

# Over bittere en vergulde pillen: psychiatrie in het licht (of de schaduw) van de farmaceutische industrie

W. VANDEREYCKEN

**SAMENVATTING** Psychofarmaca brachten ingrijpende veranderingen in de psychiatrie: in haar identiteit, mensbeeld, praktijkvoering en beeldvorming. Nooit eerder werden zo veel psychofarmaca voorgeschreven in de kinderpsychiatrie. Lastige kinderen worden ADHD-ers en sombere pubers krijgen antidepressiva. In de volwassenenpsychiatrie draait het steeds meer om therapieprotocollen en behandelrichtlijnen: medicatie staat er vaak als eerste keuze. De argumentatie is economisch gekleurd. Steeds meer ‘research’ wordt door de farmaceutische industrie betaald. Onderzoekspublicaties zijn vaak selectief gunstig voor de sponsor. Wetenschappelijke tijdschriften overleven door de pillenadvertenties. En zelfs zelfhulporganisaties worden gesteund door pillenfabrikanten. Hoe ontsnapt de toekomstige psychiatrie aan de ‘dwangbuis’ van de farmaceutische industrie? Deze polemische bijdrage wil de hulpverleners en onderzoekers in de geestelijke gezondheidszorg attent maken op deze verontrustende ontwikkeling.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)2, 119-129]

**TREFWOORDEN** belangenconflict, farmaceutische industrie, medicalisering, medialisering, psychiatrie

## DE MARKT VAN VRAAG EN AANBOD

De medicalisering van de geestelijke gezondheidszorg is aan een sterke opmars bezig. Via geneesmiddelen – of ook operatieve ingrepen en wellicht in de toekomst genterapie – nemen de mogelijkheden toe om te interveniëren in de menselijke psyche. Bij de medicalisering van psychische problemen en de daaraan gekoppelde biologisering van de psychiatrie bekleden psychofarmaca een centrale plaats (Pieters e.a. 2002). Dit is het logische gevolg van het vigerende medische model of de biologisch-psychiatrische visie, die steunt op drie pijlers: (1) psychische stoornissen zijn aparte ziekte-eenheden; (2) die gekenmerkt worden door specifieke hersendisfuncties; (3) die op hun beurt

verholpen kunnen worden door corrigerende psychofarmaca (Van den Burg 1998). Dit beeld van de moderne psychiatrie is versterkt en verbreid door de media in de jaren negentig (*‘the decade of the brain’*). Medicalisering en medialisering van psychosociale problemen hebben een ongekend bio-optimisme gecreëerd, dat in het prozactijdperk culmineerde tot de verwachting van een verlossing op recept (Wolffers 1995). Waar het vroeger in de vs bon ton was om in psychoanalyse te gaan, lijkt er nu een soort prozaccultuur te bestaan, waarin het slikken van psychofarmaca de normaalste zaak van de wereld is. ‘Het door de media uitgedragen beeld van “bio-optimisme” heeft een zelfversterkende werking op zowel de vraagzijde als de aanbodzijde van medicamenteus ingrijpen in de psy-

che' (Pieters e.a. 2002, p. 9). Naast de hoopgevende nieuwe behandelingsmogelijkheden krijgen we echter ook te maken met 'nieuwe grensgeschillen en nieuwe vraagstukken met betrekking tot hinder en/of profijt op het gebied van de persoonlijke levenssfeer, zelfbeschikkingsrecht en sociale rechtvaardigheid' (Pieters e.a. 2002, p. 95). Intussen gaan psychofarmaca steeds meer lijken op 'designer drugs' die onze levensstijl een emotionele inkleuring geven. Met de 'lifestyle medicijnen' staat de deur naar de 'cosmetische psychofarmacologie' open (Schnabel 1995).

Gezondheidsenquêtes in Vlaanderen in 1997 en 2001 (De Donder 2004) tonen een merkwaardige trend: een globale daling van psychische klachten (van 27,8 tot 22,1%) tegenover een stijging van het gebruik van psychofarmaca (van 7,7 tot 11,6%). Hoe is het een met het ander in verband te brengen? Men kan veronderstellen dat er dankzij meer pillen minder klachten zijn. Dat oorzakelijke verband moet echter nog aangetoond worden. Blijft het feit van de verhoudingsgewijze veel sterkere toename van medicatiegebruik: ligt het aan de consument of aan de voorschrijver? Opvallend gegeven is de invloed van het opleidingsniveau (cijfers voor 2001): 7,1% van mensen met een diploma hoger onderwijs gebruikt psychofarmaca tegenover 20,5% van de mensen zonder diploma. Het gebruik van psychofarmaca is bij vrouwen bijna 2 keer zo hoog als bij mannen (14,8 versus 8,3 %) en voor beide seksen stijgt het gebruik met de leeftijd.

