sterfgevallen

in inrichtingen? Een noodzakelijk speculatieve schatting van dit aantal zou op grond van de bovenstaande voorbeelden uit Gelderse ziekenhuizen en Huize Padua (2 à 3 sterfgevallen per jaar per inrichting van 500 à 800 bedden) uitkomen op 60 à 90 per jaar over geheel Nederland.



Hoewel er geen konklusies over de omvang van iatrogene sterfte in deze ziekenhuizen aan verbonden kunnen worden, is het in dit verband toch interessant om enige gegevens van individuele ziekenhuizen te vergelijken. De cijfers (vermeld in jaarverslagen) voor de jaren '78 en '79 geven het volgend beeld. In en om Gelderland springen er in positieve zin uit: Coudewater in Rosmalen, dat met 660 bedden, ca. 400 opnemingen en ca. 30% bejaarden (65-plussers) ca. 25 overledenen per jaar boekt; en Franciscushof in Raalte dat met 408 bedden, weinig bejaarden en ca. 600 opnemingen ook ca. 25 overledenen per jaar heeft. In negatieve zin springen eruit Brinkgreven in Deventer met 480 bedden, een onbekend aantal opnemingen en zéér veel bejaarden, zowel als Veldwijk, Ermelo met 810 bedden, ca. 750 opnemingen en 30% bejaarden, hebben ca. 70 overledenen per jaar. Reden voor deze ziekenhuizen om extra aandacht te schenken aan mogelijke oorzaken voor een dergelijk hoger sterftcijfer.

Kijken we ook buiten de inrichtingen, dan is een schatting nog moeilijker. Eén serieuze schatting heb ik vernomen van een literatuuronderzoeker uit de farmaceutische industrie die als vraagbaak voor artsen uit het werkveld in de positie is om zich een goed beeld van de

omvang van de iatrogene sterfte te vormen. Hij schat het aantal sterfgevallen door psychofarmaca, volgens voorschrift gebruikt, voor Nederland in en buiten de inrichtingen samen op 200 of meer per jaar.

MEERDERE FAKTOREN

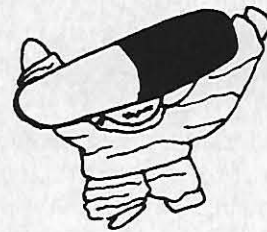
Zelden is er sprake van een enkelvoudige oorzaak van het overlijden. Daarom is het nodig dat bij vermoed hoge sterftcijfers de werkers zich niet alleen bezig houden met de direkt medische beschrijving van de doodsoorzaak, maar ook nagaan in hoeverre de psychiatrische bemoeienis een rol heeft gespeeld als één van de factoren die tot het overlijden hebben geleid. Globaal kunnen we vier groepen van psychiatrische factoren beschrijven.

1. *Persoonlijke fouten* van behandelaars/hulpverleners. Hieronder vallen: een verkeerde medische behandeling, eventueel na een verkeerde diagnose; bij hoge uitzondering mishandeling, maar vaker te ver doorgevoerde dwang uitgeoefend op een patient; en vooral verwaarlozing: wij horen regelmatig bij de Clientenbond van patienten dat met lichamelijke klachten onvoldoende rekening wordt gehouden, en ook huisartsen, internisten en chirurgen klagen nog al eens dat verpleegkundigen in psychiatrische ziekenhuizen hun voorschriften niet of slecht opvolgen of dat hun aanwijzingen met betrekking tot medicijngebruik door de behandelend psychiater genegeerd worden.



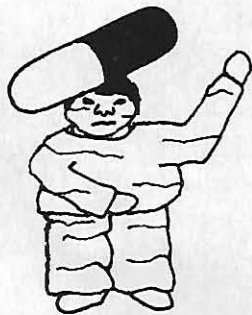
2. *Zelfdoding*, voorzover opgeroepen door de deprimerende omstandigheden tijdens de opname en/of de uitzichtloosheid van de opname. Soms wordt iemand tot zelfmoord gebracht vanwege een overplaatsing of het vertrek van een behandelaar. Onpersoonlijke bejegening, dwang of gebrek

aan aandacht kunnen een patient in de inrichting in een zo sterk menselijk isolement brengen dat hij vlucht in zelfdoding. Soms pleegt iemand zelfmoord tijdens proefverlof, na een mislukte weglooppoging of na heropname, zo groot is bij sommige mensen de angst voor de inrichting! Sommige mensen worden depressief-suicidaal door het gebruik van neuroleptica; anderen waren depressief, maar worden door anti-depressieve middelen voldoende geactiveerd om hun suicide-verlangen uit te voeren. Het is moeilijk te bepalen hoe een opname invloed heeft op suicide-gedrag. Wordt door de opname een voorafgaande suicide-neiging versterkt, roept de opname wel eens suicide-neigingen op, leidt de opname bij het bestrijden van suicide slechts tot uitstel, of is er wezenlijk effect in het opheffen van



kunnen indelen. Neuroleptica zijn van zichzelf al gevaarlijke medicijnen; hun gevaar wordt groter wanneer ze in de acute psychiatrie gebruikt worden in een stoot-therapie: iemand snel met een reeks injecties kalm proberen te krijgen.

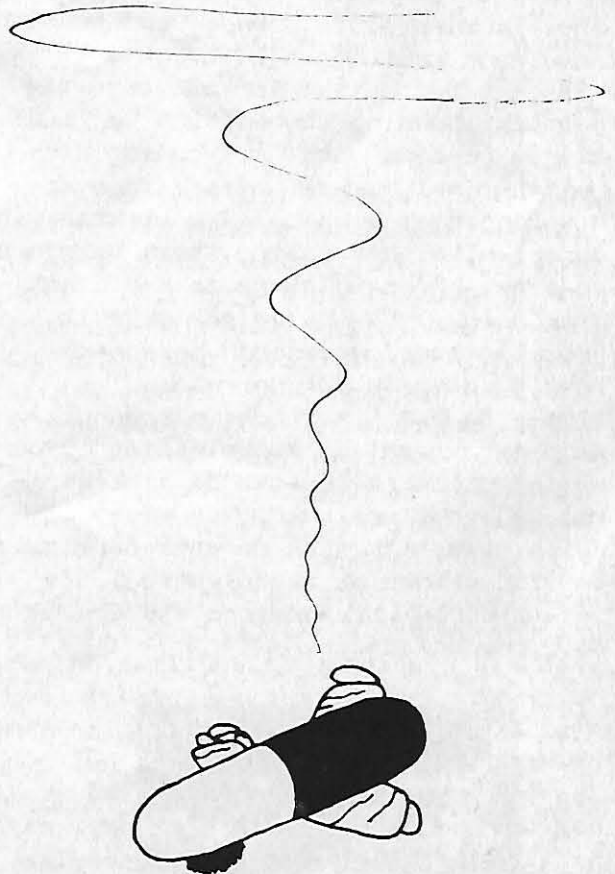
"Platspuiten" wordt soms "Doodspuiten". Haldol^R is in dit opzicht binnen de Amerikaanse alternatieve literatuur berucht aan het worden. Overigens heeft Haldol ook binnen de Clientenbond een zeer slechte naam. Een apart onderdeel vormen de therapeutische experimenten met medicijnen. Experimenten hebben uiteraard onbekende risicofactoren. Maar daarbij hebben ze op patienten een beangstigend effect, dat door de onevenwichtige machtsverhoudingen in de inrichtingen alleen maar groter wordt: psychiatrische patienten *voelen zich niet vrij* onder zulke omstandigheden, zelfs als benadrukt wordt dat zij *vrij zijn* in het geven van toestemming tot onderzoek. Of de onderzoeker weet niet



suicide-neigingen door de opname/behandeling? Van al deze vormen zijn voorbeelden te geven, maar wie kent hun onderlinge verhouding in aantal?

3. (Te) risicovolle behandelingen: shock-therapieën, slaap- en sluimerkuren, stoottherapieën met neuroleptica, therapeutische experimenten c.q. experimentele therapieën.

Dat de electroshocktherapie verantwoordelijk is geweest voor een groot aantal doden, is na de NASA (Nationale Anti Shock Aktie) in 1977 voldoende bekend. Minder bekend is dat ook de vroeger veel toegepaste insulineshocktherapie veel slachtoffers heeft geëist: enerzijds zijn tijdens insuline kuren overdoses voorgekomen, anderzijds is een insulinekuur gevaarlijk, omdat zij suikerziekte kan veroorzaken. In 1980 nog is een jongeman uit Brabant, die in de voorafgaande acht jaren enige insuline kuren had gehad, op een ochtend dood gevonden: de doodsoorzaak bleek een niet eerder geconstateerde suikerziekte te zijn. Verband tussen kuren en ziekte? Sterfgevallen door slaap- en sluimerkuren zou men ook onder het punt medicijnen



dat de door hem benadrukte vrijheid niet feitelijk bestaat. Zo is in 1980 voorgekomen dat een patient die proefpersoon was bij een medicijnenonderzoek, in eerste instantie het onderzoek niet durfde te weigeren omdat hij een machtiging had gekregen na een weglooppoging, en in tweede instantie na weigering dusdanig gepresd werd door het verpleegkundig afdelingshoofd dat hij toch weer het onderzoek door liet gaan. Sindsdien heeft hij enige suicidepogingen ondernomen, waarvan enige maanden later een met dodelijke afloop.

4. *Medicijnen.* Dit is waarschijnlijk de meest voorkomende factor van psychiatrogene sterfte, vaak overigens in combinatie met één van de andere factoren. Omdat ook onbekendheid met de eigen gevaren van medicijnen hierbij een rol speelt, heeft het zin hier een wat uitvoeriger bespreking te geven. In zekere zin is dit een bespreking van bijwerkingen die onder bepaalde complicerende omstandigheden fataal kunnen worden: spierklachten, slikproblemen, ademhalingsmoeilijkheden, braken, darmklachten, hartklachten, verandering in bloeddruk, stoornissen in de regulering van lichaamstemperatuur, beenmerg- en leverversterf, enz. Daaronder komen plotselinge, moeilijk verklaarbare sterfgevallen voor, in de literatuur "*sudden death phenomenon*" genoemd. Soms zijn medicijnen acuut gevaarlijk, soms zit het gevaar in het langdurig gebruik. Sommige combinaties van medicijnen brengen extra risico met zich mee. Let wel, hoewel uiteraard overdoseringen of lichamelijke ziekten van de gebruiker het risico sterk vergroten, gaat het hiernavolgende in hoofdzaak over *normaal therapeutisch gebruik bij voor het overige gezonde personen*, tenzij anders wordt vermeld. Binnen de psychiatrische ziekenhuizen zijn het vooral de neuroleptica en de anti-depressiva, buiten de ziekenhuizen zijn het veelvuldig de slaapmiddelen, tamelijk vaak de anti-depressiva en vrij zelden de neuroleptica, die verantwoordelijk zijn voor sterfgevallen door psychofarmaca.



LITERATUUR OVER GEVAREN VAN MEDICIJNEN

SLAAP- EN KALMERINGSMIDDELEN

1. *Barbituraten* en aan barbituraat verwante slaapmiddelen. Deze middelen hebben de laagste veiligheidsmarge tussen gewone dosis en overdosis. Daarom zijn ze veel gebruikt bij zelfdoding. Maar ook ongelukken zijn veelvuldig voorgekomen, wanneer iemand bv. per vergissing bij het slapen gaan voor de tweede keer de voorgeschreven hoeveelheid innam. Ook komt het wel eens voor dat voor iemand een gewone dosis al dodelijk is. Bij mensen die door de snel optredende gewenning een meer dan gemiddeld hoge dosis voorgeschreven krijgen is dit risico extra groot. De meest voorkomende doodsoorzaak is een sterke bloeddrukverlaging samen met een onderdrukking van de ademhaling. Ook komt bij koude een sterk afkoeling van het lichaam voor. Meestal komt de dood enige uren na het innemen. Combinatie van barbituraten en alcohol is zeer gevaarlijk, reeds bij gewone doses. Speciaal gevaarlijk is Vesparax^R. Het blijkt dat één bestanddeel van Vesparax, het brallobarbital, zich gemakkelijk in het lichaam ophoopt door toevallige omstandigheden, zodat een gewone dosis dodelijk kan worden. De andere stoffen, in Vesparax aanwezig, verhogen dit risico. Ook gevaarlijk is het plotseling stoppen met barbituraten na langdurig gebruik, vooral wanneer hoge doses gebruikt werden. Dit geldt ook voor epileptici die barbituraten gebruiken.

2. *Benzodiazepines* (Valium^R, Temesta^R, Dalmadorm^R enz) als slaap- of kalmeringsmiddel gebruikt. Deze middelen zijn weliswaar minder giftig dan de barbituraten, maar worden toch ook nog vaak gebruikt bij zelfmoordpogingen. Bij therapeutisch gebruik komt ook hier het probleem van de gewenning, die iemand ertoe brengt steeds hogere doses te gebruiken, en van de verslaving, die bij het stoppen heftige ontwenningreacties kan oproepen. Plotseling stoppen na (jaren)lang gebruik van normale of relatief hoge doses kan de dood tot gevolg hebben. Een vrouw vertelde mij hoe haar man na tien jaar gebruik van 15 à 20 mg. Nobrium^R per dag besloot rigoreus te stoppen en toen wel veertien dagen met bijna ondraaglijke krampen het bed had moeten houden, een en ander buiten medeweten van een arts. Daarna

ging zijn werk beter dan in tien jaar mogelijk was geweest. In Frankrijk worden sluimerkuren met hoge doses benzodiazepines gegeven; het is voorgekomen dat na plotseling stoppen met zo'n hoge dosis er dusdanige spierkrampen kwamen, dat een patient hierdoor zijn rug brak. Mij is geen voorbeeld van een dergelijke kuur in Nederland bekend. Van alle psychofarmaca zijn de benzodiazepines het vaakst aanleiding tot verkeersongelukken ("dit geneesmiddel kan de rijvaardigheid beïnvloeden") en ze eisen op die manier ook een groot aantal slachtoffers.



3. *Bèta-blokkers* (Inderal^R, Trasicor^R enz.). Deze middelen worden vooral voorgeschreven bij hartaandoeningen en bij hoge bloeddruk, maar worden in de psychiatrie soms gebruikt tegen angst en spanning, als kalmeringsmiddel dus. Deze vrij nieuwe middelen blijken bij ca. 1 op 80 mensen levensbedreigende bijwerkingen te hebben, met name kan een hartaanval of longoedeem optreden. Stoppen moet geleidelijk gebeuren, want ook bij plotseling stoppen kan een hartaanval optreden. Ook deze middelen zijn al gebruikt bij zelfdodingen.

ANTIDEPRESSIEVE MIDDELEN EN LITHIUM

1. *Tricyclische antidepressiva* en verwant werkzame middelen (Tryptizol^R, Sarotex^R, Anafranil^R, Ludiomil^R enz.).

Deze middelen vertonen in veel opzichten overeenkomst met neuroleptica, maar ze hebben een iets andere hoofdwerking. Bij mensen bleken deze middelen veel giftiger dan op grond van dierproeven verwacht werd. Hierdoor is in het verleden soms gevaarlijk hoog gedoseerd. Omdat door schade en schande bleek dat deze antidepressiva een lage veiligheidsmarge hebben tussen gewone en toxische dosis, wordt thans gewoonlijk zeer voorzichtig gedoseerd. De farmaceutische industrie maakt zelfs al reclame waarin gezegd wordt dat artsen nu vaak te laag doseren om nog anti-depressief effect te krijgen. Belangrijkste doodsoorzaak is hartdood, die bij voorgeschreven doseringen thans niet vaak meer voorkomt. Maar de smalle veiligheidsmarge maakt dat zelfmoordpogingen met deze middelen vaak fataal zijn. Bij overdosis treedt de dood gewoonlijk binnen een paar uur in; een goede behandeling tegen overdosis is er niet, zelfs met intensive care bewaking kan de dood nog tot 4 dagen later intreden. In combinatie met neuroleptica verhogen zij de verderop beschreven gevaren van deze. Combinaties met M.A.O. remmers zijn altijd levensgevaarlijk. Een eigenaardig tweede indicatiegebied van de antidepressiva heeft ook tot veel sterfgevallen geleid. Anti-depressiva bemoeilijken het plassen, daarom worden ze wel tegen bedplassen voorgeschreven. "Snoepen" van de gesuikerde tabletjes heeft menig kleuter het leven gekost, vooral jongere broertjes/zusjes (1-6 jaar) van bedplassertjes.

2. *M.A.O. remmers* ("mono-amine-oxidase remmers"). Deze middelen zijn enige tijd gewoon op recept verkrijgbaar geweest, maar zijn thans opnieuw in onderzoek. Ze gaven aanleiding tot sterke schommelingen in bloeddruk, die vaak fataal werden. Reden hiervan was de sterke interactie met allerlei voedingsmiddelen. Ook voor bloed en lever zijn M.A.O. remmers giftig, dus zelfs met een streng dieet blijven deze middelen gevaarlijk.

3. *Lithium*. Dit middel kan zowel acuut gevaarlijk zijn als na langdurig gebruik een gevaarlijke beschadiging van de nieren of het hart veroorzaken. Onder bepaalde omstandigheden, zoals bij te weinig zout eten of na sterk vochtverlies door bv. diarree, sterk zweten of braken, kan lithium plotseling in giftige hoeveelheden aanwezig zijn. Omdat bij zulke



giftige hoeveelheid het lithium zelf ook aanleiding geeft tot diarree en braken, kan de vergiftiging dodelijk worden, wanneer niet tijdig maatregelen getroffen worden.

Combinaties van lithium en een neurolepticum vergroten het risico, evenals inspanning. In het verleden heb ik zelf naast een vrij lage onderhoudsdosis van een neurolepticum en een gewone dosis van een barbituraat een korte tijd lithiumcarbonaat, opklimmend tot 600 mg/dag gehad. Mijn bloedspiegel Li^+ was nog beneden het therapeutisch niveau. De eerste de beste keer dat ik hiermee tweehonderd meter sprintte - ik heb altijd veel gesport - kreeg ik een drietal steken in mijn hartstreek, ik werd helemaal koud en kon nog net gaan zitten. Even later trok de duizeligheid die mij overviel, weg en voelde ik mijn hart weer kloppen. Ik ben gestopt met lithium en het is niet meer teruggekomen.

Kommentaar van de arts: "je bent er goed vanaf gekomen". In de wetenschappelijke literatuur heb ik niets over zo'n soort combinatie kunnen vinden; kennelijk kunnen toevallige combinaties van medicijnen in op zich ongevaarlijke dosis plotseling zeer gevaarlijk zijn.

NEUROLEPTICA

Van de medicijnen in de psychiatrie zijn de neuroleptica de meest onberekenbare. Hoewel ze niet in dezelfde mate als anti-depressiva bij overdosis tot de dood leiden, geven ze juist relatief vaak bij therapeutische dosering aanleiding tot levensbedreigende bijwerkingen of complicaties. We kunnen sterfgevallen min of meer groeperen

rondom: 1. hartdood en andere "sudden death phenomena", 2. diverse vormen van kwaadaardige koorts en 3. overige.

1. Hartdood en sudden death. Hartdood schijnt tamelijk vaak voor te komen bij het begin van de behandeling met een neurolepticum. Een meisje vertelde mij dat ze enige jaren geleden in het Academisch Ziekenhuis Amsterdam na het drinken van haar eerste dosis van een neurolepticum een hartaanval had gekregen en gereanimeerd was. De verpleegster vertelde haar later: "het was heel spannend, het was de eerste keer dat ik in het echt reanimatie deed". Ikzelf heb het meegemaakt, toen ik na mijn eerste injectie met een neurolepticum wilde gaan slapen, dat ik op het moment van inslapen klaarwakker schoot omdat mijn hart als een razende begon te kloppen en het zweet in straaltjes langs mijn gezicht begon te lopen. De derde keer dat me dat die avond overkwam, probeerde ik mijn pols te tellen: hij was ver boven de 200. Ik heb die nacht, de nacht daarna en een derde nacht niet meer durven slapen en toen kon ik niet meer slapen. Kennelijk is de eerste dosis extra belastend voor het hart. Frappant is dat het hart ontregeld raakte op het moment van ontspannen. Vermoedelijk komt dit vaak voor en zit hierin een onderschatte bron van gevaar: na een crisis die met neuroleptica bezworen wordt is ook de ontspanning daarna nog gevaarlijk.

In Veldwijk, Ermelo is in februari 1982 een jongeman kort na een crisis op de afdeling in de isoleercel eerst slapend en vlak daarna badend in het zweet dood aangetroffen. Sectie kon geen uitsluit-

sel over de doodsoorzaak geven. Ook bij chronisch gebruik van neuroleptica komt hartdood relatief vaak voor. Het is waarschijnlijk de meest voorkomende doodsoorzaak bij gewoon therapeutisch gebruik. Ongeveer de helft van de gebruikers van neuroleptica heeft afwijkingen in het electrocardiogram en vrijwel allemaal hebben ze een licht versnelde pols. Bijkomende factoren kunnen een hartaanval oproepen. Een hoge dosis, een zwak hart, ouderdom, overmatige inspanning, maar ook plotselinge ontspanning en ook het begin van een behandeling brengen extra risico met zich mee. Reden om stoot-therapieën met neuroleptica te vermijden en om de dosis slechts langzaam tot het gewenste niveau op te bouwen. Reden ook om geen grote dwang uit te oefenen bij het toedienen de opwinding en het verzet die de dwang oproept maken het neurolepticum meer gevaarlijk dan heilzaam.

Andere vormen van plotselinge dood, die beschreven zijn: tijdens het eten: hetzij door verslikken, hetzij door stikken in braaksel, hetzij om nog andere onbegrepen redenen (de normale slik- en hoestreflexen schijnen door de medicijnen verstoord te zijn); hart-infarkt en hersen- of long-embolie (de medicijnen kunnen aanleiding geven tot vorming van bloedstolsels).

2. *Kwaadaardige koorts.* Neuroleptica ontregelen de temperatuurregulatie van het lichaam. Onder bepaalde omstandigheden kan dit ertoe leiden dat koorts levensgevaarlijk wordt. Hier valt nog onderscheid te maken tussen: a. koorts ten gevolge van een infectieziekte, b. koorts door zonnesteek (men krijgt door het neurolepticum bij warm weer gemakkelijk een zonnesteek) en c. het "neuroleptic malignant syndrome", waarbij er zonder duidelijke oorzaak plotselinge koorts ontstaat, gepaard met andere symptomen. Het is verstandig bij koorts, ook bij lichte koorts door griep enz., onmiddellijk een arts te waarschuwen. Vooral wanneer er voor de koorts geen duidelijke aanleiding is, moet men niet wachten: er kan dan sprake zijn van het neuroleptic malignant syndrome: een plotselinge aanval van koorts die binnen 12 tot 24 uur op kan lopen tot 40 - 41° en die binnen 24 tot 48 uur tot de dood kan leiden. Vooral in de beginperiode van de behandeling met een neurolepticum kan dit optreden (meestal tussen de 5e en de 15e dag,

soms al binnen twee dagen na aanvang van de behandeling), maar ook na langdurig gebruik komt het regelmatig voor. Soms gaat er één of meer van de volgende symptomen aan vooraf: algehele spierstijfheid, dichtgeknepen keel, slikproblemen, kwijlen, snelle hartkloppingen, overdadig zweten, bewustzijnsveranderingen, ontregeling van sommige organen of klieren. De doodsoorzaak is meestal secundair: hartdood, hersenbloeding, falende ademhaling. Achteraf kan het neuroleptic malignant syndrome niet door sectie vastgesteld worden. Caroff noemt het een onvoldoende herkend en te weinig gediagnosticeerd syndroom, maar benadrukt dat tijdig herkennen essentieel is om fatale afloop te voorkomen. Een eerste ingreep is het stoppen met de toediening van het neurolepticum. Helaas doen zich hierbij twee problemen voor: allereerst worden de symptomen van het syndroom vaak opgevat als symptomen van de psychiatrische aandoening; en ten tweede is het bij depôtneuroleptica niet mogelijk de behandeling af te breken: de medicijnen zitten voor weken in het lichaam. Volgens Caroff komt het bij Haldol^R, dat in de acute psychiatrie veel gebruikt wordt, voor bij 1 op 100 à 200 patienten bij gewone therapeutische dosis. Van de mensen die het neuroleptic malignant syndrome krijgen, sterft bij behandeling nog ca. 14% als ze orale neuroleptica gebruikten en ca. 38% als ze depôtneuroleptica gebruiken. Ook bij goede behandeling blijven na het staken van de neuroleptica de symptomen 5 à 10 dagen in het geval van orale, en 10 à 30 dagen in het geval van depôtneuroleptica. Het risico van neuroleptic malignant syndrome is vooral groot bij een stoottherapie met een neurolepticum vanwege de hogere doseringen en vanwege de veelvuldigheid van veranderingen in gedrag en lichaamsfuncties tijdens zo'n stoottherapie, waardoor de symptomen van het neuroleptic malignant syndrome onopgemerkt kunnen blijven. Gedwongen toediening maakt het risico groter door de opgeroepen opwinding en het verzet. Het lijkt er op dat mensen die last hebben van de zogeheten "late bewegingsstoornissen" (tardieve dyskinesie, een blijvende bijwerking van neuroleptica na langdurig gebruik, die de karakteristieken van een ontwenningverschijnsel vertoont) meer risico lopen last te krijgen van enige vorm van kwaadaardige koorts. Inspecteur Pleiter van de in-

spektie Geestelijke Volksgezondheid Gelderland e.o. wees mij erop dat waarschijnlijk ook een snelle verandering van neurolepticum extra risico van het optreden van het neuroleptic malignant syndrome geeft. Enige tijd geleden is op een biopsychiatrische bijeenkomst (Lundbeck symposium, Utrecht, april 1981) een overzicht gegeven van de medische aspecten van het neuroleptic malignant syndrome en is een Nederlands-talige publikatie hierover verschenen.

3. *Overige doodsoorzaken* in verband met het gebruik van een neurolepticum. Deze zijn uiteenlopend van aard. Vroeger werden nogal eens leveraandoeningen gerapporteerd, maar die schijnen aan bijkomende omstandigheden (verontreinigingen in de farmaca) geweten te moeten worden. Afsterven van het beenmerg wordt gerapporteerd: dit maakt de patient gevoelig voor infectieziektes die rechtstreeks of vanwege de bijkomende koorts dodelijk kunnen zijn.

Schattingen van dit risico noemen 1 op 1000 à 10.000 patienten. Neuroleptica kunnen een epileptische aanval oproepen, ook bij mensen die geen vallende ziekte hebben; soms is zo'n aanval dodelijk. Neuroleptica geven vrij algemeen aanleiding tot verstopping; soms blijft de ontlasting zo lang uit dat de ingewanden verlamd raken en een aantal keren heeft dit tot de dood geleid. Het probleem van verstopping is groter wanneer neuroleptica gekombineerd worden met anti-Parkinson middelen of met andere psychofarmaca. Mensen die geoperreerd moeten worden, terwijl ze neuroleptica gebruiken, lopen extra risico van post-operatieve complicaties met dodelijke afloop. Neuroleptica, met name depôt-neuroleptica, kunnen mensen dusdanig neerslachtig maken, dat ze zelfmoordneigingen krijgen. Na langdurig gebruik van neuroleptica neemt de kwetsbaarheid voor lichamelijke aandoeningen toe. Men zou daarom kunnen stellen dat chronisch gebruik van neuroleptica de levensverwachting korter maakt.

AMERIKAANSE CIJFERS

Over Amerika heb ik de volgende gegevens gevonden in "On the Edge" van juni 1981, de nieuwsbrief van de BACAP (Bay Area Committee for Alternatives to Psychiatry, San Francisco; De BACAP maakt deel uit van het "Internationale Netwerk: Alter-

natieven voor de Psychiatrie", dat o.a. mede-organisator is geweest van het kongres: "Kleinschaligheid in de Psychiatrie" in Leuven, sept. 1981). In één enkel ziekenhuis, het NSA (NAPA State Hospital in Californië), stierven in de drie-jaren periode 1973-1976 gemiddeld 70 patienten per jaar. Een onderzoeksteam heeft uitgezocht dat in 25 gevallen het gebruik van medicijnen volgens opdracht van een arts, in 11 gevallen toediening van medicijnen op initiatief van een verpleegkundige een verdachte rol heeft gespeeld. Sindsdien is een speciale onderzoeker aangesteld, extra personeel aangesloten, het oude personeel nageschoold en het aantal patienten in het ziekenhuis omlaag gebracht. Dit heeft het aantal sterfgevallen terug doen lopen naar ca. 30 per jaar. Toch geven ook nu nog de officiële doodsoorzaken een vertekend beeld van de rol van medicijnen. Van de 59 doden in NSH in de twee-jaren periode 1979-1980 waren er 4 opgegeven als verstikking, 9 als hartdood, 4 als falende ademhaling, 3 als post-operatieve complicatie en 3 als "sudden death", terwijl er slechts één als "waarschijnlijk veroorzaakt door medicatie" opgegeven was. Bij navraag bleek dat de direktie bij deze 23 van de 59 doden niet positief kon uitsluiten dat medicatie een rol heeft gespeeld. Ook gegevens over iatrogene sterfte buiten de ziekenhuizen zijn in Amerika schaars. Dat het hier genoemde probleem echter niet gering is, moge blijken uit nog een tekst uit genoemd "On the Edge", dat een citaat geeft uit "The organised drugging of America" van P.B. Chowka, East West Journal, maart 1979, p. 34: "Op grond van statistieken verzameld in 24 steden tussen mei 1976 en april 1977 heeft het National Institute of Drug Abuse een schatting gemaakt dat er 5.800 sterfgevallen in verband staand met medicijngebruik waren in eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen voor 16 van de meer algemeen gebruikte psychiatrische medicijnen. De statistieken vermelden niet de sterfgevallen door deze medicijnen op plaatsen elders dan in eerste hulp afdelingen; evenmin gaven deze statistieken aan hoeveel van deze sterfgevallen waren veroorzaakt door opzettelijke overdosering en hoeveel door gebruik volgens voorschrift van artsen. De cijfers voor sterfgevallen in verband staand met psychiatrische medicijnen, splitsen uit als volgt:

neuroleptica: melleril: 200, largactil: 100 - kalmeringsmiddelen: valium: 900, librium: 200, meprobamaat-houdende middelen: 200 - antidepressiva: amitriptyline-bevattende middelen (in Nederland tryptizol, sarotex, mutabon, limbritol): 700, sinequan: 200 - slaapmiddelen: seconal: 800, nembotal: 600, luminal: 500, tuinal: 500, amytaal: 300, methaqualon-bevattende middelen (in Nederland revonal, mandrax en metodril): 100, doriden: 100, dalmadorm: 100.

In dezelfde periode waren er 1700 sterfgevallen in eerste hulp afdelingen in verband staand met het gebruik van heroïne-morfine, dat is 4100 minder dan de geschatte 5800 doden in verband staand met het gebruik van psychiatrische medicijnen."

Omgerekend naar Nederland zou dat neerkomen op ruim 300 doden door psychiatrische medicijnen per jaar in de ambulante situatie.

NAWOORD

In 1976 hebben Giel en Van Wierden-Dijkstra reeds geschreven over een verhoogde sterfte in psychiatrische ziekenhuizen. Zij eindigen hun artikel met de passage: "Samenvattend kunnen we stellen dat ook in Nederland de sterfte onder opgenomen patienten nog steeds veel groter is dan in de bevolking. Het verschijnsel dat vooral bij de wat jongere leeftijdsklassen opvalt is lang niet alleen aan zelfmoord of aan organische psychosen te wijten. De vraag of het gaat om een door iemands psychische toestand lang onontdekt blijven ervan, verdient nadere bestudering".

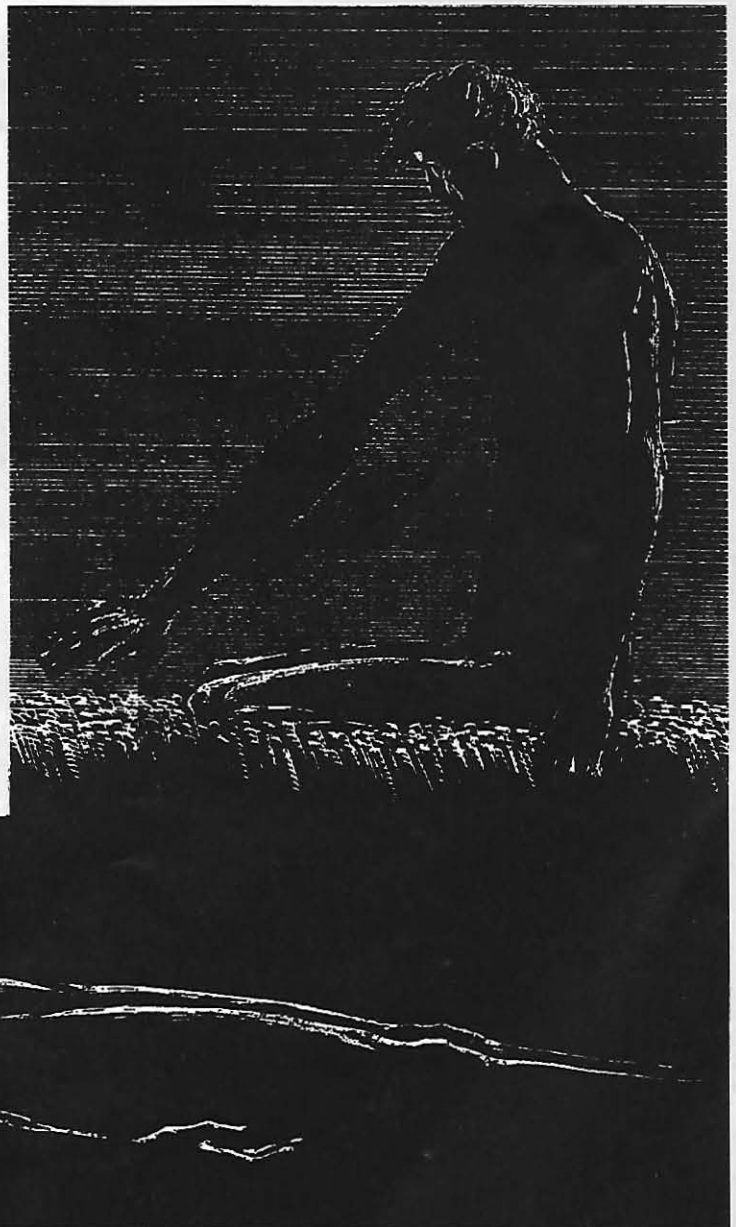
Na het bovenstaande moge duidelijk zijn dat ook de rol van de psychiatrische bemoeienis als faktor voor een verhoogde sterfte bestudering verdient. Het hier gestelde probleem, hoewel misschien niet van de eerste orde, is belangrijk ge-

noeg om niet te veronachtzamen. Ik heb in mijn artikel gepoogd vanuit verschillende invalshoeken een afschatting te maken en risico's aan te geven op grond van eigen gegevens en eigen ervaring gekombineerd met literatuurgegevens. Moge het dienen tot een aanzet van discussie, van wetenschappelijke uitdieping, maar vooral van feitelijke verbeteringen.

Ik dank D. Breur en B. Muller voor het verstrekken van literatuur, de vele zegslieden voor hun informatie, A.J. Heerma van Voss voor zijn nuttig kommentaar, en Dr. Pleiter, inspecteur van de Geestelijke Volksgezondheid Gelderland voor het kritisch doornemen van het manuscript.

Dit artikel is opgedragen ter nagedachtenis aan J.S.

Henk van Gaal



LITERATUUR

- M. Bourgois, J. Tignol en P. Henry, *Syndromes malins et morts subites au cours des traitements par neuroleptiques simples et retard.* Ann. Médicopsychologiques 129 (1971) 729-746
- M.H. Bickel, *Poisoning by tricyclic antidepressant drugs.* Int. J. Clin. Pharmacol. 11 (1975) 145-175 (no. 2).
- D.H. Briggs, *Consumer's guide to psychiatric medication*, uitg. Project Release, P.O. Box 396, For Station, New York, N.Y. 10022, USA (1978) 44p.
- Dr. Caligari (pseudoniem van D.L. Richman, arts, vaste correspondent van Madness Network News), *Psychiatric Drug Deaths.* In "On the Edge". newsletter of the BACAP, 944 Market st. Rm 701, San Francisco, CA 94102, USA, vol. 2 nr. 1, juni 1981, p. 4-6.
- S.N. Caroff, *The neuroleptic malignant syndrome.* J. Clin. Psychiatry 41 (1980) 79-83.
- N.O. Fowler, D. McCall, Te-Chuan Chou, J.C. Holmes en I.B. Hanenson, *Electrocardiographic changes and cardiac arrhythmias in patients receiving psychotropic drugs.* Am. J. Cardiology 37 (1976) 223-230.
- W.H. Frisman, *Clinical pharmacology of the beta-adrenoceptor blocking drugs.* Uitg. Appleton-Century-Crofts, New York (1980) 221 p.
- Dr. H.J. Gelmers en A. de Smit, *Het "maligne" neuroleptische syndroom.* Ned. Tijdschrift Geneesk. 125, nr. 38 (1981) 1535-1538.
- R. Giel en J.R. van Wierden-Dijkstra, *Mededelingen uit het centrale patiënten register voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken (9).* Tijdschr. Psychiatrie (1976) 364-367.
- L. Grunhaus, S. Sancovici en R. Rimon, *Neuroleptic malignant syndrome due to depôt flufenazine.* J. Clin. Psychiatry 40 (1979) 99-100.
- K.L. Jones, L.W. Shainberg en C.O. Byer, *Byer, Drugs and alcohol.* uitg. Harper and Row, New York (1979) 214 p.
- B.A. van der Kolk, R.I. Shader en D.J. Greenblatt, *Autonomic effects of psychotropic drugs.* In: "psychopharmacology: a generation of progress", Uitg. Raven Press, New York (1978) 1009-1020.
- J.E. Leestma, *Sudden death and phenothiazines.* Arch. Gen. Psychiatry 18 (1968) 137-148.
- P. Lemoine, *Psychotropes et régulation thermique, I- Les Psycholeptiques.* J. Eur. Tox. 6 (1973) 5-23.
- R. Peele en I.S. Von Loetzen, *Phenothiazine deaths: a critical review.* Am. J. Psychiatry 130 (1973) 306-309.
- H.M. van Praag, *Psychofarmaca*, Uitg. van Gorcum, Assen (1977) 400 p.
- T. Silverstone en P. Turner, *Drug treatment in psychiatry.* Uitg. Routledge & Kegan Paul, London (1978) 268 p.
- K. Solomon, *Phenothiazine-induced bulbar palsy-like syndrome and sudden death.* Am. J. Psychiatry 134 (1977) 309-311.
- T.D. Yih en J.M. van Rossum, *Peculiar pharmacokinetics of brallobarbitol as source of complication of Vesparax^R intoxication.* Xenobiotica 6 (1976) 355-362.



Statistische gegevens ontleend aan:
jaarverslagen 1978-1979 van inrichtingen,
en aan:

- Overzicht gegevens Psychiatrische Instellingen in Nederland 1978, uitgave Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne;
- Patiëntenregistratie psychiatrische instituten 1977, uitg. Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

DEEL II

ACHTERGRONDEN

Medicijn-lied van de Klap-band, (Kollektief Landelijke Aktiegroepen Psychiatrie), behorende tot het vaste repertoire van het Vrolijk Verzetskoor uit Nijmegen.

Shock's en drugs en tryptizol

(melodie: sex en drugs en.....
GRUPPO SPORTIVO)

'shocks en drugs en tryptizol
maakt m'n hele hoofd op hol
librium en disipal
't is toch echt te mal

en de psychiater
krijgt het voor elkaar
zegt het gaat om later
nu voel ik me raar
als je te vaak neuken wil
krijg je frenactil
hé krijg jij chloral hydraat
ben jij soms een psy-cho-paat

s'resta en akineton
aan de hemel staat de zon
en een spuit vol tofranil
rechtsstreeks in je bil

mocht dit ook niet baten
geeft het je geen rust
hou dan in de gaten
word je meer bewust
word je hier soms manies van
vraag om fenegan
helpt dit middel ook niet meer
duik dan in de i-so-leer



wees toch baas in eigen brein
die rotzooi hellept niet
wat j'ook doet beslis toch zelf
psychiaters deugen niet
laat je niet bedillen
wees toch echt je eigen baas
dwang is wat ze willen
lap het echt maar aan je laars
piano/gitaarspel
van een depôt-preparaat
word je werkelijk nooit meer kwaad
depressief! wel, zéér probaat:
litjum carbonaat

al die vieze pillen
slik ze toch niet meer
't is toch om te gillen
ja daar gaan we weer
ach die pillen helpen niet
voor uw pijn en uw verdriet
ga er liever maar vandoor
want dat is het beste hoor

Valium en nozinan
daar word je krankzinnig van
serenase, melleril
maakt je echt wel stil.....

Wat niet is, kan nog komen

Uit: Eindrapport Werkgroep Rechtspositie Patientten in Psychiatrische Ziekenhuizen, januari 1980 (Eindrapport "Commissie van Dijk")

Medikatie

BESCHOUWING

Bij de verdere besprekingen over dit onderwerp bleek de noodzakelijkheid om de op te stellen aanbevelingen exact en scherp te formuleren.

AANBEVELINGEN

1. Ter bevordering van de zorgvuldigheid en de mogelijkheid van controle dienen schriftelijk vastgelegde regels omtrent voorschrijven en toedienen van geneesmiddelen aan patiënten te bestaan. Dit principe geldt te meer bij psychofarmaca of middelen die daarmee gelijkgesteld kunnen worden, daar deze een uitwerking hebben op de psychische functies van de patiënt (zoals het oordeelsvermogen).
2. In het psychiatrisch ziekenhuis dienen geschreven voorschriften aanwezig te zijn, die het verloop van de geneesmiddelenverstrekking regelen vanaf de apotheek of het depôt tot de toediening aan de patiënt.
3. De voorschriften moeten van dien aard zijn dat steeds duidelijk is, welke medicus het geneesmiddel voorgeschreven heeft. De verantwoordelijke medicus dient aandacht te besteden aan de onverenigbaarheid van geneesmiddelen, dat wil zeggen aan schadelijke gevolgen, die kunnen optreden als bepaalde geneesmiddelen tesamen worden gegeven. De voorschriften dienen een strikt verbod in te houden voor iedere niet-medicus om geneesmiddelen, die niet door een arts zijn voorgeschreven, aan patiënten te verstrekken of doseringen te wijzigen.
4. De voorschriften dienen te regelen, dat van het voorschrijven van geneesmiddelen aantekening wordt gehouden. Deze registratie dient op overzichtelijke wijze op naam van de patiënt te geschieden en in zijn medisch dossier te worden opgenomen. Voor de vereiste bereikbaarheid van deze registratie dient gezorgd te worden.
5. De leiding van het psychiatrisch ziekenhuis dient maatregelen te nemen dat de in het ziekenhuis werkzame artsen zich voldoende op de hoogte kunnen stel-

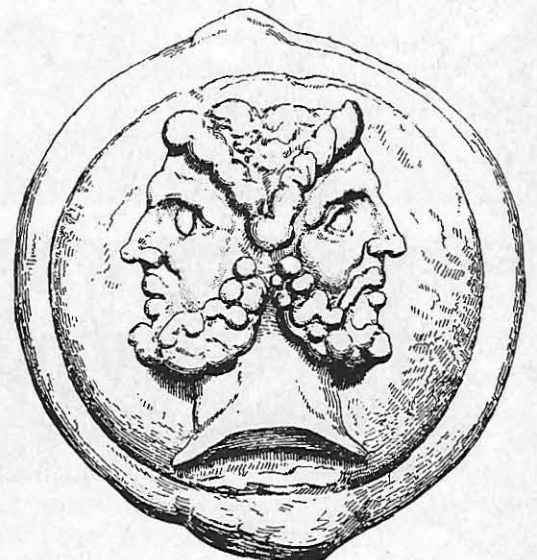
len van de werking en de bijwerkingen van de geneesmiddelen en van de gevolgen van het toedienen tesamen met andere geneesmiddelen of stoffen.

In verband met de observerende aspecten van de taak van de verpleegkundigen dienen ook zij in de gelegenheid gesteld te worden zich op de hoogte te stellen van de werking en bijwerkingen van medicijnen, hetgeen uiteraard de verantwoordelijkheid van de medicus onverlet laat.

6. Aan de patiënt wordt voorlichting verstrekt omtrent het doel van het voorschrijven van het geneesmiddel, alsmede omtrent de werking en de bijwerkingen ervan. Met zijn goetvinden kunnen familie c.q. belangenbehartigers hierover geïnformeerd worden.

7. Uit de voorschriften moet duidelijk zijn, dat door de leiding van het psychiatrisch ziekenhuis elke toediening van (genees)middelen, welke niet een de gezondheid bevorderend doel heeft, afgekeurd wordt.

8. Uiterste zorgvuldigheid moet in acht genomen worden bij het verstrekken van placebo's, zodat de patiënt niet benadeeld wordt. Het toedienen van placebo's dient te worden stopgezet zodra geconstateerd wordt dat de toestand van de hulpvrager achteruit gaat en/of als de hulpvrager meedeelt geen baat te ondervinden bij de middelen die hij voor medicijnen houdt.