Na de introductie van fluoxetine in 1989 op de Nederlandse markt stijgt het verbruik van de 'nieuwe' antidepressiva (selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's)) op exponentiële wijze: tot 1994 een gemiddelde jaarlijkse groei van meer dan 50%; de daaropvolgende 5 jaren gemiddeld 25% groei (gegevens via Stichting Farmaceutische Kengetallen: <http://www.sfk.nl>). Deze opvallende toename gaat eigenaardig genoeg samen met een globaal niet afgenomen hoeveelheid voorschriften van klassieke antidepressiva. In het betreffende decennium neemt het totale gebruik van antidepressiva dus fors toe. Tussen 1996 en 2002 is het

percentage gebruikers gestegen van 3,5 tot 5,5. Niet alleen zijn er meer mensen die de middelen gebruiken, ook het gebruik per patiënt en de gemiddelde duur van het gebruik is toegenomen. Vrouwen nemen gemiddeld 2 keer zo veel antidepressiva als mannen. In 2001 kreeg in totaal 5,5 % van de Nederlandse bevolking ten minste 1 keer een antidepressivum voorgeschreven. Bijna de helft (47%) is chronisch gebruiker (meer dan 180 standaarddagdoseringen per jaar). Nederlandse artsen schreven in 2001 totaal 193 miljoen standaarddagdoseringen uit. Dat zijn gemiddeld 223 dagdoseringen per gebruiker; in 1996 waren dat er nog 171. In België zijn dezelfde tendensen te vinden: tussen 1992 en 2002 is de verkoop van antidepressiva meer dan verdubbeld (factor 2,3). Sinds de introductie van de SSRI's is het gebruik bij jongeren tussen 12 en 19 jaar toegenomen (23.837 voorschriften in 2002) en, ook al ontbreekt het aan exacte cijfers over de evolutie, ook bij kinderen (De Donder 2004).

Een andere opvallende stijging in de laatste 10 jaar betreft het gebruik van psychostimulantia, die geïndiceerd zijn voor de behandeling van ADHD (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit). Volgens cijfers van fabrikant Novartis nam de verkoop van methylfenidaat in Europa beduidend toe vanaf 1991 en vooral vanaf 1996. Het gebruik in Nederland was tussen 1995 en 1999 gestegen van 1,5 naar 7,4 per 1000, een stijging met factor 5. Van 1997 tot 2000 verdrievoudigde het aantal verstrekkingen via openbare apotheken (Stichting Farmaceutische Kengetallen: <http://www.sfk.nl>). Opvallend is vooral de sterke toename van het aantal door huisartsen voorgeschreven recepten (88% van de voorschriften is een herhalingsrecept). Was het gebruik bij kinderen onder de 10 jaar in 1997 nog 2 keer zo groot als het gebruik bij tieners, in 1999 is deze verhouding al in evenwicht. Het toenemend gebruik doet zich voor tussen 11 en 16 jaar en in 2002 is de piekleeftijd 12 jaar. De grote meerderheid (85%) van gebruikers bestaat uit jongens, maar meisjes zijn aan een inhaalbeweging bezig (een stijging van 25% in de middelbareschoolleeftijd). Ook België kent een spectaculaire en expo-

nentiële groei: in 2002 werden bijna 30 keer zoveel verpakkingen van methylfenidaat verkocht als in 1990. Deze groei is vooral te wijten aan het voorschrijfgedrag van huisartsen (De Donder 2004).

Het laatste decennium van de vorige eeuw laat dus een merkwaardige en onderling onafhankelijke stijging zien van het gebruik van psychostimulantia en antidepressiva. Deze laatste medicijnen worden vooral genomen door vrouwen, terwijl de stimulantia vooral aan jongens worden voorgeschreven. Verder kan men de laatste jaren een opvallende verschuiving of verbreding vaststellen: ADHD wordt steeds meer bij volwassenen gesignaleerd en depressies bij kinderen, met toename van overeenkomstig pillengebruik! Wijst dit op een verandering in de geestelijke gezondheid van de bevolking of in de opvattingen (diagnostische zienswijzen en therapeutische aanpak) van de hulpverleners? Cijfers uit de VS geven enige aanwijzing. Het aantal Amerikanen dat behandeld werd voor depressie was verdrievoudigd tussen 1987 en 1997. Daarbij verdubbelde het aantal gebruikers van antidepressiva en daalde het aantal patiënten met psychosociale begeleiding (counseling, psychotherapie) van 71 tot 60%. Vijf jaar later had deze trend zich nog sterker doorgezet: in 2002 bleek 1 op de 8 Amerikanen ooit in zijn/haar leven antidepressiva genomen te hebben en 59% had hierbij geen andere vorm van therapie gekregen (Olfson e.a. 2002).

#### WETENSCHAPPELIJK VERKOPEN

In de jaren zestig van vorige eeuw had de Zwitserse farmareus Hoffmann la Roche reeds getoond hoe je de markt van vraag en aanbod in de gezondheidszorg zo kunt bewerken dat de introductie van een nieuwe generatie medicijnen een successtory wordt. Met diazepam en chloordiazepoxide verscheen een aparte groep psychofarmaca op de markt. Technisch als benzodiazepinen (benzo's) omschreven, werden ze al snel populair als 'tranquillizers'. Ze zouden met minimale bijwerkingen de verschijnselen van angst en spanning onderdrukken, ja zelfs de angst letterlijk 'oplos-

sen'. Deze 'anxiolytische' werking kon evenwel een ruime groep patiënten gunsten bewijzen. Aan huisartsen werd met een vloed aan brochures geleerd dat achter de meest diverse psychosomatische klachten wel enige onrust, spanning of angst schuilging. Het was niet meer nodig te wijzen op de 'jacht van het moderne leven': via de media was stress al ingeburgerd als een epidemische boosdoener. Er bestond nu wel een wetenschappelijke uitleg voor al die aan stress gerelateerde klachten. Artsen kregen met kleurrijke plaatjes voorlichting over het neurobiologische substraat waar de complexiteit van onze emoties verstrikt kan raken: het limbische systeem. En een simpel 'valiumpje' kon die knopen in een oogwenk ontwarren, iets wat menig gestresste arts met een gratis staaltje snel aan den lijve kon ondervinden! Het probleem van de bijwerkingen, in het bijzonder het gevaar van gewenning, verslaving en ongevallen 'onder invloed', zou pas jaren later een – al bij al beperkte – domper op het succes zetten. In deze blauwdruk van farmamarketing staat de medicalisering centraal: vertaal klachten in medische termen die snel gepopulariseerd worden ('stressziekten') en biedt een nieuwe behandeling aan die vlot in de markt ligt ('tranquillizers') en ook wetenschappelijke geloofwaardigheid heeft ('limbische systeem'). Een kwarteeuw later maakt Eli Lilly op weergaloze wijze gebruik van dit marketingrecept, maar voegt er een ongekend turbo-effect aan toe door de combinatie van medicalisering en medialisering (zie verderop).

Een bekende marketingstrategie is het contrasteren van 'nieuwe' middelen tegenover 'oude', omdat hierin de impliciete boodschap van belofte en hoop doorklinkt (Pieters e.a. 2002, p. 35). Het meest opvallende voorbeeld is de omschrijving van SSRI's als 'moderne' tegenover 'klassieke' (tricyclische) antidepressiva. Ook bij de antipsychotica is er sprake van een 'nieuwe generatie' van middelen of zogenaamde 'atypische' antipsychotica (om er vooral op te wijzen dat ze niet de 'typische' nadelen van de oude neuroleptica hebben (Whitaker 2001)). Gaat het hier om commerciële of wetenschappelijke trends? Wellicht beide in on-

derling verband? Zo is het de laatste jaren op grote congressen, zoals dat van de American Psychiatric Association, opvallend hoe de belangstelling voor angststoornissen fors daalde. 'Wat de exacte reden is van deze ondergewaardeerde plek op het congres is moeilijk te zeggen. In ieder geval kan men niet naast de vaststelling dat de meeste moderne antidepressiva hun patent verloren hebben of het binnenkort gaan verliezen, zodat de fabrikanten nauwelijks of niet meer in deze middelen investeren' (Bakker 2003, p. 28). Dit kan binnenkort echter veranderen nu stilaan de trend zichtbaar wordt om ook de nieuwe generatie antipsychotica uit te testen bij diverse angststoornissen en andere indicaties.