Wat wij ervan vinden

Stellingen over medicijnen uit het "Manifest Patiëntenrecht
in de Geestelijke Gezondheidszorg" februari, 1981

STELLING 16

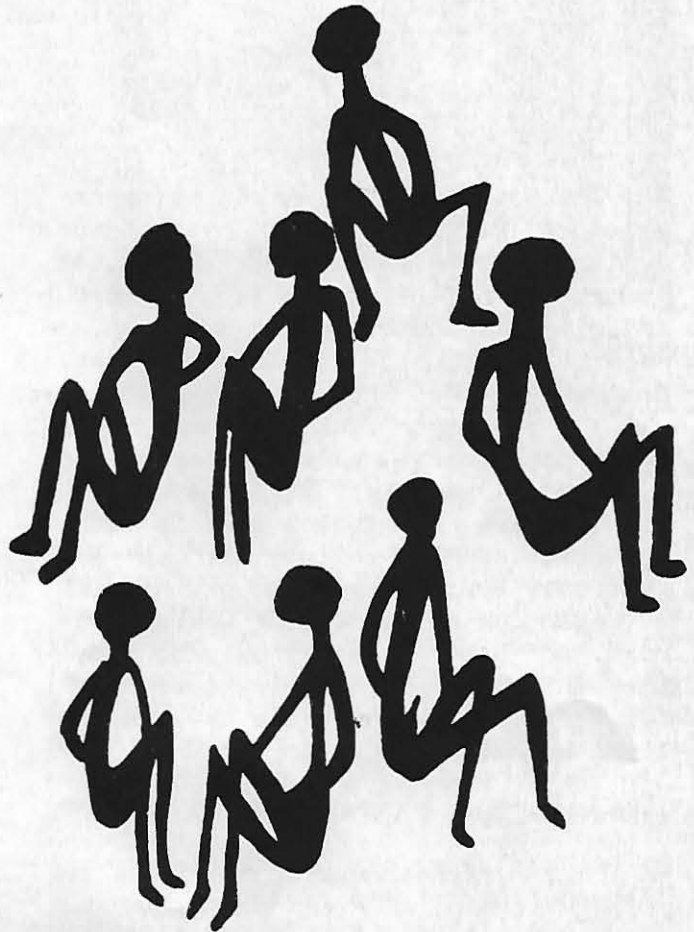
Er dient een landelijke kontrôlekommissie te komen voor toezicht op medicijnen waarin ook patiëntenorganisaties zitting hebben. Vastgesteld dient te worden welke medicijnen er in Nederland verkocht mogen worden, welke informatie over de bijwerking daarbij verstrekt moet worden en in welke situaties ze mogen worden gebruikt en toegediend. Tevens dient deze kommissie toezicht te houden op de prijs en de reclame van de in Nederland verkochte medicijnen. Er moet een kode komen voor onderzoek op het gebied van medicijnen.

STELLING 17

De farmaceutiese industrie moet worden genationaliseerd.

STELLING 18

Medicijnen die blijvend hersenletsel (tardive dyskinesia) of ander letsel tot gevolg kunnen hebben, dienen bij de wet te worden verboden. Overtreding van medicijnverboden moeten strafbaar zijn. De overtreder moet ontzegt worden uit de medische stand.



STELLING 19

Bij het toedienen van (kombinaties van) medicijnen moet men aan de patiënt en zijn/haar eventuele vertrouwenspersoon alle informatie verstrekken over eventuele bijwerkingen die het lichaam, het gevoelsleven en het gedrag beïnvloeden.

STELLING 20

Elke patiënt heeft het recht elk medicijn te weigeren. Dwangmedikatie moet bij de wet verboden worden.

STELLING 27

Wetenschappelijke experimenten op psychiatrische patiënten moeten bij de wet verboden worden.



Medicijnen in de psychiatrie, wetenschappers en gekkenbeweging

*Er zijn twee bronnen van geestelijke gezondheid:
die van buiten af, waardoor wij ons laten bepalen
en die van binnen uit, waardoor wij onszelf bepalen.*

vrij naar Henri Bergson

Uit: Wetenschap en Samenleving, 1981/10

Men kan aan wetenschappers drie onderscheiden (maar niet altijd gescheiden) rollen toeschrijven met betrekking tot medicijnen en de samenleving: 1. de ontwikkeling, 2. de verspreiding, en 3. de (kritische) beoordeling. In het eerste deel worden deze activiteiten beschreven. Ze zijn niet specifiek voor medicijnen in de psychiatrie, maar de voorbeelden zijn zoveel mogelijk uit de psychiatrie gekozen. Het tweede deel is een reflectie op deze rollen. Dit gaat geheel over medicijnen in de psychiatrie en omvat ook de rol van de Gekkenbeweging. Aan het slot staat de geschiedenis van het eerste neurolepticum Largactil^R (1), waarin men de verschillende aspecten terug kan vinden.

I. DIRECTE ROL VAN WETENSCHAPPERS

*De wetenschapper als ontwikkelaar van
'behandeling met medicijnen'*

In de geschiedenis van de medikamenteuze behandeling van psychiatrische aandoeningen kan men twee mijlpalen aanwijzen: in de jaren '30 de ontdekking van het insulinetekort als oorzaak van suikerziekte en de daaropvolgende synthese van insuline; en in de jaren '50 de ontdekking van de antipsychotische werking van Largactil^R.

Suikerziekte als een ontregeling van het insuline- en suikergehalte in het lichaam gaat gepaard met psychische afwijkingen. Door de regulering van het insuline en suikergehalte van buitenaf verdwijnen de psychiatrische symptomen geheel zonder dat bij goed gebruik bijwerkingen optreden, en ongeacht de oorzaak van de suikerziekte. Insuline zou dan ook als een verworvenheid van de biologische psychiatrie gezien kunnen worden.

Naar het voorbeeld van de suikerziekte wordt door de biologische psychiatrie gezocht naar de processen die ontregeld zijn bij andere psychiatrische aandoe-

ningen zoals 'schizofrenie', manisch-depressieve psychose' en 'depressie', ongeacht de psychiatrische aandoening. Zij hopen door regulering van deze ontregelde processen met lichaamseigen stoffen van buitenaf de psychiatrische symptomen te onderdrukken.

Nadeel van een dergelijk van buitenaf reguleren van lichaamseigen processen is dat het lichaam zijn eigen regulerende vermogen langzaam of snel kwijt kan raken. Het 'Rennie-effekt': door overmatig maagzuur steeds met Rennies weg te nemen, gaat het lichaam meer en meer maagzuur produceren, zodat het probleem alsmear groter wordt. Bij insuline: wanneer het lichaam te weinig insuline maakt en men insuline bij geeft, dan kan het gebeuren dat het lichaam geheel stopt met insuline maken.

Een rol van wetenschappers is het opsporen van zulke ontregelde processen, om vandaaruit tot een *rationele medikamenteuze behandeling* te komen, d.w.z. een behandeling, die rechtstreeks in-



grijpt in de biologisch aanwijsbare veranderingen die bij een (psychiatrische) aandoening gekonstateerd kunnen worden. Zo is een koortswerend middel bij longinfectie met hoge koorts een rationele behandeling, maar een antibioticum een kausale behandeling.

We maken hier het onderscheid tussen kausale en rationele behandeling: zolang niet met een kausale behandeling een eind aan de 'ziekte' of 'aandoening' gemaakt kan worden, is een rationele behandeling het meest aangewezen, maar méér dan een uitstel van symptomen mag men gewoonlijk niet verwachten.

Largactil als middel tegen psychosen is op geheel andere wijze als chemotherapeuticum in de psychiatrie terechtgekomen. Een oude medicamenteuze behandeling bij psychosen was de slaapkuur met barbituraten.

Laborit, een franse marine-arts, ontdekte dat Largactil een soort kunstmatige winterslaap veroorzaakte. Naar analogie van de slaapkuur probeerde de psychiater Deniker met Largactil een soort winterslaapkuur te geven aan psychotische patienten en vond toen dat Largactil anti-psychotische werking had. Ironie: Largactil wordt bij koel weer redelijk goed verdragen, maar geeft bij warm weer klachten; het leidt tot een verhoogd risico van zonnesteek, vanwege een ontregeling van de regulatie van de lichaamstemperatuur, maar nú wordt dit gezien als een storende, soms zelfs gevaarlijke bijwerking: in Amerika zijn ooit tijdens een hittegolf tientallen doden door zonnesteek gevallen in psychiatrische ziekenhuizen. Nu nog sterven jaarlijks in Nederland meerdere mensen door 'overkoorts' (hyperthermie) bij een zonnesteek of een koortsinfectie tijdens het gebruik van een neurolepticum. Speciaal depotneuroleptica zijn hierbij gevaarlijk vanwege hun lange verblijf in het lichaam: men kan niet zoals met de orale neuroleptica de medikatie stoppen bij een koortsaanval.

Na het succes met Largactil is er op grote schaal gezocht naar chemisch analoge verbindingen met dezelfde, maar selektievere anti-psychotische werking en later ook naar chemisch andere verbindingen die anti-psychotisch zouden kunnen werken. Nadeel hierbij is dat een vreemde stof altijd ongewenste reacties van het lichaam zal oproepen, reden waarom soms gesproken wordt van *symptoom-*



verschuiving: de bijwerkingen zijn (bijna) net zo erg als de kwaal: we hebben hier te kampen met de 'wet van behoud van ellende'. Tweede nadeel is het genoemde 'Rennie-effekt': neuroleptica zijn weliswaar, niet gewennend, maar het lichaam (de mens) verliest langzaam maar zeker zijn eigen afweer tegen de psychose bij chronisch gebruik van een neurolepticum.

Een andere rol van wetenschappers is dus het zoeken naar *analogen van bestaande behandelmethodes*, analogen van bestaande medicijnen, die mogelijk een betere (selektievere) werking zouden kunnen hebben. Deze aanpak leidt snel tot nieuwe medicijnen van een oud soort, de kans op vernieuwende resultaten is klein. Deze aanpak wordt door veel farmaceutische industrieën gevolgd. Marginale verbeteringen kunnen tot een verovering van de markt leiden en zijn dus kommercieel aantrekkelijk.

De wetenschapper als bevorderaar van het proces van verspreiding op grote schaal van medicijnen in de maatschappij

Is eenmaal een middel in het laboratorium chemisch, biologisch, farmakologisch en toxikologisch onderzocht (gemiddeld duurt zo'n onderzoek in totaal bijna 10 jaren) dan komt het middel van de ontwikkelingsfase in de fase van gebruik, waarbij een heel proces van implantatie in de maatschappij op gang komt. De wetenschapper begeleidt dit proces, of bevordert het zelfs.

We kunnen hierbij min of meer drie hoofd-fases onderscheiden:

- de fase van het klinisch onderzoek van het middel op mensen: een vooral medisch getinte fase;
- de procedure rond de registratie van het middel als medicijn: een vooral juridisch getinte fase;
- en tenslotte de marketing van het middel: een vooral maatschappelijke fase, of zouden we moeten zeggen een economische fase?

Gewoonlijk merkt men van de ontwikkel-fase zeer weinig; de implantatie in de maatschappij is een veel opvallender gebeuren, met name de fase van klinisch onderzoek, en later de fase van marketing.

Veelvuldige vraagtekens bij klinisch onderzoek: hoe uitgebreid moet zulk onderzoek zijn om waarde te hebben (meer dan 60% der klinische onderzoeken wordt gedaan op aantallen, die te klein zijn om tot statistisch significante konklusies te kunnen komen), hoe belastend mag klinisch onderzoek zijn voor de patient, hoe garandeert men vrijwilligheid van de patient bij klinisch onderzoek, enz.?

Misschien nog wel meer vraagtekens bij de marketing: het 'pushen' van een middel door tendentieuze reclames, inspelend op de heersende wetenschappelijke of medische ideeën van een bepaalde tijd: 'tranquillizers zijn lapmiddelen, maar helaas vaak onmisbaar: Reapam^R, de tranquillizer voor alledag' (over Reapam^R in 1976); 'de witte tabletten van 2,5 en 10 mg. maken het mogelijk de dosering te wijzigen zonder dat de patient dit bemerkt' (over de tranquillizer Stesolid^R in 1977); 'dat het lichaam waarschijnlijk zelf benzodiazepine-achtige stoffen aanmaakt' (1981, over Reapam^R).

Het verzwijgen van bijwerkingen: bij de neuroleptica in het Repertorium Verpakte Geneesmiddelen 1975 staat alleen bij Dartal^R iets over het volgende onderwerp in deze bewoordingen: 'Toxische huidreacties of oogklachten bij het verplegend personeel zijn niet gerapporteerd', m.a.w. van andere neuroleptica wordt dit wel gerapporteerd, maar niet in het Repertorium. Verderop komt nog het commentaar over de 'late bewegingsstoornissen' na langdurig gebruik van neuroleptica.

De wetenschapper als beoordelaar

Het medicijn in ontwikkeling en toepassing/marketing wordt konstant kritisch begeleid. De industrie zelf, de overheid, de universiteiten, de arts-voorschrijver en konsumentenvoorlichters, zelden nog de patient-gebruikers, spelen hierbij een rol. Binnen de industrie is de beoordeling vooral gericht op de verkoopbaarheid en de toelaatbaarheid. Een goed produkt zonder afzetmogelijkheid

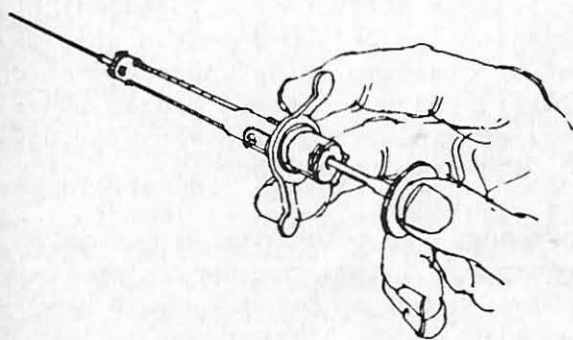


of winstmogelijkheid krijgt nauwelijks aandacht. Een tak binnen de theoretische farmakologie, bekend als het vak 'drug design' (medicijntwerp) heeft zich in het recente verleden hierdoor meer-malen in de vingers gesneden. De universitaire werkgroepen publiceerden vrijelijk over de voorspelde werking van nog niet bestaande verbindingen. Toen daarna industriële laboratoria sommige van deze verbindingen hadden gesynthetiseerd, bleek dat deze verbindingen niet meer gepatenteerd konden worden, omdat de werking reeds in een publikatie beschreven, althans voorspeld was. Zonder een patent op een middel kan iedere concurrent het middel vrij in de handel brengen. Dit leidde ertoe dat geen enkele firma nog geld en tijd wilde steken in de tien jaar farmakologisch-toxicologisch onderzoek. Diverse mogelijk goede geneesmiddelen zijn hierdoor nooit nader onderzocht. Er zijn nu internationale afspraken gemaakt, dat degene die voorspellingen over een mogelijk goed medicijn doet, ook zelf ervoor zorgt dat het middel gemaakt en gepatenteerd wordt.

De overheid heeft inbreng in de beoordeling van een middel via de registratieprocedure, maar doet gewoonlijk alleen ja/nee uitspraken op basis van

de door de industrie verstrekte gegevens. Een latere evaluatie geschiedt via het Geneesmiddelenbulletin, uitgegeven door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mede vanuit een behoefte tot objectieve informatie.

De *Universiteiten* zijn in principe uitermate geschikt om als beoordelaars op te treden vanwege het samenspel tussen preklinische laboratoria en klinische afdelingen, dat binnen de universiteiten gewoonlijk beter is/zou kunnen zijn dan bij farmaceutische industrieën, die immers geen ziekenhuizen hebben. Naast het klinisch onderzoek voorafgaand aan de registratie, hebben de universiteiten ook een belangrijke taak bij het kritisch volgen van het middel ná de registratie. In feite gebeurt veel universitair onderzoek aan oude middelen, omdat na de verspreiding op grote schaal vaak nieuwe aspecten van het middel aan het licht komen. Een deel van de aspecten betreft nieuwe, zeldzame bijwerkingen en bijwerkingen na langdurig gebruik, een deel ervan betreft de informatie die uit de werking van een medicijn te halen valt over de ziekte en zijn verloop (en waar het psychofarmaca betreft, over de moleculaire aspecten van de hersenwerking). Pas de laatste jaren komt *Kritische konsumentenvoorlichting* bij medicijnen in zwang. De verplichte bijsluiter kennen we in Nederland nog maar sinds kort, en erg kritisch is



deze gewoonlijk niet. Medicijnwinkels, de boeken van Ivan Wolffers, en vooral ook het pas verschenen boek van de groningense werkgroep farmacie binnen de afdeling Chemie en Samenleving (eindredakteur Lucas Reijnders) spelen een duidelijke rol in een bewuster omgaan met medicijnen.

De *arts-voorschrijvers* nemen een ambivalente positie in: zij neigen ertoe vooral de voordelen aan te geven, en de nadelen te verdoezelen: het vertrouwen in



de arts is misschien nog belangrijker dan de werking van het middel zelf, schijnen veel artsen te denken. Toch zijn het vaak de artsen die als eerste signaleren wanneer er met een medicijn iets verdachts aan de hand is. Denk aan de recente Halcion^R affaire, die door een arts is aangezwengeld. Halcion is als slaapmiddel van het benzodiazepine-type geïntroduceerd door Upjohn, die hoopte met dit middel een deel van de slaapmiddelenmarkt te veroveren op de firma Hoffman-la Roche die de verwante middelen Dalmadorm en Mogadon, thans ook Rohypnol, verkoopt. Vrij snel na de introductie van Halcion kwamen er klachten van gebruikers over vervelende bijwerkingen, die overigens ook bij de andere benzodiazepine-slaapmiddelen wel voorkomen, zij het misschien minder vaak. De psychiater Van der Kroef meldde dit niet alleen bij het Kollege ter Beoordeling van Geneesmiddelen, maar bracht het ook in de publiciteit. Zonder die publiciteit was misschien Halcion er met een waarschuwing van afgekomen, nu is het uit de handel genomen. Er zijn ook artsen die wél aandacht aan voorlichting over werking en bijwerking schenken. Maar de samenspraak arts-patient kan véél beter: een enquête over 'De positie van de Psychiatrische Patient in Nederland' (werkgroep 'Demokratisering in de Hulpverlening' Universiteit van Amsterdam, 1977, in samenwerking met de werkgroep Krankzinnigenwet) geeft de volgende resultaten over medicijngebruik: aantal klanten in psychiatrische ziekenhuizen dat medicijnen gebruikt: 84%; aan 60% van hen werd meegedeeld waarvoor de medicijnen dienden; aan 40% werd meegedeeld wat de werking was; bij 81% was er

kontrole op het innemen; en bij 63% was er dwang op het innemen.

Kritische voorlichting van *patientenzijde* gebeurt nog slechts incidenteel in gespreksgroepjes, via publikaties in de Gekkenkrant, tijdens acties als 'Valiumvrije Vrijdag' en 'Sta eens stil bij die pil', via een medicijneninformatiefoldertje van de Gekkenkrant en van de Klientenbond, en via de telefonische luisterlijnen van de Klientenbond. In de tentoonstelling 'Alle Gekken Kijken, 100 jaar psychiatrie, 10 jaar Klientenbond' die in 1981 Nederland afreist, zijn twee posters met medicijneninformatie opgenomen. Het probleem bij voorlichting van *patientenzijde* is, dat men vaak een beperkte eigen ervaring heeft, maar dat voor bredere informatie over het gehele gebied van psychofarmaca men toch vaak weer bij een arts of apotheker terecht komt, zodat de informatie toch weer voor-gekleurd is. De eigenlijke problemen waar de *patientengebruiker* mee worstelt kunnen in het voorlichtingsgesprek onvoldoende aan bod komen, zodra het medicijnen betreft waar de informant geen eigen ervaring mee heeft.

In Amerika heeft de Gekkenbeweging een systematischere aanpak kunnen realiseren. Regelmatig korrespondent van 'Madness Network News' is 'Dr. Caligari', die



vanuit zijn dubbelrol van patient en farmakoloog informatie over medicijnen geeft; verder heeft 'Project Release', een gemeenschap van ex-patienten in New York, een 40 pagina's tellend informatieboekje uitgegeven: 'Consumer's Guide to Psychiatric Medication'.

II. REFLEKTIE OP HET WETENSCHAPSGEBEUREN

De wetenschapsbeoefening kan men reflectief beoordelen op:

- vóóronderstellingen en doelstellingen;
- methoden;
- resultaten, intentioneel zowel als niet-intentioneel.

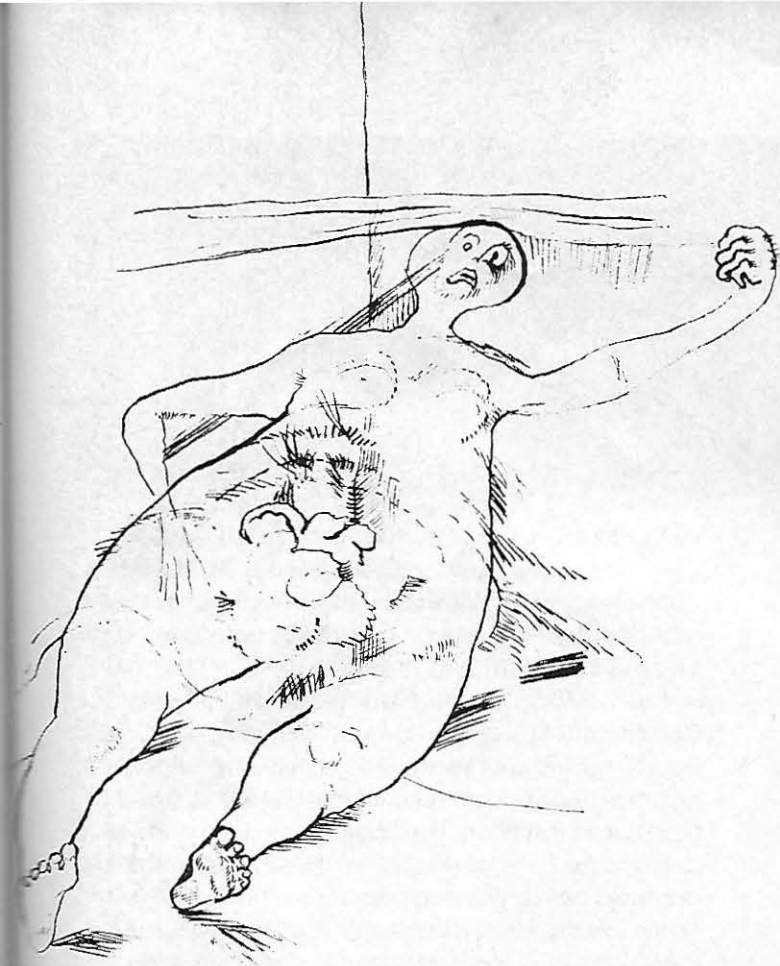
Reflektie op het wetenschapsgebeuren kan zowel vanuit een meer filosofische benadering als vanuit een meer maatschappelijke benadering geschieden. Bij een dergelijke reflectie is het voor leken vaak gemakkelijker inbreng te hebben, dan bij de meer inhoudelijke zaken van het wetenschappelijke gebeuren. Omdat veel spraakverwarring en communicatieproblemen voortkomen uit het niet onderscheiden van deze twee nivo's - het wetenschapsgebeuren en de reflectie hierop - laten we dezelfde rollen nog eens de revue passeren.