Hier hebben we ook te maken met de meest opvallende verkoopsstrategie van de laatste jaren: verruim zo veel mogelijk de indicaties. Modieus daarbij is het idee van spectrumstoornissen. Heeft de industrie dit concept niet gecreëerd, 'zij heeft er uiteraard alle belang bij het te promoten' (D'Haenen 2003, p. 666). De indicatiestelling van een psychofarmakon wordt steeds breder naarmate het middel langer op de markt is. Het vertrekt bij een omschreven indicatie, een 'officiële' DSM-categorie, dijt dan uit naar de 'randgevallen' (de 'atypische' of 'niet anderszins omschreven' restgroep (NAO)) en doet vervolgens een poging tot 'annexatie' van andere diagnostische entiteiten die er iets gemeen mee hebben of vaak gecombineerd voorkomen (comorbiditeit). Het lijkt dan op een bepaald ogenblik aangewezen voor een hele brede groep, zodat zelfs een differentiëring (bv. binnen angststoornissen) niet eens meer nodig is, want 'het werkt toch voor alle vormen'. Zo gaat het dan erg lijken op het 'breedspectrumantibioticum' waarmee de huisarts bij een infectie steeds raak schiet. Maar de psychiater D'Haenen (2003) wijst erop 'dat ons professioneel prestige er misschien onder zou kunnen lijden als we eenzelfde geneesmiddel gingen voorschrijven voor uiteenlopende indicaties' (p. 665). Bovendien roept dit vragen op over de specificiteit van het neurobiologische mechanisme dat verondersteld wordt ten grondslag te liggen aan de farmacologische wer-

king en van de neurochemische stoornis die het middel vermeend wordt te verhelpen.

De tijd van waarschuwingen voor langdurig gebruik van psychofarmaca is voorbij; de omgekeerde trend komt op de voorgrond met betrekking tot zowel antipsychotica als antidepressiva. Congressen en farmafolders onderstrepen dat langdurig gebruik noodzakelijk is en door de 'preventieve' werking ook economisch verantwoord. Maar dan moet de patiënt hiervan wel overtuigd worden. De industrie heeft ook begrepen dat in ziekenhuizen de verpleegkundigen een belangrijke invloed uit kunnen oefenen op de therapietrouw van de patiënt en het voorschrijfgedrag van artsen. Steeds meer pogen ze dan ook deze beroepsgroep van 'informatie' te voorzien (Krauss 2003). Net als voor de artsen worden de betreffende voorlichtingspakketten steeds indrukwekkender: folders, overdrukken van artikelen, cd's met interactieve programma's en zelfs een heuse pc wil de firma plaatsen op de afdeling. Het ziet er allemaal heel degelijk uit en die indruk van wetenschappelijke ernst wordt versterkt doordat slimme sponsors hun naam of logo slechts discreet vermelden! De firma gaat er prat op geen reclame voor haar producten te maken. Het is toch allemaal goed bedoeld, dus waarom zou ik de hand bijten die me voedt? Voor de imagebuilding zullen farmacaproducten ook regelmatig congressen van niet-biologische aard sponsoren. Steeds meer benadrukken ze in hun 'informatie' ook aandacht te besteden aan het belang van psychosociale begeleiding. Op de eerste plaats betreft het dan psycho-educatie: de nodige patiëntfolders worden natuurlijk door de firma gratis ter beschikking gesteld. Verder krijgt de voorschrijver te horen dat therapietrouw een belangrijke zaak is en de firma hiervoor specifiek didactisch en begeleidend materiaal voorhanden heeft. 'Griezelig', schrijft Buis (2000), 'vind ik de huidige ontwikkeling, waarbij de farmaceutische industrie zich ook inzet voor de niet-medicamenteuze aanpak in de psychiatrie. Voorbeelden daarvan zijn de ontwikkeling van de Liberman Modules, een soort lespakketten voor vaardigheidstrainingen bij schizofrenie, en

Rhythms, een begeleidingsprogramma voor depressieve patiënten.’

Steunden patiëntenorganisaties in de jaren zeventig van vorige eeuw nog de antipsychiatriebeweging met felle kritiek op de chemische dwangbuizen, twintig jaar later heeft de farmaceutische industrie geleerd hen van vijand tot bondgenoot te maken in de medicalisering van de psychiatrie (Healy 2002b, 2003). De invloedrijke Amerikaanse patiëntenorganisatie National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) verkondigt al een kwarteeuw dat schizofrenie te wijten is aan een chemische stoornis in de hersenen die door medicatie verholpen kan worden. De organisatie publiceerde in 1999 een boek waarin de doorbraak van de moderne antipsychotica werd beschreven en de nieuwe pillen onverholpen werden aangeprezen (Weiden 1999). In de 3 voorafgaande jaren ontving de NAMI 11,7 miljoen dollar van farmafirma's voor een campagne tegen discriminatie. De grootste donoren waren Eli Lilly en Janssen, producenten van de meest verkochte atypische antipsychotica (respectievelijk olanzapine en risperidon) in de vs: toeval? De Amerikaanse ouderorganisatie Childhood Attention Deficit Disorder (CHADD) werd ondersteund door Ciba-Geigy (later Novartis) en de organisatie ontroppte zich tot een efficiënte lobbyist voor methylfenidaat, geproduceerd door u weet wel wie ... (Breggin 2002). De betrokken partijen zullen het ontkennen, want die financiële steun is goed bedoeld, maar de conclusie ligt voor de hand: *'Patient groups have become a key pressure point in a market worth billions of dollars'* (Healy 2003, p. 178).

In naam van de keuzevrijheid en *informed consent* zou de farmaceutische industrie maar al te graag de consumenten rechtstreeks voorlichten (Gilbody e.a. 2004). Voorlopig zijn in onze contreien nog beperkingen opgelegd aan dit soort reclame via openbare media, maar de grenzen vervagen. In heel wat kranten krijgen pillen aandacht via de 'wetenschappelijke rubriek' en vaak blijft het onduidelijk waar de journalist zijn mosterd vandaan haalt. De industrie verspreidt met gemak kant-en-klare persberichten over belangrijke ontdekkingen of ontwikkelingen. En menig 'wetenschappe-

lijk journalist' wordt ook uitgenodigd en verwend op een congresje. Voorlopig blijven de artsen natuurlijk de belangrijkste boodschappers: via mondelinge informatie, folders (al dan niet door de industrie ter beschikking gesteld) of andersoortige voorlichting. In België doken in wachtkamers van huisartsen video-installaties op 'met steun' van de industrie. De Nationale Raad van de Orde van Geneesheren gedoogde dit een tijd op voorwaarde dat geen enkele reclameboodschap werd getoond. Maar met betrekking tot geneesmiddelen kan de vermelding van de naam van de farmaceutische groep op zich reeds beschouwd worden als een vorm van reclame. Dit geldt a fortiori als de verspreide boodschap de indicaties en voordelen van een bepaalde behandeling onderstreept. In een advies van 19 juni 2004 verklaarde de Orde dat zij niet kan aanvaarden dat 'informatieve boodschappen van algemeen belang' die door handelsfirma's opgesteld zijn, uitgezonden worden in de wachtkamer van artsen. Maar dan blijft er nog het voor iedereen toegankelijke maar oncontroleerbare internet, waar het zelfs voor ingewijden moeilijk is onderscheid te maken tussen wetenschap en commercie!

#### WETENSCHAP EN BETROUWBAARHEID

Ondanks grootschalig gebruik van antidepressiva is de globale suïcidiefrequentie niet gedaald. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn (Van Praag 2002): de farmaca hebben een gering 'antidepressief' effect; antidepressiva kunnen de suïcidaliteit versterken; suïcidaliteit hangt samen met persoonlijkheidsproblemen en sociale factoren; te veel antidepressiva worden voorgeschreven als monotherapie.

Geconfronteerd met deze gegevens reageren farmacologen vrij typisch door ofwel de cijfers zelf in twijfel te trekken ofwel te veronderstellen dat de toegepaste farmacotherapie inadequaat was (Moleman 2003). De industrie heeft vooral de 'verdachtmaking' dat antidepressiva het suïciderisico kunnen vergroten, lange tijd gepoogd met alle mogelijke middelen te ontcrachten. In juni 2003

waarschuwden Britse autoriteiten tegen het voorschrijven van paroxetine bij patiënten jonger dan 18 jaar omdat uit onderzoek was gebleken dat suïcidaal gedrag 1,5 tot 3,2 maal vaker bij deze kinderen/jongeren voorkwam dan bij behandeling met placebo. De waarschuwing werd daarop door verschillende landen overgenomen. Maar waarom kwam deze waarschuwing nu pas? De betreffende pil is al jaren op de markt. Werd dit risico dan voorheen niet voldoende onderzocht? Of werd er misschien informatie achtergehouden?