Reflektie op de wetenschapper als ontwikkelaar van behandeling met medicijnen

Ik ga uit van een 'interaktionistische' visie op hersenen en gedrag, d.w.z. van een *wisselwerking* tussen menselijk gedrag en hersenfunctioneren (Gedrag' vat ik op als verzamelterm van een veelheid van menselijke activiteit). Toegepast op de psychiatrie; gestoord gedrag gaat gepaard met stoornissen in het hersenfunctioneren. Hierbij kan het gestoord gedrag zowel oorzaak als gevolg zijn van stoornissen in het hersenfunctioneren.

Omgekeerd kan beïnvloeding van gestoord gedrag ook op twee manieren nagestreefd worden; beide manieren kunnen, mits goed toegepast, vermindering van de 'gestoordheid' geven, maar bij verkeerd toepassen ook tot verergering leiden:

a. *de psycho-sociale behandeling* probeert de storende factoren te veranderen in de leef- en ervaringswereld van de 'patient' (in de objektieve ervaringswereld: beïnvloeden van woon- of werkmilieu enz.; in de subjektieve ervaringswereld: beïnvloeden van de wereld der emoties en gedachten door leertrainingen, in gedragstherapie of psychoanalyse enz.).



b. de medische behandeling probeert vanuit een beïnvloeding van het lichaam en met name de hersenen het gestoorde gedrag te korrigeren. Men moet zich daarbij realiseren dat de medische behandeling zelf een psycho-sociale faktor is voor de patient. De hamvraag is: wanneer kan een bepaald soort behandeling tot genezing leiden, en wanneer kan het slechts symptoomverlichtend werken? Men kan stellen dat een psycho-sociale behandeling niet in staat is een hersenbeschadiging te genezen, maar wel een door psycho-sociale factoren bepaalde gedragsstoornis die met gestoord hersenfunktioneren gepaard gaat. Men kan daarnaast stellen dat een medische behandeling (met medicijnen) niet in staat is een hersenbeschadiging te genezen, maar evenmin een door psycho-sociale factoren bepaalde gedragsstoornis die met gestoord hersenfunktioneren gepaard gaat. Wél kan een medische behandeling door symptoomvermindering de basis voor een geslaagde genezing leggen. Onderscheid moet hier echter gemaakt worden tussen gelijktijdigheid en oorzakelijkheid: wordt na enige tijd van behandeling met medicijnen genezing gekonstateerd dan is dit niet het gevolg van medicijnen, maar als gevolg van het wegvallen van de ziekmakende psycho-sociale oorzaak tijdens de periode dat medicijnen de symptomen onderdrukten: medicijnen zijn nu een-

maal niet in staat psycho-sociale oorzaken rechtstreeks te beïnvloeden. Wetenschapeers die van de behandeling met medicijnen of van de biologische psychiatrie verwachten dat die in staat zal zijn, psycho-sociaal veroorzaakte 'geestelijke stoornissen' te genezen, gaan volgens mij uit van de denkfout dat zij gelijktijdigheid en oorzakelijkheid niet onderscheiden. Toch voedt zo'n foutieve gedachte over de biopsychiatrie het publieke denken dat aan die gedachte een onterechte wetenschappelijke autoriteit toeschrijft. Zo kan de wetenschap vooroordelen over gekken en diskriminatie van gekken oproepen. Hiertegen ageren is één punt van actie vanuit de gekkenbeweging.

Een ander gevaar schuilt in het feit, dat de toepassing van de medikamenteuze behandeling, opgevat als behandeling bij uitstek, tot een beperkt gezichtsveld leidt. Er sluipt dan een fout in de methode van behandelen: door pas in tweede instantie aandacht te besteden aan de psycho-sociale omstandigheden, wanneer die een kausale invloed op de 'geestelijke stoornis' hebben, kan men een katastrofale situatie voor de patient creëren.

De situatie is vergelijkbaar met de situatie bij de verloskunde in de vorige eeuw, toen de bacterie nog niet bekend was. Veel kraamvrouwen stierven in het ziekenhuis na een perfect verlopen bevalling. In het speuren naar de oorzaak van deze sterfte vond Koch de bacterie. Medische psychiatrie zonder een juist sociaal/psychologisch kader is zoals verloskunde vroeger was zonder hygiëne: de arts ziet (resp. zag) geen fouten, maar het resultaat van zijn bemoeienis is (was) vaak rampzalig.

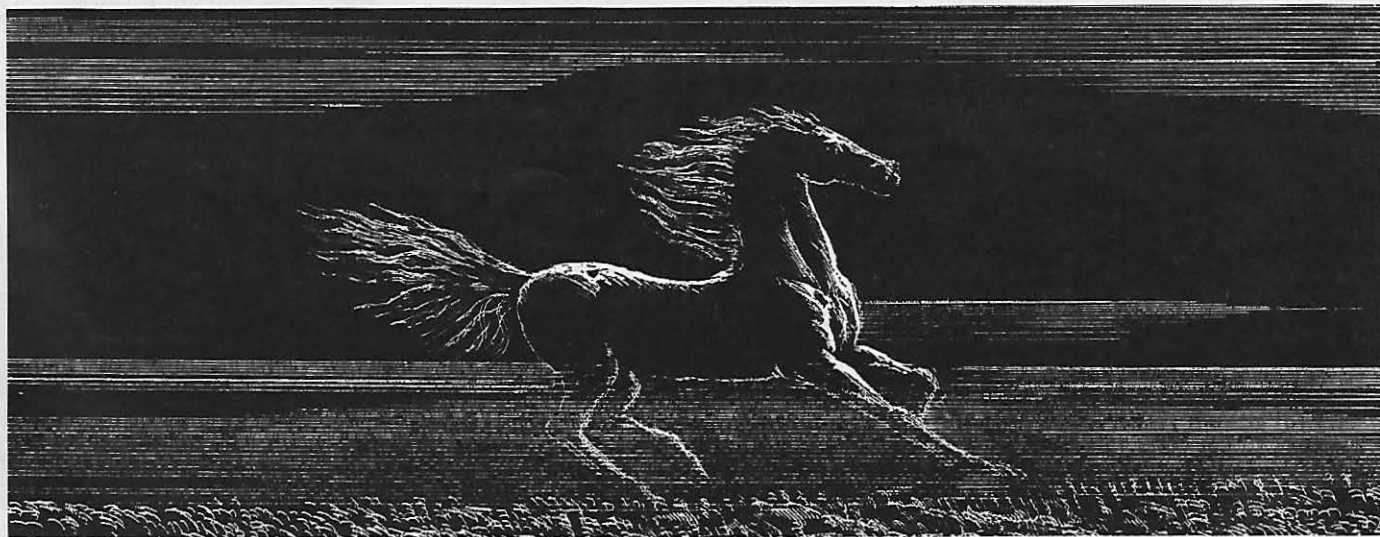
Het probleem gaat in de psychiatrie zelfs nog dieper: soms staat hier de medische behandeling zélf de oplossing van het psycho-sociaal probleem in de weg. Hier wordt de gekkenbeweging gekonfronteerd met een communicatieprobleem: we ageren tegen sociale misstanden in de psychiatrie en tegelijk ageren we tegen medicijnenmisbruik; We presenteren de samenhang tussen deze twee echter niet duidelijk genoeg. We slagen er niet in de artsen duidelijk te maken dat vaak, maar niet altijd, de sociaal verkeerde kontekst van de

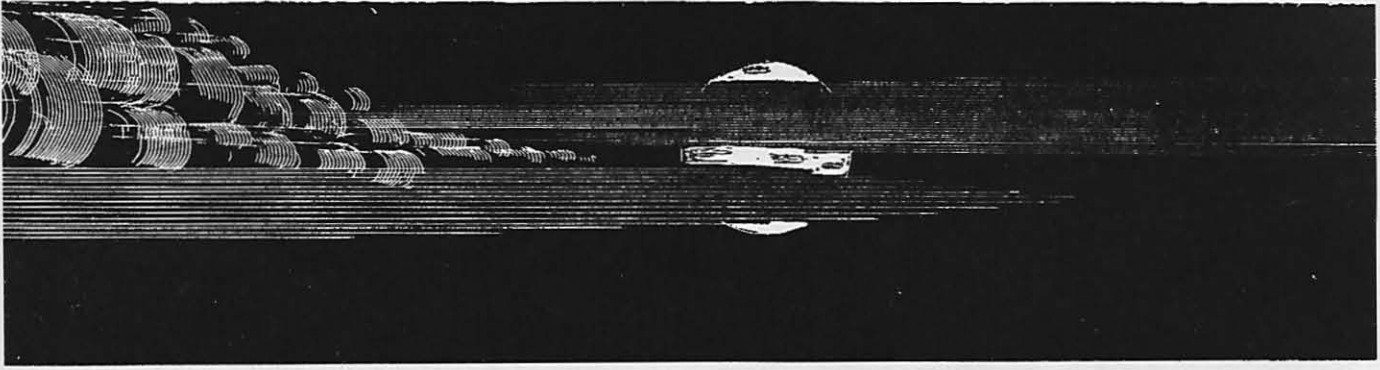
opname aanleiding is tot een meer afwijkend gedrag, wat als een vicieuze cirkel resulteert in hogere dosering van medicijnen. (Vaak volgt op een konflikt tussen patient en verpleging een verhoging van de medikatie!) Mogelijk presenteert ook de anti-psihiatrie zijn boodschap onvoldoende duidelijk; het lijkt wel of iedere psychiater persoonlijk de verworvenheden van de anti-psihiatrie moet 'her-ontdekken'; alsof de medische opleiding hem onvoldoende ervoor open laat staan.

Naar resultaat beoordeeld heeft de medikamenteuze behandeling wel een deel van de oorspronkelijke verwachtingen waargemaakt: de invoering van de neuroleptica in 1952 heeft in de jaren nadien voor een snelle verandering in de psychiatrie gezorgd. Maar waren de aanvankelijke verwachtingen zeer hooggestemd, nu realiseert men zich dat eigenlijk alleen de resocialisatiekansen, maar niet wezenlijk de genezingskansen van psychotici verhoogd zijn. En de tol die men moet betalen voor het gebruik van neuroleptica, is niet gering: de kwaliteit van het leven is wezenlijk slechter voor iemand die neuroleptica gebruikt. Gezonde mensen ervaren neuroleptica als ziekmakend, zelfs bij kleine doses. Momenteel heerst binnen de groep van biopsychiaters opnieuw een hooggespannen verwachting ten aanzien van nieuwe ontwikkelingen binnen de medikamenteuze behandeling. Maar nu reeds tekenen zich de beperkingen van het nut van bijvoorbeeld endorfines bij de behandeling van psychosen af: de door De Wied, farmakoloog in Utrecht, gepresenteerde resultaten met deze neurotransmitters worden nu reeds in wetenschappelijke kringen aangevochten. De introductie van medicijnen in de psy-

chiatrie heeft in meerdere opzichten ernstig niet-intentioneel resultaat opgeleverd, zoals:

- *akute bijwerkingen*, die de kwaliteit van het leven voor de gebruiker verslechteren;
- *blijvende bijwerkingen* na langdurig gebruik, waar men onvoldoende rekening mee houdt, zodat onnodig lang en onnodig hoog gedoseerd wordt uit overdreven voorzichtigheid. Bij slaap- en kalmeringsmiddelen is dit de verslaving die patienten in zijn web gevangen houdt, bij neuroleptica zijn dit de 'blijvende bewegingsstoornissen' (zie verderop) die patienten voor de rest van hun leven invalide kunnen maken.
- *belemmering van de genezing*; doordat de behandelaar de aandacht sterk richt op de psychiatrische symptomen en hun bestrijding kan het oorspronkelijke probleem buiten de aandacht blijven; komt daarbij nog een sociaal verkeerde opvang of omgeving, dan is de basis voor chronisch patient worden aanwezig.
- *misbruik*: medicijnen kunnen als middel ter onderdrukking gebruikt worden. In de Oostbloklanden worden politieke dissidenten opgesloten in psychiatrische ziekenhuizen en met medicijnen monddood gemaakt. Maar ook in ons eigen land gebeurt het dat mensen met medicijnen monddood gemaakt worden (een sufmakende injectie vlak voordat de rechter een patient komt horen in verband met een machtiging). Een vraag die zich opdringt: zou de *gekkenbeweging initiatiefnemer* kunnen zijn tot natuurwetenschappelijk onderzoek ter ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden? Het is een vraag die leden van de Klientenbond nog wel eens aan de Bond voorleggen.





Reflektie op de wetenschapper als be- vorderaar van een behandelmethode

Wat het eerste opvalt is, dat wetenschappers (meestal ongewild) een bijdrage leveren aan het op *té ruime* schaal verspreiden van medicijnen. Onderzoekers neigen tot het verfraaien van hun klinische bevindingen; marketingmensen hanteren niet of onvolledig verantwoorde wetenschappelijke argumenten bij de verkoop; artsen nemen zelden de moeite zich uitvoerig te informeren over nadelen en/of bijwerkingen van een middel, bovendien melden zij zelden door hen gekonstateerde bijwerkingen, hetzij omdat ze de daartoe geëigende kanalen niet kennen, hetzij uit onterechte kollegialiteit of ter bescherming van hun eigen naam; apothekers hebben onvoldoende patiëntencontact om de hun toebedachte signaalfunctie ook effectief te maken.

Een belangrijk ander punt van reflectie betreft ethische aspecten, die duidelijk minder spelen bij de ontwikkelfase. Bij *klinisch onderzoek*: tot hoe ver mag men gaan met experimenten op mensen? Mogen patiënten die gedwongen opgenomen zijn, ook betrokken worden in experimenten? Van Praag, psychiater uit Utrecht zei in een interview met *De Tijd* (24-3-'78): 'psychiatrische patiënten zijn natuurlijk niet helemaal vrij in hun beslissing'. Omgekeerd formuleert het patiëntencongres van 15 november 1980: 'wetenschappelijke experimenten op psychiatrische patiënten moeten bij de wet verboden worden'.

Bij de *marketing van medicijnen*: zou men misschien naar een situatie toe moeten dat, zoals artsen en advocaten geen reclame mogen maken, ook farmaceutische producten niet geadverteerd zouden mogen worden?

Het patiëntencongres drukt een nog verdergaand wantrouwen in de farmaceutische industrie uit: 'de farmaceutische industrie moet worden genationaliseerd'.

In het verleden heeft de *gekkenbeweging* in Amerika een *sturende invloed* uit kunnen oefenen op de afremming van de *toepassing* van Largactil (zie verderop). In Nederland doet het patiëntencongres een poging hiertoe met de stelling: 'medicijnen die blijvend hersenletsel ("tardive dyskinesia") of ander letsel tot gevolg kunnen hebben, dienen bij de wet te worden verboden!'

In Nederland heeft de Gekkenkrant een Nationale Anti Shock Aktie (NASA) tegen de elektroshock-behandeling gevoerd, en zo bereikt dat deze methode minder toegepast wordt.

Reflektie op de wetenschapper als kri- tisch beoordelaar

Het is duidelijk dat de plaats van de beoordelaar bepalend is voor het soort oordeel dat gegeven zal worden. De *gekkenbeweging*, en met name de patiëntengroeperingen hierbinnen, hebben potentieel en ook feitelijk een geheel eigen inbreng vanuit hun *ervaringsdeskundigheid*.

Artsen in opleiding leren aan de *universiteit* zelden hoe zij patiënten moeten begeleiden bij het stoppen met psychofarmaca.

Kritische konsumentenvoorlichting heeft ook relatief weinig aandacht voor dit punt (Wolffers, Reijnders c.s.), omdat zij de medicijnen beoordelen vanuit 'wat ga je de patient geven'. De patient heeft bij zijn vraag naar medicijngebruik een andere positie: zijn vraag is niet: hoe begin ik eraan, maar: hoe kom ik er af? Dat kritische voorlichters toch vaak vanuit de positie van de arts redeneren, is voor patiënten bij de voorlichting een van de grootste problemen: je zit aan de medicijnen vóór dat je het weet, want dat is gewoonlijk een zaak van de artsen, en jouw probleem wordt dan: hoe kom ik er af? Hetzelfde geldt enigermate voor bijwerkingen: technisch goede informatie bij voorlich-



ters, maar hoe de patient de bijwerkingen ervaart, komt daarin vaak onvoldoende tot uiting. Eigenlijk moet men concluderen dat een systematische kritische beoordeling van de rol van het gebruik van psychofarma in het maatschappelijk gebeuren, noch in het leven van de individuele gebruiker ooit gegeven is.

III. EEN CASE STUDIE: 30 JAAR LARGACTIL

In 1951 is Largactil in Frankrijk voor het eerst toegepast bij operaties als ondersteuning van de narkose. Als zodanig wordt het nog steeds gebruikt. Observaties bij de bestudering van de werking van Largactil bij dieren leidde tot de ontdekking dat het een kunstmatige winterslaap kon veroorzaken. Dit was aanleiding tot zijn toepassing in de psychiatrie in 1952. De resultaten waren verbluffend, en de opmars van Largactil in de psychiatrie was spectaculair: in 1956 werden 'wagonladingen' Largactil vanuit Frankrijk geëxporteerd. En in de Laboratoria werden honderden verwante verbindingen gesynthetiseerd. 27 van de 38 thans op de markt zijnde neuroleptica en 18 van de iets meer dan 20 antidepressieve middelen zijn chemisch verwant aan Largactil. Na de invoering van Largactil en andere neuroleptica is (in Amerka sterker dan in Nederland) in

de jaren 1956-1965 een grote teruggang te constateren in aantal opgenomen patienten. Naar ik meen in Amerika een teruggang tot ca. 30%. Ik moet daarbij wel opmerken dat een wet, die inrichtingen dwingt een patient te ontslaan wanneer deze niet meer gevaarlijk is, hiertoe ook veel heeft bijgedragen. Welke faktor het meest tot de teruggang heeft bijgedragen, is mij niet bekend.

Intussen wordt in de vaktijdschriften uitvoerig over bijwerkingen geschreven. Met name bewegingsstoornissen kwamen bij bijna 75% van de patienten voor. Anti-Parkinson middelen bleken deze bewegingsstoornissen redelijk goed op te heffen, en deze middelen werden dan ook veelvuldig als nevenmedikatie gegeven. Men beschouwde de anti-Parkinson middelen als ongevaarlijke medicijnen. Maar Disipal^R is een anti-Parkinson middel waarmee veel mensen zelfmoord hebben gepleegd: het gaf zelfs het hoogste percentage 'geslaagde' zelfmoorden. In 1972 voerde een patient in Amerika, die na het stoppen met Largactil merkte dat hij last van bewegingsstoornissen bleef houden, een proces tegen de Amerikaanse leveranciers van Largactil. Tijdens dit proces moesten de industrie en informatie vrijgeven waaruit bleek dat zij sinds 1957 weet hadden van wat nu bekend staat als 'tardive dyskinesia' ofwel 'persistente dyskinesie' ofwel 'late bewegingsstoornissen'. En er kwam meer informatie los: deze blijvende, late bewegingsstoornissen hebben een heel andere moleculaire basis dan de akute, parkinsonachtige bewegingsstoornissen; men kan deze late bewegingsstoornissen toeschrijven aan een vorm van hersenbeschadiging (omdat de hersenbeschadiging op moleculair nivo is, en niet op cellulair nivo, wordt door sommige auteurs bestreden dat het om een hersenbeschadiging zou gaan). Ook werd bekend dat de anti-Parkinson middelen de late bewegingsstoornissen verergeren. Dit had zelfs consequenties voor mensen met de ziekte van Parkinson: na langdurige behandeling met anti-Parkinson middelen werden deze mensen 'therapie-resistent', d.w.z. de bewegingsstoornissen verdwenen niet meer door het geven van anti-Parkinson middelen. Hoe lang zou men de informatie achtergehouden hebben zonder dit proces? Toen door dit proces de wetenschappers buiten de industrie zich begonnen te realiseren,

wat er eigenlijk aan de hand was, kwamen er onderzoeken naar de omvang van het voorkomen van Late Dyskinesie bij Largactil-gebruikers. Men merkte bij onderzoek dat 56% van de inrichtingspatienten en 43 % van de poliklinische Largactilgebruikers er last van had. De aandoening is zeer kwalijk: in een ver gevorderd stadium kan men volledig invalide raken door de late bewegingsstoornissen. Een remedie ertegen is er niet; zodra men de beginsymptomen konstateert, is de enig zinnige manier van erger voorkomen het stoppen met de neurolepticum.

Omstreeks 1976 drong deze informatie door in Nederland, en vanaf die tijd is de omzet van Largactil snel gedaald. Toch werd de vrijgekomen informatie niet altijd naar zwaarte geschat. In dat jaar 1976 hebben we in Nederland een actiegroep 'Helder van Geest, Schoon van Lichaam' (HvG/SvL) gehad, die fel tegen Largactil ageerde, en een nog onbekende irreversibele bijwerking aankondigde. Jammer genoeg maakte zij twee fouten: ze is nooit duidelijk geweest over die aangekondigde bijwerking, en ze ging op een bepaald moment over tot dreigen met lichamelijk geweld. Eigenlijk heeft toendertijd binnen de gekkenbeweging niemand of nauwelijks iemand begrepen wat de inzet van de actie was. Ikzelf heb in 1976 ook niets van de actie begrepen, ik merkte wel dat mijn

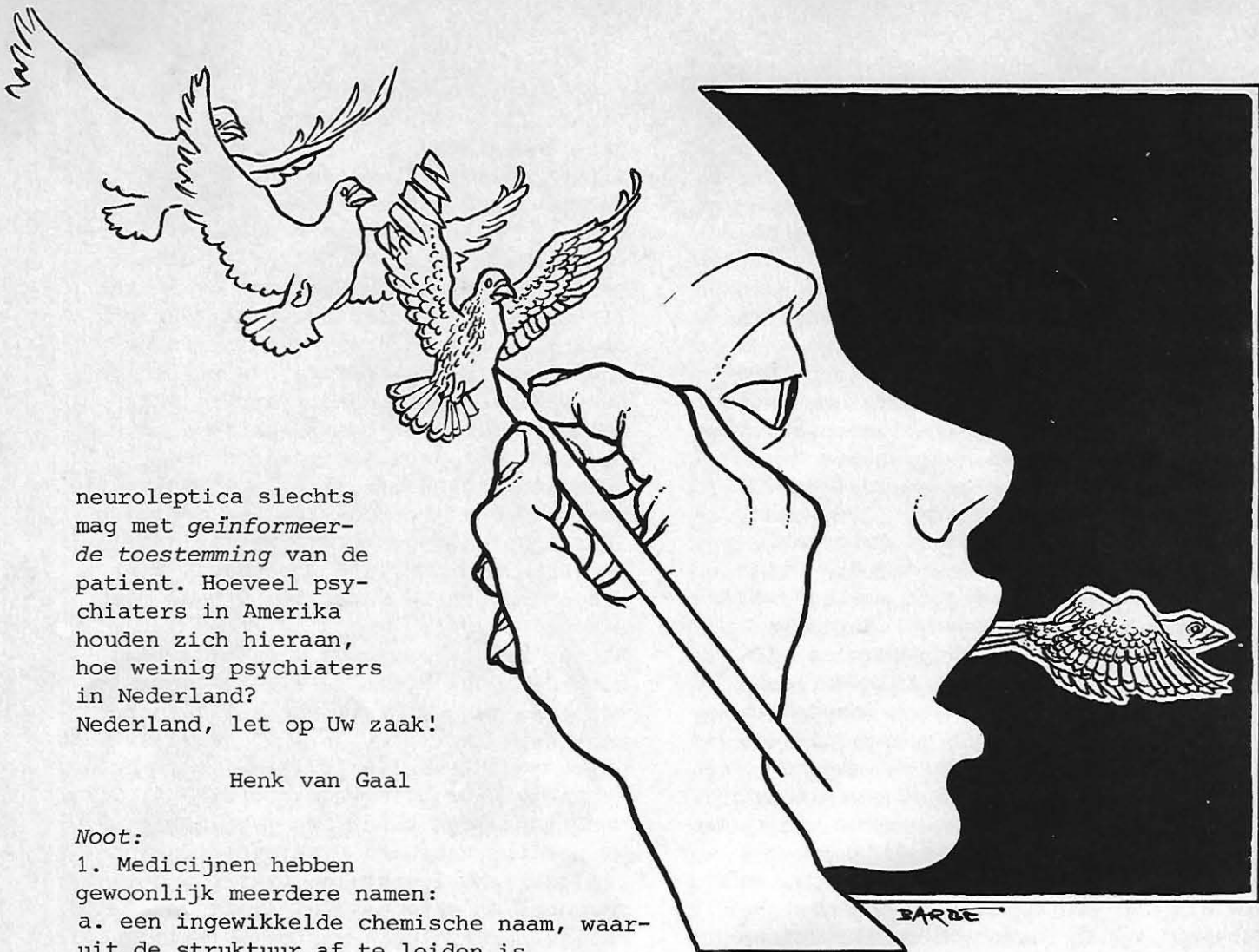


psychiater me voorstelde in plaats van Largactil een ander neurolepticum te gaan gebruiken.