Een bom barstte met een kort bericht in maart 2004 in het tijdschrift van de Canadian Medical Association (Analysis 2004). Daarin werd een intern document van de farmaceutische gigant GlaxoSmithKline (GSK; voorheen SmithKline Beecham) onthuld, waarin verwezen werd naar twee onderzoeken uit 1998 die geen gunstig effect van paroxetine bij adolescenten hadden kunnen aantonen (bij 1 onderzoek was de placebo zelfs beduidend beter!). In het document van GSK wordt gemaand voorzichtig met deze informatie om te springen omdat ze nadelig kon zijn voor het imago van het betreffende medicijn: 'Het zou commercieel onaanvaardbaar zijn om een uitspraak op te nemen dat de doeltreffendheid niet is bewezen, omdat dit het profiel van paroxetine zou ondermijnen'. Uit de onthulde documenten bleek duidelijk dat GSK belangrijke onderzoeksgegevens had achtergehouden in het registratiedossier voor de erkenning van haar antidepressivum. Een schokgolf ging door de medisch-farmaceutische onderzoekswereld. Is dit slechts het tipje van de ijsberg? Intussen is meer bekend over de selectieve rapportering in de literatuur (Whittington e.a. 2004). Het vakblad *The Lancet* (Editorial 2004) wond er geen doekjes om in een redactioneel commentaar: 'Het verhaal over het onderzoek naar het gebruik van SSRI's voor depressie bij kinderen is er een van verwarring, manipulatie en institutioneel falen'.

Hoewel nog druppelsgewijs vergeleken met de informatielawine van de farmaceutische industrie, verschijnen de laatste jaren toch steeds meer waarschuwingen voor een verkeerd beeld dat in

wetenschappelijke publicaties over medicijnen ontstaat als de betreffende onderzoeken door de industrie zijn gesponsord. In een kritische ontleding van door de industrie gesponsorde vergelijkende onderzoeken van psychofarmaca somt Safer (2002) de volgende valkuilen of misleidingen op: (1) het eigen medicijn wordt vergeleken met een concurrerend middel in een ongewone dosis, hetzij een te lage dosis zodat dit laatste te weinig effectief is, hetzij een te hoge dosis zodat het meer bijwerkingen geeft (blijkt bv. voor te komen in vergelijkingen van 'oudere' en 'nieuwe' antipsychotica); (2) de tijdsduur van het vergelijkende onderzoek wordt achteraf aangepast zodat de gunstigste resultaten naar voren komen (bv. bij een onderzoek van 12 weken blijkt het beste effect na 7 weken en minder verschil na 10 weken; het onderzoek wordt dan achteraf bijgesteld als een onderzoek van 8 weken); (3) gebruik van nieuw ontworpen beoordelingsschalen met vooral aandacht voor die aspecten van het middel die een gunstig beeld geven (bv. een middel lijkt een bepaalde bijwerking minder frequent te vertonen en dan wordt daarvoor een heel aparte schaal ontworpen om het effect extra te benadrukken); (4) vaak voorkomend is het minimaliseren of verdoezelen van bijwerkingen (dit is bv. lange tijd het geval geweest met seksuele bijwerkingen van farmaca); (5) voordelen van het middel worden flink in de verf gezet en kleine statistische verschillen met beperkte of geen klinische betekenis worden uitvergroot (vaak via aangepaste figuren of kleurrijke grafieken); (6) hetzelfde onderzoek met gunstige resultaten wordt in verschillende versies gepubliceerd of een duidelijk bewezen effect laat men onnodig meerdere malen vaststellen; (7) ten slotte is er het belangrijke probleem van selectieve publicatie, waarbij ongunstige resultaten van een proef niet gepubliceerd worden.

In de wetenschappelijke vakbladen, inclusief dit tijdschrift, groeit geleidelijk het besef van deze problematiek en de toptijdschriften stellen strengere eisen, bijvoorbeeld dat de auteurs duidelijk moeten vermelden door wie het onderzoek gefinancierd is en of zij in het verleden door de farma-