Binnen de patientenbeweging is men zich in Nederland pas omstreeks 1979 het gevaar van Late Dyskinesie gaan realiseren, nadat Dunya Breur vanuit de Klientenbond tijdens haar bezoek aan de 7e jaarlijkse Noord-Amerikaanse Konferentie over Mensenrechten en Psychiatrische Onderdrukking in Florida het eerder genoemde informatieboekje van Project Release meebracht en verspreidde binnen de Bond. Het Patientenkongres heeft naar aanleiding van deze Late Dyskinesie haar bovengeciteerde stelling geformuleerd. De actiegroep HvG/SvL krijgt dan toch nog een late (gedeeltelijke) erkenning. En we weten nog steeds niet wie het waren!

Al ras realiseerden de wetenschappers zich dat Late Dyskinesie een gevolg is van langdurig gebruik van willekeurig welk neurolepticum. In 1977 vermeldt het Geneesmiddelenbulletin (11,6) voor het eerst de late bewegingsstoornissen. Ook vanaf dat jaar vindt men regelmatig vermelding van Late Dyskinesie in specialistische leerboeken over psychofarmaca. In oktober 1981 heeft de afdeling Farmacologie van de KU Nijmegen een studiedag over Late Dyskinesie georganiseerd.

Des te verwonderlijker is het dat het gevaar van Late Dyskinesie in de wereld van praktizerende medici relatief weinig aandacht krijgt: huisartsen en verpleegkundigen zijn nauwelijks of niet op de hoogte van het bestaan ervan. Het boek 'Praktische geneesmiddelenleer' van Dr. J.B. Vismans uit 1980 maakt er zelfs geen melding van. Ook 'Geneesmiddelen in Nederland' van Reijnders c.s. geeft niet een juist beeld van het verschijnsel: zij interpreteren de late bewegingsstoornissen als een langzaam-irreversibel worden van het parkinsonisme en los daarvan maken zij een opmerking over hersenbeschadiging door neuroleptica. Pleidooien tegen het overtollig gebruik van neuroleptica en het routinematig gebruik van anti-Parkinson middelen, vanuit de Klientenbond én vanuit de Inspektie voor Geestelijke Gezondheidszorg gehouden bij psychiaters van inrichtingen leiden nauwelijks tot teruggang van het gebruik. In Amerika is de jurisprudentie al zo ver gevorderd dat men daar het standpunt huldigt, dat langdurig gebruik van



neuroleptica slechts mag met geïnformeerde toestemming van de patient. Hoeveel psychiaters in Amerika houden zich hieraan, hoe weinig psychiaters in Nederland?
Nederland, let op Uw zaak!

Henk van Gaal

Noot:

1. Medicijnen hebben gewoonlijk meerdere namen:
 - a. een ingewikkelde chemische naam, waaruit de structuur af te leiden is.
 - b. een standaard vereenvoudigde stofnaam voor wetenschappelijke publikaties, gewoonlijk een afkorting van de chemische naam.
 - c. een of meerdere handelsnamen, die met een ^R aangegeven worden. Deze handelsnamen zijn beschermde merknamen.
- Bv. Largactil:
- a. 2-chloor-10-(3-dimethylamino-propyl)-fentothiazine
 - b. chloorpromazine
 - c. Largactil^R, Thorazine^R, Megaphen^R, Promapar^R, Klorpromex^R, Hiberna^R.

LITERATUUR

Gekkenkrant, uitg. Stichting de Gekkenkrant, postbus 3286, Amsterdam.
Bulletin van de Klientenbond, uitg. Klientenbond, postbus 13541, Den Haag.
Knipselkrant Pandora, uitg. Pandora, 2e Const. Huijgensstr. 77, Amsterdam.
Madness Network News, P.O. Box 684, San Francisco, USA.
Psychiatric Drugs by 'Dr. Caligari', uitg. NAPA, 558 Capp. St., San Francisco, USA (overdrukken uit 'Madness Network News'), 1978.
Geneesmiddelenbulletin, uitg. Ministerie van Volksgezondheid en Milieu-

hygiëne, Dr. Reijersstraat 10, Leidschendam.

Dr. J.B.M. Vismans, *Praktische Geneesmiddelenleer*, 5e ed., De Tijdstroom, Lochem 1980.

Lucan Reijnders, Arnold Vulto, Henk Buurman e.a., *Geneesmiddelen in Nederland, gids voor arts en gebruiker*, Van Gennep, Amsterdam 1980.

Manifest Patientenrecht in de Geestelijke Gezondheidszorg, uitg. Pandora, 2e Const. Huijgensstr. 77, Amsterdam. Zie ook MGV 81 pg. 545.

De Positie van de Psychiatrische Patient in Nederland, onderzoeksverslag n.a.v. de enquête 'de positie van de psychiatrische patient'. Delen 1 en 2, uitg. Onderzoeksgroep 'Democratisering in de hulpverlening', Andragologisch Instituut, Prinsengracht 255, Amsterdam. Ook verkrijgbaar via Pandora.

K.R. Popper en J.C. Eccles, *The Self and its Brain, an argument for interactionis* Springer International, Berlin, 1977.

H. Kief, *Tardieve Dyskinesie: als bijwerking hoofdzaak wordt*. Bull. 80-2 p. 47 van de coördinatiekommissie biochemisch onderzoek Sektie GGZ van de NZR.

Clëntenbond bezoekt Staatssecretaris

beknopte weergave van een deel van het bezoek van de Clientenbond aan Staatssecretaris Van der Reijden op maandag 12 september 1983

CLIENTENBOND VRAAGT

Medicijnen en opleiding/voorlichting: het blijkt dat in de psychiatrie de staf vaak niet goed op de hoogte is van problemen samenhangend met voorschrijven over langere periodes en van problemen samenhangend met complicerende omstandigheden. De opleidingen tot B-verpleegkundige schieten hierin sterk tekort en zelfs artsen hebben niet altijd voldoende zicht op genoemd soort problemen.

Een *inventarisatie* van wat er in de opleidingen aan medicijnvoorlichting gebeurt en een *verbetering van de opleiding* in deze lijkt noodzakelijk, evenals *nascholing*. Ook streeft de Clientenbond naar de invoering van een *geïnformeerde instemming* bij het wat langerdurende gebruik van een neurolepticum. Vooruitlopend op een regeling hieromtrent vindt de Clientenbond een verbetering van de voorlichting aan patienten nu reeds dringend nodig.

Medicijnen en registratie:

in verband met de gevaren van psychofarmaca moet de registratie van deze middelen *vaker achteraf* kritisch bekeken worden dan thans gebeurt. Zo is de Clientenbond van mening dat *Haldoldecanaat* (een langwerkende toedieningsvorm van Haldol) uit de handel genomen dient te worden, enerzijds omdat de complicaties die zich bij Haldol relatief vaak voordoen (o.a. maligne hyperthermie) bij de depôtvorm moeilijker te bestrijden zijn, anderzijds omdat er goede gronden zijn om Haldol niet als onderhoudsneurolepticum te gebruiken.

Medicijnen en klinisch onderzoek:

(onderzoek in de zin van research): de Clientenbond wenst een verbod op klinisch onderzoek op patienten met een *rechterlijke machtiging*, een *in-bewaringstelling* of een *ter-beschikkingstelling* van de regering. De Clientenbond wenst betrokken te worden bij de *beoordeling van aanvragen* voor klinisch research binnen de psychiatrie, zowel biopsychiatrische als andere research. De Clientenbond wenst dat er stringenter de hand gehouden wordt aan de eis van *geïnformeerde toestemming*.

EN KRIJGT ANTWOORD

Medicijnen en opleiding/voorlichting: van Londen geeft aan dat dit inderdaad een zwaktepunt in de ggz-opleidingen is. Dekker oppert in het vooroverleg het idee, wat later in het gesprek met de Staatssecretaris ook wordt goedbevonden, om in samenspraak met de Nationale Ziekenhuisraad en de Inspectie een werkgroep te vormen, die zich gaat buigen over de opleidingen *iz. medicijngebruik in de psychiatrie*, en die daarnaast gaat kijken naar de *geneesmiddelenverstrekking en -gebruik*. Dit laatste n.a.v. het voorstel dat Haldol-decanaat (een langwerkende toedieningsvorm van Haldol) uit de handel dient te worden genomen. Ook het streven naar een *geïnformeerde instemming van patienten* bij langerdurend gebruik van een neurolepticum, de *voorlichting over medicijnen aan patienten* en het *recht op konsult* van een deskundige zullen in die werkgroep besproken moeten worden.

Medicijnen en registratie:

De inspectie voor de Geneesmiddelen, die gaat over de registratie van geneesmiddelen zal ook gevraagd worden in de genoemde werkgroep zitting te nemen.

Medicijnen en klinisch onderzoek:

het gewenste verbod op klinisch onderzoek op patienten met een rechterlijke machtiging, *in-bewaringstelling* of *terbeschikkingstelling* vindt (onverwachts) gehoor bij de Staatssecretaris.

In de voortgangsnota *Patientenrecht* wordt al ingegaan op de rechten van patienten in onderzoek (klinisch onderzoek op vrijwillig opgenomen patienten kan geïnformeerde toestemming van de patienten), maar w.b. het onderzoek op gedwongen opgenomen patienten zal de Staatssecretaris de inspectie verzoeken een circulaire te doen uitgaan, waarin psychiatrische inrichtingen wordt gevraagd een stop te zetten op dergelijk onderzoek.

Op welke manier de Clientenbond bij de *beoordeling van aanvragen* voor klinisch onderzoek kan worden betrokken zal ook in de samen te stellen werkgroep met de NZR en de Inspectie worden gezien.

Experimenten en dwangopneming

Uit: Bulletin van de Clientenbond, 11e jaargang 1983, nr. 5/6.

Er lopen in Nederland een aantal onderzoeken naar de werking van mogelijk bruikbare psychofarmaca en behandelmethodes. Ik noem hier o.a. de depressie-onderzoeken in Bloemendaal, in Delta en in Franeker en diverse onderzoekingen vanuit het Academisch Ziekenhuis Utrecht, waaronder het schizofrenie-onderzoek naar de werking van endorfines. Dit laatste onderzoek gebeurt deels in Wolfheze.

Naar aanleiding van de promotie van onderzoeker-psychiater Verhoeven heeft de leerling-journalist Edwin Oostmeijer gespeurd naar achtergronden van het onderzoek. Daarbij heeft hij de Clientenbond benaderd en zo werd hij met mij in contact gebracht. Toen zijn verhaal af was, vonden we het zo interessant voor de Clientenbond-leden en tevens passend bij het congres "Psychiatrie in Werkelijkheid", dat we hem het artikel gevraagd hebben voor plaatsing in het Bulletin. Twee hoofdpunten komen uit zijn verhaal naar voren: *het endorfines-onderzoek is wetenschappelijk ondeugdelijk en ethisch onverantwoord geweest.*

Lezing van het proefschrift wijst ook op dat eerste: zo spreekt Verhoeven nergens over aard en aantal van de "uitvallers" (mensen bij wie om wat voor reden ook het onderzoek tussentijds afgebroken is) terwijl dit een interpretatie van de gegevens meebepaalt.

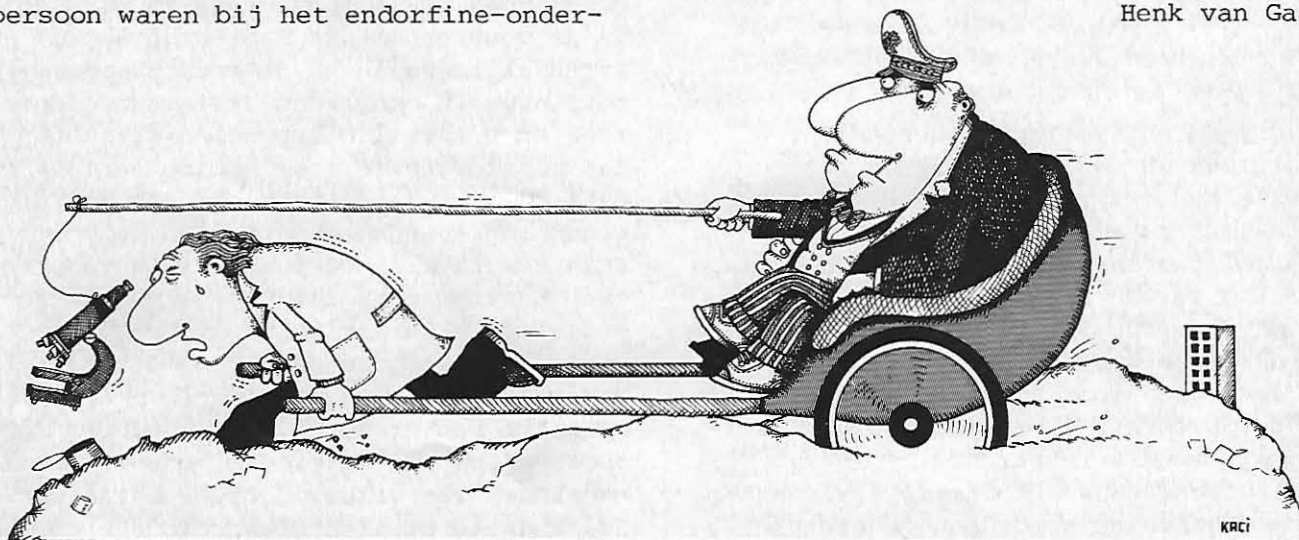
Omdat ik nogal eens in Wolfheze kom, heb ik daar mensen leren kennen die proefpersoon waren bij het endorfine-onder-

zoek. Enige dingen bevreemdden mij toen zeer:

- * het onderzoek werd bij de informatie aan patiënten voorgesteld als voor 50% succesvol, maar dat moest juist uitgezocht worden!
- * een buitenlander zonder familie in Nederland en zonder redelijke kennis van het Nederlands werd ook als proefpersoon gebruikt!
- * en er werden mensen die onvrijwillig opgenomen waren als proefpersoon gebruikt!

Vooraf dit laatste vond ik ethisch onaanvaardbaar en strijdig met het beginsel van geïnformeerde instemming: hoe kan een patiënt vrijwillig instemmen met onderzoek in een kliniek, als hij niet in die kliniek wil verblijven? Ik heb meerdere mensen hierover aangesproken, maar dat bracht niets in beweging. Zo scheepste de regionale inspecteur van de GGZ, Dr. Pleiter, me af met de opmerking: "Maar U wilt toch niet dat we mensen met een machtiging nog verder discrimineren door ze uit te sluiten van onderzoek waar ze profijt van kunnen hebben?" De contacten met de journalist vielen in de tijd dat we het gesprek met de Staatssecretaris voorbereidden en dit inspireerde mij ertoe het probleem rechtstreeks aan de Staatssecretaris voor te leggen. Tot onze blijdschap deed de Staatssecretaris onmiddellijk de toezegging, dat er een verbod zal komen op welke vorm van onderzoek (research) dan ook bij patiënten die op enigerlei wijze gedwongen opgenomen zijn.

Henk van Gaal



Genezen of te vroeg gejuichd?

Een omstreden onderzoek naar schizofrenie

Uit: Bulletin van de Clientenbond, 11e jaargang 1983, nr. 5/6

In maart dit jaar stond er in het Parool een interview met de zenuwarts W.M.A. Verhoeven die verbonden is aan de Psychiatrische Universiteitskliniek in Utrecht. Hij was op dat moment juist gepromoveerd op een onderzoek, waarvoor hij vierenzestig schizofrene patienten behandelde met endorfinen. Verhoeven zegt in het interview dat de behandeling bij dertig patienten een gunstig resultaat gehad heeft en dat elf patienten zijn genezen. Het lijkt op een doorbraak, want elf patienten genezen van een ziektebeeld waarvan men altijd heeft beweerd dat dit niet te genezen is en waarbij je slechts de symptomen kunt beheersen of beperken, dat is nogal wat, Alle reden om op onderzoek uit te gaan.

Als verhoeven voor de eerste keer benaderd wordt om nog eens over zijn onderzoek te praten, is hij heel toeschietelijk. Hij wil graag praten, maar is het niet beter als de verslaggever eerst met wat andere mensen over zijn onderzoek en schizofrenie in het algemeen praat?

Verhoeven noemt de naam van psychiater Pepplinkhuizen, onlangs zelf óók gepromoveerd en werkzaam in het Rotterdamse Dijkzicht Ziekenhuis. Hij lijkt de aangewezen man om te zeggen dat hij in de nabije toekomst, naast de neuroleptica, wellicht ook gebruik zal maken van de endorfinen.

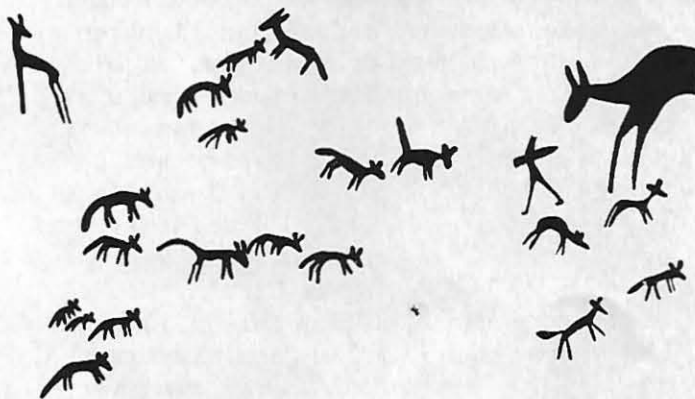
Maar dat is nog niet helemaal zeker, zo blijkt uit Pepplinkhuizen's woorden: "Alles draait om het feit of andere instituten, in navolging van de Utrechtse groep, hetzelfde succes behalen."

Psychiater Van den Hoofdakker, verbonden aan het Academisch Ziekenhuis in Groningen, geeft eenzelfde antwoord. "Op het moment dat Verhoeven zeker weet dat endorfinen werkzaam zijn bij die en die groep schizofrene patienten, wil ik ze ook wel eens proberen. Ik geloof niet dat dat moment er al is."

Vriendelijk, maar voorzichtig laten de collega's van Verhoeven zich uit over het endorfinen-onderzoek. Niet iedereen is even optimistisch over het gebruik van endorfinen bij schizofrene patienten.

Het onderzoek van De Wied en Verhoeven doet stof opwaaien.

De ontdekking van endorfinen, die eenzelfde werking hebben als pijnstillende middelen, heeft geleid tot de veronderstelling dat stoornissen van de hersenhormonen mogelijk betrokken zijn bij schizofrenie. Naar aanleiding van deze hypothese is er onderzoek verricht, waarbij endorfinen zijn toegediend aan schizofrene patienten. In het proefschrift van Verhoeven gaat het om vierenzestig patienten. Deze kwamen uit het

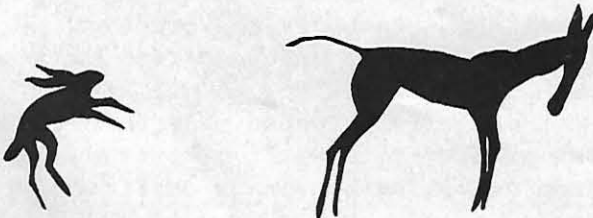


AZU-ziekenhuis in Utrecht, de Sinaï-kliniek in Amersfoort, het Gemeenteziekenhuis te Arnhem, de Psychiatrische kliniek in Wolfheze en het psychiatrisch ziekenhuis het Groot Graffel in Warnsveld. In 32 van de 64 gevallen werd een vermindering van psychotische symptomen met vijftig procent of meer geconstateerd. Het wel of niet reageren op een behandeling met endorfinen wordt beïnvloed door een aantal factoren. Zo bleken mensen met langdurige schizofrene psychosen, vaak behandeld met hoge doseringen neuroleptica, het minst te reageren. Verhoeven heeft hieruit de conclusie getrokken dat vooral patienten die, volgens zijn diagnostiek nog maar betrekkelijk kort ziek zijn en die geen of nauwelijks neuroleptica gebruiken, het meest zullen profiteren van een behandeling met endorfinen.

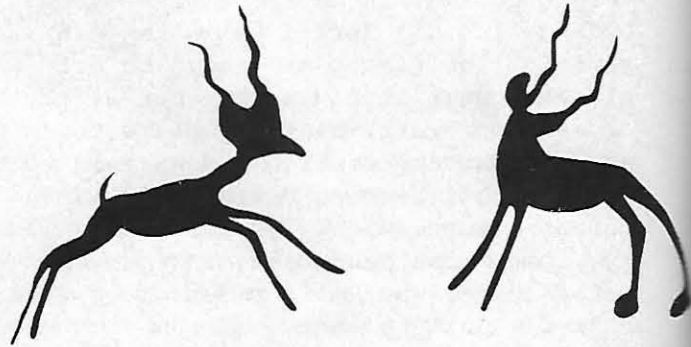
In zijn proefschrift is Verhoeven in ieder geval veel genuanceerder dan in het interview met Het Parool, waarin hij zegt dat elf patienten genezen zijn. In het proefschrift wordt gesproken over "een vermindering van psychotische symptomen".



Eugen Bleuler, de psychiater die in 1911 voor het eerst de term "schizofrenie" gebruikte, ontdekte dat eenderde van alle schizofrenen spontaan geneest, dat nog eenderde tot op zekere hoogte genezen kan worden en dat nog eenderde wordt verzorgd in de één of andere kliniek. Verhoeven zegt in Het Parool dat elf mensen genezen zijn. Stel dat dat de mensen zijn die - volgens Bleuler - spontaan toch wel genezen zouden zijn, heeft die genezing dan iets met de endorfinen te maken? Elf mensen reageerden zo goed dat ze na twee weken naar huis konden gaan, geen medicijnen meer hoefden te slikken en weer redelijk in hun oude omgeving konden functioneren. Genezen? Het ligt er maar aan, al die patiënten kunnen binnen een maand weer op de stoep van de kliniek staan en in dat geval kun je toch moeilijk van genezing spreken. Dan is het slechts een vorm van de wel bekende "draaideur-psychiatrie". Een patient gaat weg en komt even later weer binnen. Hoewel dat in zes van de elf gevallen is gebeurd, is er sprake van een misverstand. "Genezen?", vraagt Verhoeven zich verbaasd af. "Maar dat heb ik nooit gezegd. Dat zou te prentieus zijn. Ik heb gezegd dat er bij sommige patienten een vermindering van het aantal symptomen optrad. Misschien heeft de journaliste van Het Parool (Wil Merkies) haar werk niet goed genoeg gedaan en is zij weinig genuanceerd". Wil Merkies heeft het gevoel dat Verhoeven de feiten aan het verdraaien is. "Hij heeft wel degelijk over genezing gesproken. Na publikatie van het interview kreeg ik van hem een brief waarin hij schreef dat hij zo gelukkig was met de juiste weergave van het interview. Ik had zijn uitspraken uitstekend weergegeven. En nu komt hij vertellen dat ik mijn werk misschien niet goed genoeg heb gedaan. Ik denk dat op deze manier van zijn onderzoek steeds minder overblijft".



Het is oktober 1981. Op een symposium aan de Katholieke Universiteit in Nijmegen wordt door een aantal wetenschappers, onder voorzitterschap van farmacoloog Cools, gepraat over de bijwerkingen van de neuroleptica. Een Deense psychiater zegt dat hij de endorfinen óók getest heeft en dat hij - in tegenstelling tot de Utrechtse groep - geen positieve resultaten heeft kunnen noteren. Hij maakt een grapje over de ineffektiviteit van de endorfinen en krijgt de lachers op zijn hand. Cools remt de zaal niet af, maar kijkt geamuseerd toe.



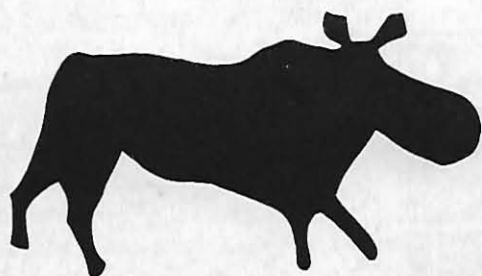
Ed Brouwer is bioloog aan de Rijksuniversiteit in Utrecht. Hij heeft alle endorfinen-studies op een rijtje gezet en zijn conclusie komt overeen met het voorval in Nijmegen. De positieve resultaten van De Wied en Verhoeven konden door anderen niet of nauwelijks gereproduceerd worden.

Ed Brouwer: "De wetenschappelijke ethiek zegt dat een wetenschappelijke uitspraak pas waar is als onderzoek, gedaan door de ene groep, gereproduceerd kan worden door andere groepen met dus ook andere patienten. Als dat, zoals in het geval van De Wied en Verhoeven, niet het geval blijkt, dan is er geen aanleiding aan te nemen dat een positief resultaat inderdaad een positief resultaat is. Dan is het voorlopig een toevalstreffer. Terwijl Verhoeven omgekeerd redeneert. Hij zegt dat wat zij doen goed in elkaar zit, dat de conclusie getrokken mag worden dat een aantal schizofrene patienten geholpen kan worden met endorfinen en dat andere onderzoekers verkeerd te werk zijn gegaan. Dat is de wetenschappelijke wereld op zijn kop zetten".

Verhoeven schudt zijn hoofd. Hij is het duidelijk niet met Ed Brouwer eens. Hij zegt: "In de eerste plaats is Ed Brouwer geen psychiater, hij is bioloog, dus kan onze gegevens niet op de juiste wijze interpreteren. In de tweede plaats gooit

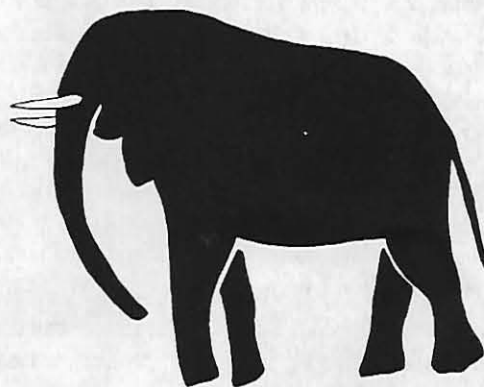
hij alle studies op één hoop en dat kan niet. Franse onderzoekers hebben in hun studie naar endorfinen bijvoorbeeld niet alleen schizofrenen gebruikt, maar ook mensen met alcoholische problemen".

Ed Brouwer: "Het verweer van Verhoeven vind ik bedenkelijk. In mijn oren klinkt het verdacht wanneer een onderzoeker zijn werk moet verdedigen met het argument dat de aanvaller, ik in dit geval, geen expert is. Het is toch duidelijk dat als de resultaten uit een onderzoek alleen door de onderzoeker zelf zijn te interpreteren, de feiten dus niet voor zichzelf spreken, dan is er met het onderzoek iets aan de hand en niet met de onafhankelijke, kritische wetenschapper. De opmerking van Verhoeven over de Franse onderzoekers, waarmee hij mij onderuit wil halen, vind ik in dit verband heel verhelderend. In het Franse onderzoek worden vijftien patiënten met endorfinen behandeld. Veertien van de vijftien worden gediagnostiseerd als schizofreen, zeven ervan volgens een diagnose-model welke Verhoeven zelf ook gebruikt en slechts één patient kan mogelijk vallen in de categorie, schizofreen met alcoholische problemen. Alle patiënten scoren negatief op endorfinen. Verhoeven zegt dat geen enkel onderzoek voldeed aan de criteria die door hem zijn gehanteerd, dus in dat geval kunnen de resultaten ook nooit gelijk zijn. Het verbaast hem niets dat andere onderzoekers niet tot dezelfde resultaten kwamen. Hij haalt het Franse onderzoek weer aan en zegt "Joost mag weten wat ze daar onder schizofrenie verstaan". Als hij deze uitspraak op papier terugleest, verzacht hij zijn eigen woorden door te zeggen dat de diagnostiek niet altijd even duidelijk is.



Ed Brouwer: "het lijkt erop dat Verhoeven als enige nauwkeurig op de hoogte is van wat schizofrenie is. Het verbaast mij dan ook niet dat alleen zijn schizofrenen positief reageren op de endorfinen".

Ed Brouwer vindt dat nieuwe theorieën en daarop gebaseerde therapieën met grote terughoudendheid en zelfs enige achterdocht moeten worden bekeken en toegepast. Er zijn immers al vele hypothesen over een biologische oorzaak van schizofrenie opgesteld, onderzocht en verworpen. Brouwer signaleert het volgende verschijnsel: in de eerste publikatie over de nieuwe theorie worden de resultaten als hoopgevend gepresenteerd en hoewel het uiteindelijke bewijs nog geleverd moet worden, wordt er gesuggereerd dat deze ontdekking dé oplossing van het schizofrenie-probleem zal brengen. Later wil nog wel eens blijken dat deze hoopgevende resultaten bij andere onderzoekers niet werken. Langzaam maar zeker verdwijnt de theorie in de prullebak.



Brouwer denkt dat het onderzoek van De Wied en Verhoeven eenzelfde lot is beschoren. Toch gaat het werk door. Het onderzoek heeft gedurende het tijdsbestek 1980-82 van het Preventiefonds een subsidie van 540 duizend gulden gekregen. Inmiddels is er een nieuwe subsidie aangevraagd. De voortgang van dit type onderzoek lijkt verzekerd en in de toekomst zal blijken of Verhoeven misschien toch het Ei van Columbus in handen heeft. Psychiater Kulenkampf heeft er, blijkens zijn boek "Schizofrenie und Familie", zo zijn eigen idee over. Hij schreef dat "De Olifant van een over heel de wereld voortgezette biochemische, anatomische, genetische en verder natuurwetenschappelijke research over de oorzaak van de schizofrenie nog niet eens een muis heeft gebaard".

Nog afgezien van het feit of een onderzoek al dan niet een muis baart, is

het minstens even zo belangrijk hoe in zo'n onderzoek met patienten wordt omgesprongen. Bij de beoordeling van de redelijkheid van een psychiatrisch onderzoek komen twee aspecten naar voren waaraan aandacht zal moeten worden besteed. De nadruk hierbij komt te liggen op de doelstelling van het onderzoek en de uitvoering ervan. Beide aspecten zullen beoordeeld moeten worden aan de hand van bepaalde criteria.

Volgens de verklaring van Helsinki moeten de doelstelling en de uitvoering van het onderzoek neergelegd worden in een protocol, dat beoordeeld moet worden door een onafhankelijke commissie. In dit protocol moeten de ethische aspecten worden beschreven en worden vermeld dat de beginselen van de Verklaring van Helsinki in acht worden genomen. De integriteit, de privacy en de autonomie is hierbij in belangrijke mate aan de orde. Ook De Wied en Verhoeven hebben, voordat ze patienten aan hun onderzoek hebben laten meedoen, een protocol moeten opstellen. Het werd goedgekeurd door de "Commissie wetenschappelijk onderzoek bij mensen" dat deel uitmaakt van het AZU-ziekenhuis in Utrecht.

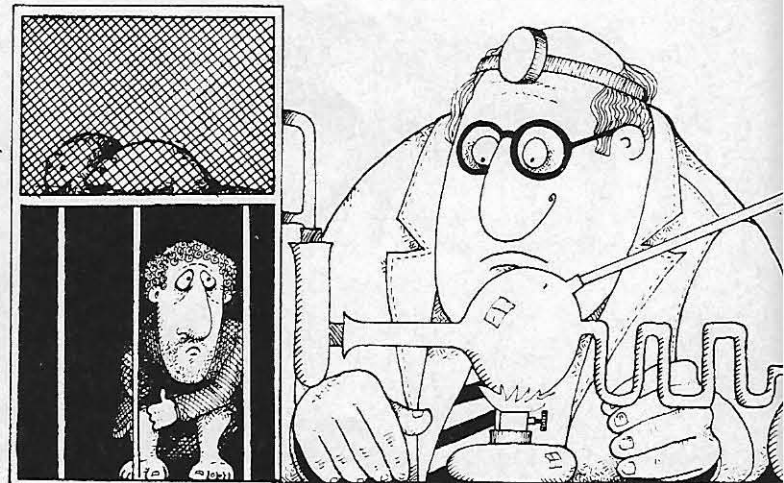
Niettemin zijn er ethische vragen over het onderzoek. Ze worden gesteld door Henk van Gaal. Hij is chemicus, lid van de Klientenbond en vroeger is hij in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen geweest. Van Gaal's grootste bezwaar is dat er geen mensen aan het onderzoek hebben meegedaan die via de gerechtelijke procedure met een machtiging - dus onvrijwillig - in een psychiatrische kliniek zijn opgenomen. Patienten moeten dus wel hun toestemming geven, willen zij aan het onderzoek meedoen, maar in het geval van onvrijwillig opgenomen patienten kan er volgens van Gaal geen sprake zijn van keuzevrijheid. Henk van Gaal: "Mijn bezwaar is niet een machtiging op zich, maar het feit dat een machtiging de situatie dusdanig beïnvloedt dat iemand niet eerlijk meer kan zeggen wat hij voelt ten aanzien van het onderzoek".

Henk van Gaal heeft een jongen gekend die met een machtiging in de kliniek van Wolfheze was opgenomen en aan het onderzoek heeft meegedaan, maar eigenlijk helemaal niet wilde. Hij durfde niet te weigeren, uit angst dat zijn machtiging verlengd zou worden."Objek-

tief is het allemaal goed te praten", zo zegt van Gaal. "Die jongen is toch vrij om al dan niet mee te doen. Maar dat is geklets. Mensen zien niet wat het betekent als je gedwongen vastzit en dan aan zo'n onderzoek meedoet. Je bent dan niet meer vrij. Je bent nog minder vrij dan in de gevangenis. In de gevangenis is het puur vastzitten en anders niks. Er valt niets te chanteren. En in zo'n inrichting is er wel een dreiging. Het hoeft geen geweldige dreiging te zijn, maar voor je gevoel bestaat die toch. Als je nee zegt tegen zo'n onderzoek ben je immers bang dat je machtiging verlengd zal worden".

Verhoeven wil aanvankelijk niet op dit bezwaar ingaan. "Ik ben niet verantwoordelijk voor wat er in de afzonderlijke klinieken gebeurt".

Paul Koch werkt als neuroloog in de kliniek van Wolfheze en heeft zelf niet aan het onderzoek meegewerkt. Hij zegt niet te weten of er ooit mensen met een machtiging aan het onderzoek hebben meegedaan. "Ik kan me dat niet goed voorstellen. Het lijkt me nogal een bezwaar, want je kunt je afvragen in hoeverre iemand vrij is, ook af geeft hij of zij toestemming". De directeur van de kliniek in Wolfheze, psychiater Oosterlee, is verrast als hij de uitspraak van zijn werknemer hoort. Verrast, omdat hij ervan overtuigd is dat er geen bezwaar hoeft te bestaan tegen het opnemen van patienten met een machtiging in het onderzoek, mits aan dezelfde voorwaarden voldaan wordt die ook voor andere patienten gelden en die in het protocol - dat ter bescherming van de patient is opgesteld - zijn opgenomen. Het belangrijkste hierbij is dat er op wordt toegekeken dat de patient zelf de beslis-



sing neemt of hij/zij aan het onderzoek wil meedoen en ook indien de patient er tijdens de behandeling van af wil zien, het onderzoek zonder meer wordt gestaakt. Volgens Oosterlee is dit in zijn kliniek ook steeds gebeurd.

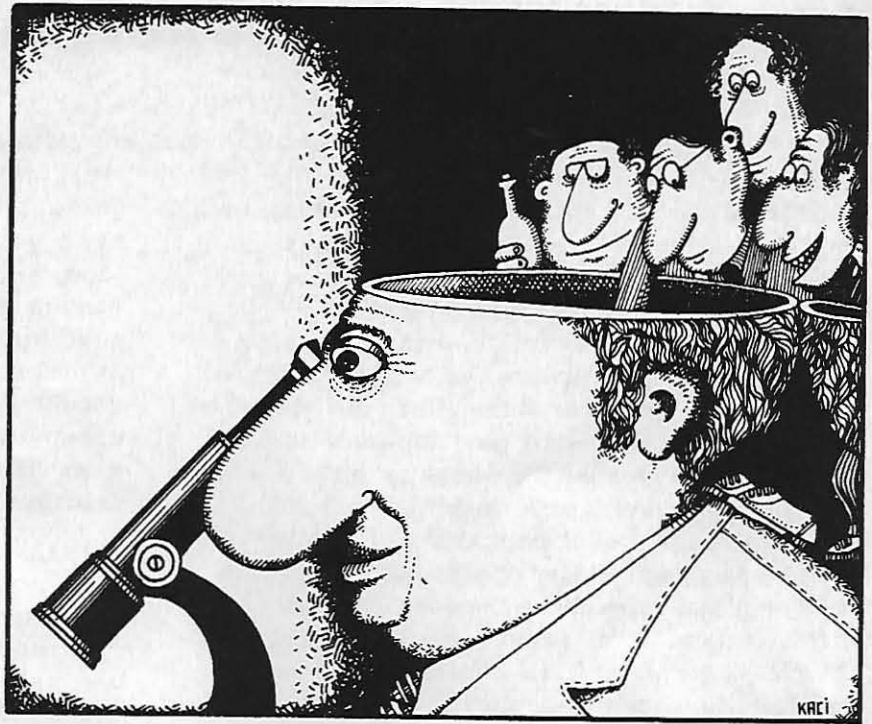
"Ik heb de overtuiging dat mensen zich makkelijk aan het onderzoek kunnen onttrekken. Wij hebben gestreefd naar een optimale vrijheid voor de patient, maar ik kan niet bewijzen in welke mate dat gelukt of mislukt is".

Het probleem is duidelijk. Oosterlee kan niet bewijzen in welke mate het hem gelukt is een optimale vrijheid voor zijn patienten na te streven, maar Van Gaal kan evenmin bewijzen dat als iemand met een machtiging "ja" zegt tegen een onderzoek dat dat dan niet een vrije keuze zou zijn.

Anders wordt het als een jongen met een machtiging aan het onderzoek meedoet, niet durft te weigeren en later zelfmoord pleegt. Van Gaal heeft zo'n jongen gekend. Hoewel hij geen direkt verband wil leggen tussen de zelfmoord van deze jongen en het onderzoek, is het volgens hem één van de duwtjes in de verkeerde richting geweest. Er is onvoldoende grond om uitgebreid op deze zelfmoord in te gaan, zoiets blijft ongrijpbaar, waar het om gaat is dat de onderzoeker (Verhoeven) en de behandelaar (Oosterlee) zich nu eenmaal op glad ijs begeven als zij mensen met een machtiging aan het onderzoek mee laten doen, want als er dan iets misgaat, zal het onderzoek altijd in een minder goed daglicht komen te staan.

Dat kan vermeden worden door je in zo'n onderzoek te beperken tot mensen die vrijwillig in de kliniek zijn opgenomen, omdat daar de verhoudingen al veel minder kwetsbaar liggen.

Verhoeven schaaft zich niet achter het probleem. "Je moet een machtiging wel op de juiste manier interpreteren. De behandeling met endorfinen is telkens op vrijwillige basis uitgevoerd. Ik vind het echt flauwekul om de zelfmoord van de jongen in Wolfheze in verband met het onderzoek te brengen. Er zijn wel meer mensen die zelfmoord plegen in een



psychiatrisch ziekenhuis, vrij veel zelfs, maar dat heeft niets met het onderzoek te maken. Er bestaat ook zoiets als vooroordelen. Ik trek de oprechte bewogenheid van Henk van Gaal niet in twijfel, maar hij kan ook bevooroordeeld zijn. Onbekend maakt onbemind. Als je maar vaak genoeg zegt dat het allemaal niet deugt, dan kan er in Nederland helemaal niets meer gebeuren".

Edwin Oostmeijer
augustus 1983



Liberta, een causaal antidepressivum

Een omstreden onderzoek

Uit: Bulletin van de Clientenbond, 9e jaargang 1981, nr. 2

De afgelopen 10 jaar is door diverse buitenlandse psychiaters met succes gebruik gemaakt van een nieuw middel bij de bestrijding van depressies: *liberta*. Zoals bij veel antidepressiva treedt de antidepressieve werking pas in na twee tot zes weken. Bij de aanvang van de therapie met *liberta* bestaat dan ook een verhoogde kans op zelfmoord, omdat de patient wel door de therapie onmiddellijk geactiveerd wordt, terwijl zijn depressie nog enige weken kan blijven voortbestaan. Gewoonlijk is begeleiding door iemand die ervaring heeft met dit middel een afdoende bescherming tegen zelfmoord.

Bijwerkingen zijn er niet, behalve dan de gewenning aan het middel: patienten willen vanaf de eerste toediening niet meer zonder. Bij staken van het middel kunnen dan ook heftige ontwenningss-reakties optreden. Een onervaren arts kan deze ontwenningssreakties verkeerd interpreteren, wat aanleiding kan zijn tot het geven van een verkeerde opvolgende therapie.

Omdat het middel causaal werkt, zal het niet voor alle depressies gelijkelijk werkzaam zijn. Maar met name een groot aantal psychiatrogene depressies zijn reeds met succes bestreden. Zo scoorde in Italië Dr. Basaglia positieve resultaten bij meer dan 800 van een groep van 1100 patienten. (zie het verslag hierover in het Bulletin van februari 1978).

Interakties met diverse geneesmiddelen zijn nog niet gevonden. Het lijkt erop dat soms de dosering van psychofarmaca die reeds vóór de aanvang van de therapie met *liberta* zijn voorgeschreven, verlaagd kan worden.

Liberta is in Nederland bekend onder de naam Vrijheid. Het is helaas nog niet opgenomen in het formularium van geneesmiddelen, zodat slechts weinig artsen het aan hun patienten voorschrijven. Veel patienten die van het middel gehoord hebben, proberen er klandestien aan te komen. Helaas is dan de begeleiding vaak gebrekkig, waardoor het middel onvoldoende tot zijn recht

komt. Dit wekt bij veel artsen weer de indruk dat patienten vaak verkeerd op het middel reageren, wat zich uit in de veel-gehoorde slogan: "je kunt je vrijheid niet aan".

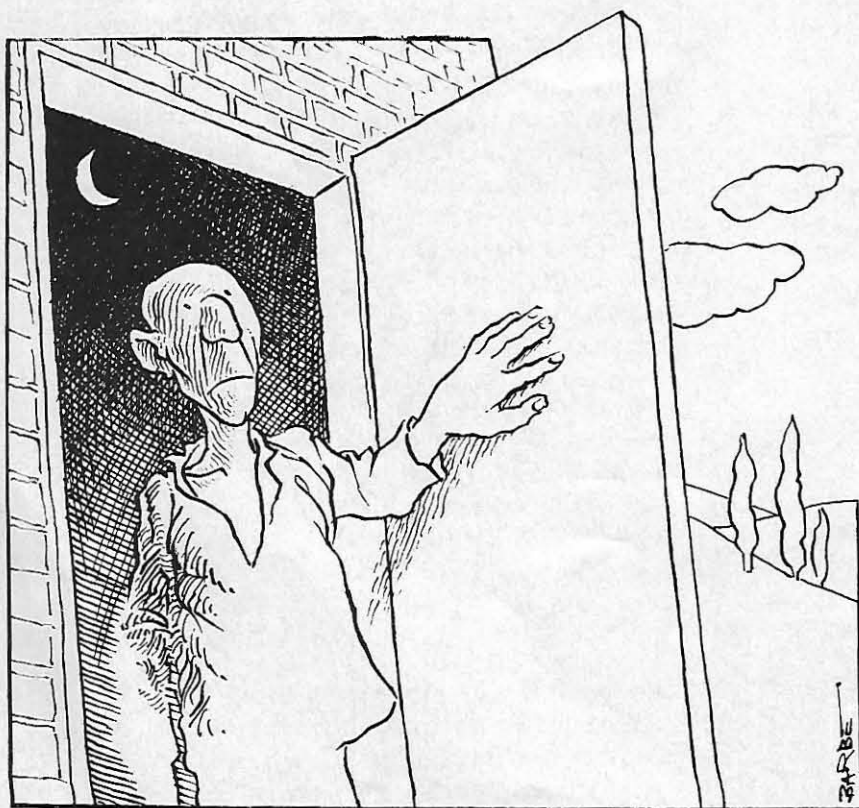
Het experiment van de italiaanse psychiaters is echter wetenschappelijker opgezet en wij nemen dan ook hun konklusie volmondig over:

"*la liberta è terapeutica*", de vrijheid is heilzaam.