ceutische industrie werden betaald (dit is het verplicht onthullen van een mogelijk belangenconflict). Heel wat tijdschriften echter doen nog steeds of hun neus bloedt, want men wil de sponsors van het tijdschrift te vriend houden ... Een typerend voorbeeld: dr. Charles B. Nemeroff, psychiater en prominent onderzoeker (tevens hoofd van de afdeling psychiatrie, Emory University in Atlanta) werkt al sinds jaren voor allerlei farmaceutische bedrijven. In 2002 publiceert hij samen met zijn medewerker Michael Owens in *Nature Neuroscience* een overzicht van experimentele behandelingen van psychiatrische stoornissen en concludeert hij dat verschillende veelbelovend zijn. Enkele attente lezers stellen vast dat Nemeroff bij zeker drie van de aangeprezen nieuwigheden financieel belang heeft, onder meer omdat hij een aanzienlijke aandeelhouder is van een betrokken firma en verder het patent heeft over de door hem geprezen nieuwe vorm van lithiumtherapie in de vorm van huidpleisters! Deze alerte lezers, Carroll & Rubin, wijzen de betrokken redactie op deze belangenvermenging en vragen deze te publiceren. De redactie wimpelt dit in eerste instantie af, tot het verhaal in *The New York Times* verschijnt (Brownlee 2004). Daarop komt er toch een discussie in het betreffende blad. In een weerwoord kon Nemeroff zich verschuilen achter het feit dat de redactie destijds geen regels oplegde om belangenconflicten openbaar te maken. Kortom, het was een redactionele fout! Intussen heeft het betreffende tijdschrift wel de regel ingevoerd van verplichte vermelding van belangenconflict en volgt hiermee de trend van alle grote wetenschappelijke tijdschriften (Correspondence 2003).

#### MEDI(C)ALISERING: OP ZOEK NAAR EEN ZIEKTE

Refererend aan 'Zes personages op zoek naar een auteur', het stuk van Luigi Pirandello, kan men zich afvragen of vele pillen niet op zoek zijn naar een ziekte (D'Haenen 2003). Dit heeft natuurlijk allereerst te maken met de medicalisering in de westerse cultuur. In een populair-wetenschappelijke

bijdrage werd dit als volgt omschreven: 'Banale moeilijkheden worden omhooggepraat tot medisch probleem, privé-zorgjes worden een ziektesyndroom. Ooit heette sociale fobie gewoon schuwheid, en burn-out betekende dat je het op het werk een beetje rustiger aan moest doen' (Roos 2003, p. 9). Wanneer wordt een gezondheidsprobleem een ziekte: als vele mensen eronder lijden of als de farmaceutische industrie een therapie aanbiedt? Het fenomeen staat bekend als 'disease mongering': het propageren van ziekten (Moynihan e.a. 2002). Het begint met een bewustmakingscampagne: het brede publiek krijgt 'voorlichting' over gezondheidsproblemen. Hier start de *marketing of fear*: ondermijn het zelfvertrouwen, maak velen ongerust want de ziekteprofielen zijn zo vaag of de symptomen zo divers, dat ieder er wel iets van zichzelf in herkent; benadruk vervolgens hoe vaak stoornissen in werkelijkheid voorkomen maar verborgen blijven; ontwikkel dan simpele zelftests zodat mensen kunnen vaststellen waar ze aan lijden; breng voorlichtingsmateriaal op de markt over de betreffende stoornis; zet de mensen aan dit bespreekbaar te maken bij hun huisarts met de vraag of hij wel gedacht heeft aan ziekte X waarvoor pil Y de geschikte behandeling is; 'sensibiliseer' natuurlijk op tijd de huisarts, zodat deze met behulp van een simpele checklist klaar staat om de vloed nieuwe diagnoses te kanaliseren in de richting van het juiste recept.

De combinatie van medicalisering en medicalisering leidt tot een toename van het aantal diagnoses volgens een 'zelfversterkend mechanisme in de publieke arena' (Pieters e.a. 2002, p. 73): hoe meer aandacht voor een stoornis, hoe meer (h)erkenning en vraag naar behandeling. Vervolgens ontstaat een spiraalwerking tussen diagnose en medicamenteuze behandeling: hoe meer artsen te maken krijgen met een bepaalde problematiek – depressie of ADHD – hoe meer ze geneigd zijn te grijpen naar snelle en eenvoudige interventies zoals het voorschrijven van medicijnen. Deze aanpak geeft aan de betreffende diagnoses een biomedisch aura en maakt ze zo meer aanvaardbaar voor de betrokken patiënten en hun omgeving. Dit werkt

op zijn beurt drempelverlagend (de-stigmatiserend), zodat de kans op aanmelding met een hulpvraag voor de betreffende diagnose toeneemt, enzovoort. Is de diagnose bovendien mediageniek, dan zorgen de populaire opiniemakers ervoor dat het reeds bestaande sneeuwbaaleffect snel aanzwelt tot een lawine. Het wordt dan voorspelbaar dat deze binnen afzienbare tijd uit het nieuws zal zijn. Pieters e.a. (2002) wijzen erop, dat door dergelijke medicalisering een 'democratisering' van de aandoening optreedt, maar 'met steeds hogere maatschappelijke kosten door ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en een snel stijgende consumptie van medische zorg' (p. 97).