Henk van Gaal

Verklarende woordenlijst

psychiatrogeen = door psychiaters of de psychiatrie veroorzaakt.
causaal = oorzakelijk, op de oorzaak (van depressies)
formularium = verzameling recepten.
interaktie = onderlinge beïnvloeding.



Liberta maakt van de nacht weer dag!

Anetholtrithion, een middel tegen droge mond

"De bijwerking: als je (in de isoleercel) wakker werd, was je mond zo droog, dat je je lippen niet van elkaar kon krijgen, tenzij je water kreeg. Je kon echter niet roepen. Soms was je neus ook nog verstopt en zo lag je dan uren half stikkend te wachten"

uit: "Van aanpassing tot zelfmoord, verslag van de enquête: positie psychiatrische patienten in Nederland"

INLEIDING

Droge mond kan diverse oorzaken hebben, zoals infectieziektes, suikerziekte, ouderdomsgebreken enz. Droge mond is ook een veelvuldig voorkomende iatrogene klacht: a. vanwege beschadiging van de speekselklieren door bestraling bij kanker in het mond-neus-keel gebied en b. medicijnen met een anti-cholinergetische (bij)werking. Onder dit laatste vallen vrijwel alle psychofarmaca (anti-depressiva, neuroleptica, anti-Parkinson middelen, minor tranquilizers) en orale antidiabetica.

De gevolgen van droge mond zijn divers: slechtere spijsvertering, maag-darm klachten, slechtere mondhygiëne, cariës en mondinfectie. Behandeling van droge mond is op meerdere manieren geprobeerd:

- veel en vaak drinken helpt niet, de klacht komt onmiddellijk terug;
- ook snoepen (dropjes, pepermuntjes) lossen het probleem niet op;
- kunstmatig speeksel toedienen helpt niet langer dan een half uur;
- een 'rationele' behandeling met cholinergische stoffen zoals *pilocarpine* of *betanechol* werkt wel, maar de overige cholinergische effecten leiden tot dusdanig ongewenste bijwerkingen dat deze middelen erger zijn dan de kwaal.

Een effectieve, onschadelijke medicamenteuze therapie is min of meer bij toeval ontdekt in 1969 in Frankrijk. Het bleek dat *anetholtrithion*, een galopwekkend middel dat al eeuwenlang bekend was en in het verleden als panacee aangeprezen werd, de speekselvloed bevorderde. *Anetholtrithion* heeft een selectieve werking op sommige cholinergische effecten, maar vertoont geen van de ongewenste bijwerkingen van de cholinergische stoffen. Gerapporteerde bijwerking is soms diarree, maar bij toepassing tegen droge mond door psychofarmaca is dit geen bezwaar, eerder een voordeel. Een enkele maal is oppressie in de bovenbuik als bijwerking vermeld. *Anetholtrithion* staat niet in

de "Registry of Toxic Effects of Chemical Substances" (RTECS), de Amerikaanse lijst van toxische stoffen. In Nederland staat het op de UA lijst (lijst van stoffen uitsluitend verkrijgbaar via de apotheker) maar niet op de UR lijst (lijst van stoffen uitsluitend verkrijgbaar op medisch recept).

MERKNAMEN EN LEVERANCIERS

(niet in Nederland).

Felviten^R, fa. Grünenthal, Duitsland, importeurs tot ca. 1976: fa. Pharbil B.V., Wijnhaven 44, 3011 WS Rotterdam, die het als cholagogum in de handel bracht, maar de indicatie als werkzaam tegen droge mond niet opgenomen had; wegens gebrek aan belangstelling is het uit de handel genomen.

Mucinol^R, fa. Kali-Chemie, Duitsland, importeur fa. Schmidt B.V., Jan Rebelstraat 8, Amsterdam.

Sulfarlem^R en *Sulfarlem S25*^R, fa. Latéma, Frankrijk, importeur eveneens fa. Schmidt.

Felviten is per gewicht 4x duurder dan *Sulfarlem S25*.

LITERATUURGEGEVENS

Met behulp van de Index Medicus (1969-april 1981) en de Index Dental Literature (1969-1979) zijn onder de sleutelwoorden "xerostomia", "anetholtrithione" en "anisoles" 16 artikelen gevonden die melding maken van klinische experimenten met *anetholtrithion*. Dit aantal beslaat waarschijnlijk het merendeel van de informatie die sinds 1969 over *anetholtrithion* in relatie tot medische toepassingen is verschenen.

De artikelen bespreken studies van de opwekking van de speekselvloed bij patienten waarbij xerostomia een gevolg was van psychofarmaca gebruik of van röntgenbestraling van het keel-neus- en

oorgebied. De dagelijkse dosis anetholtrithion liep uiteen van 20-150 mg. De vijf onderzoeken die bij psychofarmacagebruikers waren uitgevoerd, gaven verbeteringen van 100%, 100%, 80%, 80% en 65%. Bij bestraalde patiënten waren de verbeteringen 100%, 95%, 87%, 75% en 65%; in een dubbelblindonderzoek werd 25% verbetering met anetholtrithion zowel als 25% verbetering met placebo gevonden, het betrof hier echter een groep van patiënten waarvan de speekselklieren zeer ernstig door bestraling waren aangetast, en het onderzoek strekte zich uit over de beginperiode na de bestraling.

Het speekselopwekkend effect treedt na enige dagen tot een week in bij gebruikers van psychofarmaca, en is blijvend over de gehele dag. Bij xerostomia door bestraling treedt het effect langzamer op, maar zet de verbetering nog maandenlang door: de hoge verbeteringspercentages hebben betrekking op patiënten langdurig met anetholtrithion behandeld.

Als bijwerking van anetholtrithion bij psychofarmacagebruikers wordt in een artikel zeldzaam optredende digestieproblemen genoemd. Andere bijwerkingen worden niet vermeld. Het middel heeft zelfs een vermindering van de opstipatie tot gevolg. Obstipatie is een klacht waarmee veel psychofarmacagebruikers kampen.

Bij de niet psychofarmacagebruikers kan diarree optreden (tot 10% van de proefpersonen) en eenmaal is melding gemaakt van een "oppressie gevoel in de bovenbuik" kort na de inname, een gevoel dat niet meer terugkwam toen de toediening van anetholtrithion werd gestaakt.

Als contra-indicatie wordt genoemd: obstructie van de galwegen. Wij zouden als contra-indicatie hieraan toe willen voegen: het gebruik van Lithium-zouten in een combinatie van psychofarmaca.

Als bijverschijnsel wordt genoemd geelkleuring van de urine. Een gebruiker die wij spraken, vertelde dat hij enige dagen na aanvang van de therapie met anetholtrithion een zoete smaak in zijn mond kreeg. Dit duidt op een verbeterde zetmeelvertering.

Behalve tegen droge mond werkt anetholtrithion ook tegen droge ogen veroorzaakt door medicijngebruik.



MAATSCHAPPELIJKE BEOORDELING

We hebben een dertigtal (ex) psychiatrische patiënten naar hun mening over de wenselijkheid van het middel gevraagd. De menigen waren verdeeld: (ex)gebruikers van psychofarmaca waren merendeels vóór, een enkeling slikte niet graag nóg meer medicijnen; en een minderheid van (ex)patiënten, overwegend nietgebruikers van psychofarmaca, was tegen, vooral om principiële stellingname tegen medicijnen.

Een vijftal artsen, over het onderwerp benaderd, gaf aan dat zij het middel niet kenden en er erg in geïnteresseerd waren. De reacties van een viertal apothekers waren verdeeld, een eerste afwijzende reactie tegen het uitbreiden van het aantal medicijnen en vervolgens een gematigd positieve mening over het mogelijke nut van het middel.

Een kritische medicijnengids uit Frankrijk (Pradal, 1980) noemt het middel: "efficace avec certitude, dénué de toxicité et d'un prix raisonnable". Een apotheker in Cherbourg noemde het middel vrij veel verkocht.

Rens Smit
Berry Keizer
Piet van den Oetelaar
Henk van Gaal

Afdeling Chemie en Samenleving, Faculteit der Wiskunde en Natuurwetenschappen
Katholieke Universiteit Nijmegen

DETERMINEERTABEL MEDICIJNEN IN DE PSYCHIATRIE

A. Neuroleptica

ANATENSOL (<i>flufenazine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 30 mg
5 mg: dragee, wit, doorsnee 9 mm. Zie ook bij depôtmedicijnen.	
BURONIL (<i>melperon</i>)	maximale dosis per 24 uur: 400 mg
25 mg: dragee	
CISORDINOL (<i>cis-clopenthixol</i>)	maximale dosis per 24 uur: 75 mg
5 mg: dragee	als drank: 2 mg/ml
10 mg: dragee	injektie: 25 mg/ml
25 mg: dragee	Zie ook bij depôtmedicijnen.
DARTAL (<i>thiopropazaat</i>)	maximale dosis per 24 uur: 100 mg
5 mg: tablet, wit, doorsnee 8 mm, code: SEARLE	
10 mg: tablet, wit, doorsnee 9 mm, code: SEARLE/10	
DEHYDROBENZPERIDOL (<i>droperidol</i>)	maximale dosis per 24 uur: 500 mg
5 mg: tablet	injektie: 2,5 mg/ml
DIPIPERON (<i>pipamperon</i>)	maximale dosis per 24 uur: 500 mg
40 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 8 mm.	
DOGMATIL (<i>sulpiride</i>)	maximale dosis per 24 uur: 800 mg
50 mg: capsule, wit, lengte 13 mm. Drank: 5 mg/ml, injectie: 50 mg/ml	
200 mg: tablet, wit met breukcruis, doorsnee 10 mm, code D200.	
DOMINAL (<i>prothiopydyl</i>)	maximale dosis per 24 uur: 800 mg
40 mg: dragee, lichtgroen, doorsnee 8 mm. injectie: 20 mg/ml	
80 mg: tablet, lichtoranje, doorsnee 9 mm, "dominal forte".	
ENTUMINE (<i>clotiapine</i>)	maximale dosis per 24 uur: ?
40 mg: tablet	injektie: 10 mg/ml
ESUCÓS (<i>dixyrazine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 75 mg
10 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 5 mm, code: UCB	
25 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 7 mm, code: UCB	
FLUANXOL (<i>flupentixol</i>)	maximale dosis per 24 uur: 30 mg
½ mg: dragee, lichtrood, doorsnee 7 mm.	
1 mg: dragee, lichtrood, doorsnee 8 mm.	
3 mg: dragee, rood, doorsnee 9 mm. Zie ook bij depôtmedicijnen.	
FRENACTIL (<i>benperidol</i>)	maximale dosis per 24 uur: 6 mg
druppels, 1 mg/ml = 1mg/20 druppels.	
HALDOL (<i>haloperidol</i>)	maximale dosis per 24 uur: 20 mg
½ mg: capsule, wit/groen, lengte 13 mm. Druppels: 2 mg/ml	
1 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 7 mm. injectie: 5 mg/ml	
5 mg: tablet, lichtblauw met breukcruis, doorsnee 7 mm.	
10 mg: tablet	Zie ook bij depôtmedicijnen.
20 mg: tablet	
IMAP (<i>fluspirileen</i>)	Zie bij depôtmedicijnen.
IMPROMEN (<i>broomperidol</i>)	maximale dosis per 24 uur: 20 mg
1 mg: tablet	Druppels: 2 mg/ml
5 mg: tablet	
10 mg: tablet	
LARGACTIL (<i>chloorpromazine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 600 mg
25 mg: tablet, oranje met breukgleuf, doorsnee 7 mm, code: LARG	
100 mg: tablet, oranje met breukcruis, doorsnee 11 mm, code: LARG	
zetpillen van 25 mg en 100 mg; injectie: 5 mg/ml	



LIDANIL (<i>mesoridazine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 300 mg
25 mg: dragee, rose of rood, doorsnee 8 mm, code: SANDOZ/IZ	
50 mg: dragee, rose of rood, doorsnee 10 mm, code: SANDOZ QU/50	
LOXAPAC (<i>loxapine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 250 mg
10 mg: tablet, lichtgroen, doorsnee 7 mm, code: 10 mg	
25 mg: tablet, lichtgroen, doorsnee 9 mm, code: 25 mg	
50 mg: tablet, lichtgroen, doorsnee 10 mm, code: 50 mg	
LUVATREN (<i>moperon</i>)	maximale dosis per 24 uur: 40 mg
5 mg: tablet, lichtbruin, doorsnee 6 mm.	
MAJEPTIL (<i>thiopropazine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 60 mg
1 mg: tablet, wit, doorsnee 7 mm, code: MAJ. Druppels: 40 mg/ml	
10 mg: tablet, lichtgeel, breukgleuf, doorsnee 8 mm, code Majeptil 10	
MELLERIL (<i>thioridazine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 800 mg
10 mg: dragee, lichtgroen, doorsnee 6 mm, "mellerette".	
25 mg: dragee, bruin, doorsnee 8 mm. Siroop 10 mg/ml	
50 mg: dragee, groen, doorsnee 9 mm.	
100 mg: dragee, blauwgroen, doorsnee 10 mm.	
200 mg: tablet met vertraagde afgifte, "melleril retard", wit-geel-groen rood gespikkeld, breukkruis, doorsnee 12 mm, code: SANDOZ	
MODITEN (<i>flufenazine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 20 mg
½ mg: dragee, oranje, doorsnee 7 mm.	
1 mg: dragee, rose, doorsnee 8 mm.	
2½ mg: dragee, donkergeel, doorsnee 8 mm, "moditen forte"	
NAVANE (<i>thiotixeen</i>)	maximale dosis per 24 uur: 30 mg
10 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 7 mm, code: J2	
NEDELTRAN (<i>alimemazine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 300 mg
5 mg: tablet, rose, breukgleuf, doorsnee 8 mm, diverse codes.	
10 mg: tablet, rose, breukgleuf, doorsnee 9 mm, soms code T.	
25 mg: tablet, rose, breukgleuf, doorsnee 9 mm, soms code 25. Siroop, ½ mg/ml, druppels: 40 mg/ml, injectie: 5 mg/ml.	
NEULEPTIL (<i>periciazine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 70 mg
5 mg: capsule, groen + transparant, gele inhoud, lengte 10 mm.	
10 mg: capsule, lichtgroen, lengte 10 mm.	
25 mg: tablet	
NOZINAN (<i>levomepromazine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 400 mg
2 mg: tablet, lichtrose, doorsnee 7 mm, code N-2. "minozinan".	
25 mg: tablet, wit met breukkruis, doorsnee 9 mm, code NOZ-25.	
100 mg: tablet, wit met breukkruis, doorsnee 12 mm, code NOZ-100. zetpil, 10 mg en 50 mg. druppels: 40 mg/ml, injectie: 25 mg/ml	
OPERTIL (<i>oxypertine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 200 mg
40 mg: tablet, oranje met breukgleuf, doorsnee 9 mm, code: OTL.	
ORAP (<i>pimozide</i>)	maximale dosis per 24 uur: 8 mg
1 mg: tablet, zeer licht orange, doorsnee 7 mm.	
4 mg: tablet, lichtgeel, breukkruis, doorsnee 7 mm. "orap forte".	
PIPORTIL (<i>pipothiazine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 60 mg
10 mg: tablet, geel met breukgleuf, doorsnee 7 mm, code: PIP druppels, 40 mg/ml. Zie ook bij depötmedicijnen.	
PRAZINE (<i>promazine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 800 mg
25 mg: dragee, geel-oranje, doorsnee 7 mm. injectie: 25 mg/ml	
50 mg: dragee, lichtrood, doorsnee 9 mm. injectie: 50 mg/ml	
100 mg: dragee, donkerrose, doorsnee 10 mm. drankje, 30 mg/ml en 100 mg/ml (tast ook verdund de slokdarm aan)	
RANDOLECTIL (<i>butyrylperazine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 30 mg
2½ mg: tablet, geel met breukgleuf, doorsnee 6 mm.	
10 mg: tablet	
SEMAP (<i>penfluridol</i>)	1 week werkzaam, maximale dosis per 24 uur: 60 mg
20 mg: tablet, lichtgroen met breukkruis, doorsnee 8 mm.	
SIQUIL (<i>triflupromazine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 400 mg
10 mg: tablet, rose, doorsnee 8 mm. injectie: 10 mg/ml	
25 mg: tablet, lichtgeel, doorsnee 8 mm	
50 mg: tablet, geelgroen, doorsnee 10 mm	

- SORDINOL (*clopentixol*) maximale dosis per 24 uur: 150 mg
 5 mg: dragee, blauw, doorsnee 6 mm. Zie ook bij depôtmedicijnen.
 10 mg: dragee, donderblauw, doorsnee 7 mm
 25 mg: dragee, donkerblauw, doorsnee 8 mm
- STEMETIL (*prochloorperazine*) maximale dosis per 24 uur: ?
 10 mg: tablet, crème-wit, breukgleuf, doorsnee 7 mm, code: T en 10
 zetpil, 5 mg en 25 mg, druppels: 10 mg/ml, injectie: 5 mg/ml
- TARACTAN (*chloorprotixeen*) maximale dosis per 24 uur: 300 mg
 5 mg: dragee, vleeskleurig, doorsnee 5 mm. injectie: 15 mg/ml
 15 mg: dragee, vleeskleurig, doorsnee 6 mm
 50 mg: dragee, doorsnee 9 mm
- TAXILAN (*perazine*) maximale dosis per 24 uur: 600 mg
 25 mg: dragee, oranje, doorsnee 8 mm, soms code Taxilan
 100 mg: dragee, lichtrood, doorsnee 10 mm; tablet wit, doorsnee 11 mm
 druppels: 44 mg/ml, injectie: 25 mg/ml
- TERFLUZINE (*trifluoperazine*) maximale dosis per 24 uur: 60 mg
 1 mg: tablet, rose, doorsnee 6 mm
 10 mg: tablet, rose met breukgleuf, doorsnee 9 mm. code: T
 100 mg: tablet, geel met breukgleuf, doorsnee 9 mm. PAS OP: in één
 tablet zit méér dan de aanbevolen maximale dagdosis!
 druppels: 40 mg/ml; injectie: 2 mg/ml
- TORECAN (*thi-ethylperazine*) (voorgeschreven tegen braken en reisziekte)
 6,5 mg: dragee, oranje, doorsnee 7 mm. code: SANDOZ/YT
 zetpil, 6,5 mg; injectie: 6,5 mg/ml
- TRILAFON (*perfenazine*) maximale dosis per 24 uur: 24 mg
 2 mg: dragee, lichtgrijs, doorsnee 7 mm. code in zwart: \$chering
 4 mg: dragee, lichtgrijs, doorsnee 7 mm. code in groen: \$chering
 8 mg: dragee, wit of lichtgrijs, doorsnee 9 mm. code in blauw: \$chering
 16 mg: dragee, zeer lichtgrijs, doorsnee 9,5 mm. code in rood: \$chering
 2x4 mg: dragee, wit, doorsnee 9 mm. code in zwart: \$chering,
 depôtinjectievloeistof (zie daar)
 siroop: 0,4 mg/ml; injectie: 5 mg/ml
- TRIPERIDOL (*trifluoperidol*) maximale dosis per 24 uur: 3 mg
 0.25 mg: tablet, zeer licht rose, doorsnee 7 mm. Druppels: 1 mg/ml
- TRUXAL (*chloorprotixeen*) maximale dosis per 24 uur: 300 mg
 5 mg: dragee. injectie: 50 mg/ml; drankje 10 mg/ml
 10 mg: dragee.
 25 mg: dragee.

DEPOTNEUROLEPTICA (werkingsduur van 1 tot 4 weken)

- ANATENSOL DECANOAAAT (*flufenazine*) 25 mg/ml: 3 à 4 weken werkzaam
 ANATENSOL ENANTHAAT (*flufenazine*) 25 mg/ml: ca. 2 weken werkzaam
 CISORDINOL DEPOT (*cis-cloperthixol-decanoaat*) ca. 3 weken werkzaam
 FLUANXOL DEPOT (*flupentixol-decanoaat*) 20 mg en 100 mg/ml: ca. 2 weken werkzaam
 HALDOL DECANOAAAT (*haloperidol-decanoaat*) 50 mg/ml: 3 à 4 weken werkzaam
 IMAP (*fluspirileen*) 2 mg/ml: ca. 1 week werkzaam
 PIPORTIL MEDIUM (*pipothiazine undecylenaat*) 25 mg/ml: ca. 2 weken werkzaam
 PIPORTIL LONGUM (*pipothiazine palmitaat*) 25 mg/ml: ca. 4 weken werkzaam
 SEMAP (*penfluridol*) in tabletvorm, zie boven 20 mg: ca. 1 week werkzaam
 SORDINOL DEPOT (*cloperthixol-decanoaat*) 200 mg/ml: ca. 3 weken werkzaam
 TRILAFON DEPOT (*perfenazine-enantaat*) 100 mg/ml: ca. 2 weken werkzaam



B. MIDDELEN TEGEN BEWEGINGSSTOORNISSEN

A. Anti-Parkinson middelen tegen chemisch Parkinsonisme (bewegingsstoornissen als akute bijwerking van neuroleptica, en soms van antidepressiva).

- AKINETON (*biperideen*) maximale dosis per 24 uur: 6 mg
2 mg: tablet, wit met breukkruis, doorsnee 9 mm. code: gekromd driehoekje
injectie: 5 mg/ml
- ARTANE (*trihexyfenidyl*) maximale dosis per 24 uur: 20 mg
2 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 8 mm.
5 mg: capsule, blauwgroen of groen transparant, 11 of 12 mm lang
5 mg: tablet met vertraagde afgifte.
- COGENTIN (*benzatropine*) maximale dosis per 24 uur: 6 mg
2 mg: tablet, wit met breukkruis, doorsnee 7 mm. code: MSD
- DISIPAL (*orgenadrine*) maximale dosis per 24 uur: 300 mg
25 mg: dragee, wit, doorsnee 6,5 mm (disipalette)
50 mg: dragee, geel of wit, doorsnee 7,5 mm. met of zonder code: DISIPAL
100 mg: dragee, lichtblauw, doorsnee 9,5 mm. code: DISIPAL/100
- KEMADRIN (*procyclidine*) maximale dosis per 24 uur: 60 mg
5 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 9 mm. code: WELLCOME S 3 A
- PARALEST (*trihexyfenidyl*) maximale dosis per 24 uur: 20 mg
2 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 9 mm
5 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 9 mm
- SYMMETREL (*amantadine*) maximale dosis per 24 uur: 300 mg
100 mg: capsule, ellipsvormig donkerrood, 15 mm. lang; code: GEIGY
- TREMARIL (*methixeen*) maximale dosis per 24 uur: 60 mg
5 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 7 mm. code: 3C
15 mg: tablet, orangje doorsnee 10 mm. vertraagde afgifte.
- TREMBLEX (*dexetimide*) maximale dosis per 24 uur: 1 mg
0,5 mg: tablet, lichtoranje met breukgleuf, doorsnee 8 mm
injectie: 0,125 mg/ml
- BENADRYL (*difenhydramine*) zie onder slaapmiddelen.

B. Middelen voorgeschreven tegen "tardive dyskinesia" ("late bewegingsstoornissen", optredend na langdurig gebruik van neuroleptica, en soms van antidepressiva). Van geen van deze middelen is met zekerheid bekend of zij effectief zijn.

- DEANOL (*dimethylaminoethanol*) maximale dosis per 24 uur: 300 mg
(zie ook bij middelen tegen hyperactiviteit)
- DEPAKINE (*natriumvalproaat*) zie bij anti-epileptica
- NITOMAN (*tetrabenazine*) maximale dosis per 24 uur: 200 mg
(heeft misschien ook neuroleptische eigenschappen)

C. Enkele anti-epileptica = anticonvulsiva

C-1 BENZODIAZEPINE-DERIVATEN (zie onder kalmeringsmiddelen)

C-2 BARBITURATEN, vooral Luminal (*fenylbarbital*) (zie onder slaapmiddelen)

- C-3 DEPAKINE (*natriumvalproaat*) maximale dosis per 24 uur: 1800 mg
150 mg: dragee, lichtblauw, doorsnee 10 mm
300 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 13 mm
300 mg: dragee, wit, doorsnee 11 of 12 mm
300 mg: tablet, geel, doorsnee 13 mm (vertraagde afgifte)

C-4 TEGRETOL (*carbamazepine*) maximale dosis per 24 uur: 1800 mg
(is verwant aan tricyclische antidepressiva, zie aldaar)
200 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 9 mm. code: GEIGY

C. Anti-depressiva

1a. TRICYCLISCHE ANTIDEPRESSIVA

ANAFRANIL (<i>clomipramine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 150 mg
10 mg: dragee, geel, driehoekig, doorsnee 6 mm. code: GEIGY	
25 mg: dragee, lichtgeel, doorsnee 6 mm. code: GEIGY	
injektie: 25 mg/ml	
CONCORDIN (<i>protriptyline</i>)	maximale dosis per 24 uur: 60 mg
5 mg: tablet, rose, doorsnee 6 mm. soms code: MSD 26	
10 mg: tablet, wit, doorsnee 6,5 mm	
EVADYNE (<i>butriptyline</i>)	maximale dosis per 24 uur: 200 mg
25 mg: tablet, oranje, doorsnee 9 mm	
50 mg: tablet, rose, doorsnee 9 mm	
INSIDON (<i>opipramol</i>)	maximale dosis per 24 uur: 250 mg
50 mg: dragee rose, doorsnee 8 mm. code: GEIGY	
LINOSTIL (<i>dimetacrine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 400 mg
25 mg: dragee, lichtgeel, doorsnee 5,5 mm	
50 mg: dragee, groenblauw, doorsnee 7 mm	
NORTRIPTYLIN (<i>nortriptyline</i>)	maximale dosis per 24 uur: 150 mg
10 mg: dragee, geel, doorsnee 6 mm. injektie: 10 mg/ml	
25 mg: dragee, geelgroen, doorsnee 7 mm	
NOVERIL (<i>dibenzepine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 480 mg
80 mg: dragee, oranje, doorsnee 8 mm. injektie: 20 mg/ml	
240 mg: tablet (retard) langgerekt wit met breuklijn, 18 mm lang;	
code: WANDER 3T	
PERTOFRAN (<i>desipramine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 200 mg
25 mg: tablet, vleeskleur, doorsnee 6 mm. code: GEIGY EW	
QUITAXON (<i>doxepine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 300 mg
5 mg: dragee, ivoor of beige, doorsnee 7 mm. injektie 12,5 mg/ml	
10 mg: dragee, lichtbruin, doorsnee 7 mm	
25 mg: dragee, wit, doorsnee 9 mm	
50 mg: tablet, donkergeel met breukgleuf, doorsnee 10 mm	
SAROTEX (<i>amitriptyline</i>)	maximale dosis per 24 uur: 150 mg
10 mg: dragee, donkerrood, doorsnee 6 mm. injektie: 10 mg/ml	
25 mg: dragee, donkerrood, doorsnee 7 mm	
SAROTEX RETARD (<i>amitriptyline</i>)	maximale dosis per 24 uur: 150 mg
25 mg: capsule, rood en geel, 15 mm lang	
50 mg: capsule, rood, 17 mm lang	
SENSAVAL (<i>nortriptyline</i>)	maximale dosis per 24 uur: 150 mg
10 mg: dragee, rose, doorsnee 7 mm	
25 mg: dragee, rose, doorsnee 7 mm	
SINEQUAN (<i>doxepine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 300 mg
10 mg: capsule, rood en blauw, 13 mm lang	
25 mg: capsule, rood en rose, 13 mm lang	
50 mg: capsule, rood en geel, 19 mm lang	
75 mg: capsule,	
100 mg: capsule, blauw, 21 mm lang	
SURMONTIL (<i>trimipramine</i>)	maximale dosis per 24 uur: 200 mg
25 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 8 mm. soms met code: SURM 25	
100 mg: tablet, ivoor met breukgleuf, doorsnee 11 mm. code: SURM 100	



- TOFRANIL (*imipramine*) maximale dosis per 24 uur: 300 mg
 10 mg: dragee, driehoekig, lichtrood, doorsnee 6,5 mm. code: GEIGY
 25 mg: dragee, donkerrose, doorsnee 6 mm. code: GEIGY
 injectie: 12,5 mg/ml
- TRAUSABUN (*melitraceen*) maximale dosis per 24 uur: 225 mg
 10 mg: dragee, donkeroranje, doorsnee 6 mm
 25 mg: dragee, wit, doorsnee 7 mm
- TRYPTIZOL (*amitriptyline*) maximale dosis per 24 uur: 150 mg
 10 mg: tablet, lichtblauw, doorsnee 6 mm. code: MSD 23
 25 mg: tablet, geel, doorsnee 6,5 mm, code: MSD 45
 50 mg: tablet, oudrose, doorsnee 8 mm. code: MSD 102
 75 mg: tablet
 siroop: 2 mg/ml; injectie: 10 mg/ml
- MENGPREPARATEN DIE TRICYCLISCHE ANTIDEPRESSIVA BEVATTEN
- LIMBITROL: 12.5 mg amitriptyline + 5 mg chloordiazepoxide
 capsule, lichtgroen en rose, 13 mm lang
 25 mg amitriptyline + 10 mg chloordiazepoxide
 capsule, groen en rose, 17 mm lang
 (voor chloordiazepoxide (librium), zie bij kalmeringsmiddelen)
- MUTABON A: 10 mg amitriptyline + 4 mg perfenazine
 dragee, oranje, doorsnee 8 mm; code: A §
- MUTABON D: 25 mg amitriptyline + 2 mg perfenazine
 dragee, rose, doorsnee 8 mm; code: D §
- MUTABON F: 25 mg amitriptyline + 4 mg perfenazine
 dragee, donkerrood, doorsnee 8 mm; code: F §
 (voor perfenazine (trilafon), zie bij neuroleptica)
- 1b. ISOCHINOLINEDERIVATEN EN TETRACYCLISCHE ANTIDEPRESSIVA
- ALIVAL (*nomifensine*) maximale dosis per 24 uur: 200 mg
 25 mg: capsule, oranje, 13 mm lang
 50 mg: capsule, oranje en lichtbruin, 17 mm lang
- LUDIOMIL (*maprotiline*) maximale dosis per 24 uur: 150 mg
 25 mg: tablet, oranje, doorsnee 6 mm; code: CIBA/DP
 50 mg: tablet, donkeroranje, doorsnee 7 mm; code: CIBA/ER
 75 mg: tablet, rood met breukgleuf, doorsnee 8 mm; code: CIBA/FS
- TOLVIN (*mianserine*) maximale dosis per 24 uur: 90 mg
2. M.A.O. REMMERS ALS ANTIDEPRESSIVA
- ACTOMOL (*mebanazine*) maximale dosis per 24 uur: 30 mg
 5 mg: capsule, geel en rood, 10 mm lang
- MARPLAN (*isocarboxazide*) maximale dosis per 24 uur: 40 mg
- MARSILID (*iproniazide*) maximale dosis per 24 uur: 80 mg
 25 mg: tablet
 50 mg: tablet
- NARDELZINE, NARDIL (*phenelzine*) maximale dosis per 24 uur: 75 mg
 15 mg: dragee
- NIAMID, NIAMIDE (*nialamide*) maximale dosis per 24 uur: 150 mg
 25 mg: tablet, lichtrose met breukgleuf, doorsnee 10 mm; code: Pfizer
- PARNATE (*tranylcypromine*) maximale dosis per 24 uur: 40 mg
 5 mg: tablet
 10 mg: dragee
- FUROXONE (*furazolidon*) maximale dosis per 24 uur: 400 mg
 100 mg: tablet, geel met breukgleuf, doorsnee 10 mm
3. LITHIUM
- PRIADEL (*lithiumcarbonaat, vertraagde afgifte*)
 400 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 12 mm; code PRIADEL; 10,8 mEq Li
- LITAREX (*lithiumcitraat, vertraagde afgifte*)
 564 mg: tablet, wit ovaalvormig, 16 mm lang; 6 mEq Li

D. Kalmeringsmiddelen

1. BENZODIAZEPINEDERIVATEN

ALBEGO (<i>camazepam</i>)	maximale dosis per 24 uur:	60 mg
10 mg: dragee, lichtgroen, doornsnee 7 mm		
20 mg: dragee, groen, doornsnee 7 mm		
LEVANXOL (<i>temazepam</i>)	maximale dosis per 24 uur:	30 mg
5 mg: capsule, oranje, 13 mm lang; code: ERBA		
10 mg: capsule, geel, 13 mm lang; code: ERBA		
LEXOTANIL (<i>bromazepam</i>)	maximale dosis per 24 uur:	36 mg
3 mg: tablet, rose met breukgleuf, doornsnee 10 mm; code: ROCHE 3		
6 mg: tablet, lichtgroen met breukgleuf, doornsnee 9 mm; code: ROCHE 6		
LIBRIUM (<i>chloordiazepoxide</i>)	maximale dosis per 24 uur:	80 mg
5 mg: dragee, lichtgroen, doornsnee 6 mm; code: R		
10 mg: dragee, blauwgroen, doornsnee 7 mm; code: zeshoek met R		
25 mg: dragee, blauwgroen, doornsnee 8 mm; code: ROCHE		
30 mg: capsule, "gecontroleerde afgifte" crème, 11 mm lang; code: ROCHE		
NOBRIUM (<i>medazepam</i>)	maximale dosis per 24 uur:	30 mg
5 mg: capsule, crème met lichtrood, 13 mm lang; code: ROCHE		
10 mg: capsule, zwart met lichtrood, 13 mm lang; code: ROCHE		
NORMISON (<i>temazepam</i>)	maximale dosis per 24 uur:	30 mg
10 mg: capsule		
20 mg: capsule		
REAPAM (<i>prazepam</i>)	maximale dosis per 24 uur:	60 mg
10 mg: tablet, blauw met breukgleuf, doornsnee 7 mm; code: PRA		
20 mg: tablet, lichtblauw met breukcruis		
RIVOTRIL (<i>clonazepam</i>)	maximale dosis per 24 uur:	8 mg
0,5 mg: tablet, oranje met breukgleuf, doornsnee 8 mm; code: ROCHE 0.5		
2 mg: tablet, wit met breukgleuf, doornsnee 8 mm; code: ROCHE 2		
SERESTA (<i>oxazepam</i>)	maximale dosis per 24 uur:	90 mg
10 mg: tablet, wit, doornsnee 6 mm; code: schildje met W en 10		
50 mg: tablet, lichtoranje met breukgleuf, doornsnee 9 mm; code: schildje met W en 50		
SOLATRAN (<i>ketazolam</i>)	maximale dosis per 24 uur:	60 mg
15 mg: capsule		
30 mg: capsule		
45 mg: capsule		
STESOLID (<i>diazepam</i>)	maximale dosis per 24 uur:	30 mg
2 mg: tablet, wit met breukgleuf, doornsnee 6 mm		
5 mg: tablet, wit met breukgleuf, doornsnee 8 mm		
10 mg: tablet, wit met breukgleuf, doornsnee 9 mm		
siroop: 2 mg/5 ml; zetpil, injectievloeistof		
TEMESTA (<i>lorazepam</i>)	maximale dosis per 24 uur:	6 mg
1 mg: tablet, wit met breukgleuf, doornsnee 6 mm; code: 1.0		
2,5 mg: tablet, donkergeel met breukgleuf, doornsnee 8 mm; code: 2.5		
Tranxène (<i>colorazepaat</i>)	maximale dosis per 24 uur:	45 mg
5 mg: capsule, wit met rose, 15 mm lang; met of zonder code: T5		
10 mg: capsule, rose, 15 mm lang; met of zonder code: T10		
15 mg: capsule, rood en blauw, 15 mm lang; code: T15; ook injectie		
URBADAN (<i>clobazam</i>)	maximale dosis per 24 uur:	
10 mg: tablet		



VALIUM (*diazepam*) maximale dosis per 24 uur: 30 mg
 2 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 8 mm; code: ROCHE 2
 5 mg: tablet, lichtgeel met breukgleuf, doorsnee 8 mm; code: ROCHE 5
 10 mg: tablet, lichtblauw met breukgleuf, doorsnee 8 mm; code: ROCHE 10
 siroop: 2 mg/5 ml; injectievloeistof

MENGPREPARATEN die benzodiazepinederivaten bevatten:

LIBRAX (bevat o.a. 5 mg chloordiazepoxide)
 dragee, lichtgroen, doorsnee 9mm
 LIMBRITOL (mengsel van chloordiazepoxide en amitryptiline, zie bij anti-
 depressiva)

2. MEPROBAMAAT EN VERWANTE VERBINDINGEN

Meprobamaat is een bestanddeel van de volgende preparaten:

MEPROBAMAAT maximale dosis per 24 uur: 1600 mg
 200 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 10 mm
 400 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 12,5 mm
 MEPROLETTE (bevat o.a. 50 mg meprobamaat + 25 mg fenobarbital, zie bij
 slaapmiddelen)
 tablet, bruin ovaal met breukgleuf, doorsnedes 8 en 10 mm
 PATHIBAMAAT (bevat o.a. 200 mg meprobamaat)
 dragee, donkergeel, doorsnee 11 mm
 PATHIBAMAAT FORTE (bevat o.a. 400 mg meprobamaat)
 tablet, lichtgeel met breukgleuf, doorsnee 11 mm
 SEDAPON (bevat o.a. 150 mg meprobamaat)
 tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 9 mm; code: Sedapon
 (Merinax (hexapropymaat) staat vermeld bij de slaapmiddelen)

3. OVERIGE KALMERINGSMIDDELEN

ATARAX (*hydroxyzine*) maximale dosis per 24 uur: 400 mg
 10 mg: dragee, oranje, doorsnee 6 mm; siroop: 2 mg/ml
 25 mg: dragee, groen of blauwgroen, doorsnee 6 mm
 100 mg: dragee, rood, doorsnee 10 mm
 N.B.: Vesparax en Vesparaxette bevatten hydroxyzine (zie onder
 slaapmiddelen)

TACITIN (*benzocetamine*) maximale dosis per 24 uur: 60 mg
 10 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 7 mm; code: CIBA en OL

4. NEUROLEPTICA IN LAGE DOSERING, die soms als kalmeringsmiddel worden
 voorgeschreven (zie onder neuroleptica) Een dergelijk gebruik van neuroleptica
 is ontraden.

EQUIPERTINE (*oxypertine*)
 ESUCOS (*dixyrazine*)
 HALDOL (*haloperidol*)
 MELLERETTEN (*thioridazine*)
 MINOZINAN (*levomepromazine*)
 NEDELTRAN (*alimemazine*)
 TARACTAN (*chloorprothixeen*)
 TAXILAN (*perazine*)
 TRUXAL (*chloorprothixeen*)

5. BROOMHOUDENDE MIDDELEN, te ontraden:

Bromural; Broomisoval; Broom-Nervaciet; Calma Forte; Calmolen; Carbormal;
 Diacid; Neurolest; Novo-diacid; Rust-Al; Sanox; Broomdrank = mixture bromidorum.

E. Slaapmiddelen

BENZODIAZEPINEDERIVATEN

- DALMADORM (*flurazepam*) maximale dosis per 24 uur: 60 mg
15 mg: capsule, lichtgeel en grijs, 13 mm lang; code: ROCHE 15
30 mg: capsule, zwart en grijs, 13 mm lang; code: ROCHE 30
- MOGADON (*nitrazepam*) maximale dosis per 24 uur: 30 mg
5 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 12 mm; code ROCHE en twee "slapende oogjes"; druppels: 5 mg/ml
- NORMISON (*temazepam*) maximale dosis per 24 uur: 60 mg
10 mg: capsule
20 mg: capsule
- ROHYPNOL (*flunitrazepam*) maximale dosis per 24 uur: 6 mg
2 mg: tablet, wit met breukcruis, doorsnee 9 mm; code: ROCHE en 2 in cirkel.

VERWANT AAN MEPROBAMAAT

- MERINAX (*hexapropymaat*) maximale dosis per 24 uur: 400 mg
400 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 13 mm

BARBITURATEN

- AMYTAL (*amobarbital*) maximale dosis per 24 uur: 400 mg
100 mg: tablet, wit, doorsnee 8 mm; code: Lilly en T32
- SODIUM AMYTAL (*amobarbital*) maximale dosis per 24 uur: 400 mg
60 mg: capsule, puntig, groenblauw transparant, 11 mm lang
60 mg: capsule, ellips, groenblauw, 13 mm lang; code: Lilly en T32
200 mg: capsule, ellips, groenblauw, 17 mm lang; code: Lilly en T32
- BELLANOX maximale dosis per 24 uur: 1 tablet
(150 mg secobarbital + 50 mg brallobarbital + 50 mg amobarbital)
tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 10 mm
- BYKONOX (*vinylbital*) maximale dosis per 24 uur: 400 mg
150 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 10 mm; code: BYK
- LUMINAL (*fenobarbital*)
(in doseringen van 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 75 mg, 100 mg)
- MEDOMIN (*heptabarbital*) maximale dosis per 24 uur: 400 mg
200 mg: tablet, wit met breukcruis, doorsnee 10 mm; code: Medomin of Geigy gggg
- NEMBUTAL (*pentobarbital*) maximale dosis per 24 uur: 200 mg
50 mg: capsule, transparant geel of oranje, 13 mm lang; code: ABBOTT
100 mg: capsule, transparant geel, 13 mm lang; code: ABBOTT
- PHANODORM (*cyclobarbital*) maximale dosis per 24 uur: 600 mg
200 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 9 mm; code: driehoek
- SECONAL SODIUM (*secobarbital*) maximale dosis per 24 uur: 200 mg
100 mg: capsule, lichtrood, 16 mm lang
- SONERYL (*butobarbital*) maximale dosis per 24 uur: 300 mg
100 mg: tablet, lichtroze met breukgleuf, doorsnee 9 mm; code: Soneryl
- TUINAL maximale dosis per 24 uur: 2 caps.
(100 mg secobarbital + 100 mg amobarbital)
capsule, lichtrood met groenblauw, 17 mm lang
- UNION-NOX (*cyclobarbital*) maximale dosis per 24 uur: 600 mg
200 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 13 mm; code: Union-nox



MENGPREPARATEN DIE BARBITURAAT BEVATTEN:

- DORMOPAN (bevat o.a. 125 mg cyclobarbital)
tablet, wit, doorsnee 13 mm; code: BAYER en huisje
- REGUDORM (bevat o.a. 150 mg barotal) maximale dosis per 24 uur: 2 tabl.
tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 11 mm
- VESPARAX (bevat 50 mg brallobarbital + 150 mg secobarbital + 50 mg
hydroxyzine; zie voor hydroxyzine bij kalmeringsmiddelen)
tablet wit met knik in het midden, doorsnee 10 mm; code: UCB
- VESPARAXETTE (halve dosis Vesparax) maximale dosis per 24 uur: 2 tabl.
tablet, wit met knik in het midden, doorsnee 9 mm; code: UCB
- Overige barbituraten: Allobarbital, Aprobarbital, Barbamine, Barbital,
Hexobarbital.

STOFFEN IN EIGENSCHAPPEN OVEREENKOMEND MET BARBITURATEN

- DORIDEN (*gluthetimide*) maximale dosis per 24 uur: 1000 mg
250 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 10 mm; code: CIBA en GA
- INDUNOX (*etodroxizine*) maximale dosis per 24 uur: 100 mg
50 mg: tablet, wit met breukkrans, doorsnee 10 mm; code: UCB
- ISONOX (50 mg etodroxizine + 250 mg methaqualon)
tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 13 mm; code: UCB
- MANDRAX (250 mg methaqualon + 25 mg difenhydramine, zie benadryl)
capsule, lichtblauw en donkerblauw, 17 mm lang
tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 10 mm; code: Mx en RL
- METODRIL (zelfde samenstelling als mandrax)
capsule, wit, 17 mm lang
tablet, lichtrose met breukgleuf, doorsnee 10 mm
- REVONAL (*methaqualon*) maximale dosis per 24 uur: 400 mg
200 mg: tablet, wit met breukgleuf, doorsnee 11 mm; code 0

ALDEHYDEN EN ALKOHOLEN

- CHLORALDURAT (*chloraalhydraat*) maximale dosis per 24 uur: 2000 mg
250 mg: capsule, rood of blauw, ovaalvormig, 13 mm lang
rode capsule: direkt werkzaam; blauwe capsule: na 4 uur werkzaam
- CHLORAALHYDRAAT drankje
- PARALDEHYDE drankje

ANTI-HISTAMINICA

- BENADRYL (*difenhydramine*) maximale dosis per 24 uur: 400 mg
25 mg: capsule, transparant kleurloos en rose, 10 mm lang
50 mg: capsule, transparant rose, 13 mm lang
- De volgende preparaten bevatten ook difenhydramine: Mandrax, Metodril, Dorsilon
- PHENERGAN (*promethazine*) maximale dosis per 24 uur: 400 mg
25 mg: dragee, blauw, doorsnee 7 mm