De DSM als diagnostisch lexicon draagt eveneens bij tot het 'psychiatriseren' van alledaagse levensproblemen. In het gebruik (misbruik) van de DSM-nosografie doet zich een opvallend olievlakeffect voor: er treedt een inflatie van diagnostische categorieën op, met een combinatie van verstrenging (voor 'kernsyndromen') en versoepeling van criteria (voor 'atypische' varianten: NAO), wat gepaard gaat met het optreden van steeds meer 'comorbiditeit'. Zoals reeds aangegeven betekent dit olievlakeffect therapeutisch vaak een indicatieverbreding die het gebruik van psychofarmaca stimuleert. Maar paradoxaal genoeg ondermijnt dit juist de geloofwaardigheid van het systeem met haar inherente aspiratie van biomedische erkenning (de hoop dat een syndroom ooit erkend wordt als 'echte' ziekte), want dezelfde neurotransmittertheorie (bv. serotoninetekort) wordt op zo veel stoornissen van toepassing geacht, dat ze de moderne variant wordt van de humorale theorie van Hippocrates, over verstoorde werking van lichaamssappen. In de medicalisering en protocollisering van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) speelt de DSM een katalyserende rol. Het beantwoorden aan een reeks diagnostische criteria (een lijst van gedragskenmerken) wordt gezien als het 'hebben van een ziekte': een klinisch beeld wordt zo een feitelijke aandoening. En uit het gunstige effect van een – volgens het geijkte behandelprotocol aangewezen – 'bestrijdingsmiddel' (antidepressiepill) wordt de juistheid van de

uitgangstelling geconcludeerd. Nog verder gaat het voorstel tot herindeling van psychiatrische categorieën volgens het effect van psychofarmaca, door Radden (2003) treffend omschreven als *drug cartography*. Misschien is hier wel sprake van zowel een nosologisch als een therapeutisch placebo-effect: via verwachting bewerkstellig je datgene waarin je gelooft!

In verband met dit placebo-effect staan we even stil bij een wel heel opvallend onderzoeksgegeven. Verschillen in verbeteringspercentage tussen antidepressiva en placebo bereikten in de eerste 20 jaar na de introductie van de eerste antidepressiva, tussen 1960 en 1980, waarden van 30 à 35%; de laatste 20 jaar is dit verschil tot de helft gereduceerd: 10 à 18% (Van Praag 2002; Walsh e.a. 2002). De methodiek van de onderzoeken is intussen niet wezenlijk veranderd. Vanwaar dan deze toenemende proportie placeboresponders? Het antwoord is wellicht cultureel en niet medisch in twee opzichten. Mogelijk betekent het begrip depressie nu iets anders dan een kwarteeuw geleden. Misschien is de meest toepasselijke hedendaagse definitie van depressie: de conditie die behandeld wordt met antidepressiva (Medawar 1997). Een andere socioculturele verklaring voor het opvallende placebo-effect heeft te maken met het reeds genoemde bio-optimisme: het geloof in de werkzaamheid van medicijnen is gegroeid en daardoor is ook de geloofwaardigheid van placebo's gestegen (Dixit 2002). Opnieuw zien we hier het effect van medicalisering en medialisering. Het idee van het tekort aan neurotransmitters dat gecorrigeerd wordt door pillen is sterk gepopulariseerd. In de VS mogen farmacaproducten zich rechtstreeks tot het grote publiek richten. Commercial op de tv tonen dan droevige neuronen die na toediening van een antidepressivum weer opgewekt rondartelen (Dixit 2002).

Ook ADHD kan beschouwd worden als een typische exponent van de medi(c)alisering van problemen in onze maatschappij, waarbij de interpersoonlijke context van een klacht of een probleem volledig genegeerd wordt. 'Zouden naast de recepten schrijvende psychiaters ook de ouders er



niet gewoon belang bij hebben om de fysiologie van de kinderhersens en niet de opvoeding als oorzaak aan te wijzen?’ (Bakker 2002, p. 1004). De gevolgen zijn volgens de Britse kinderpsychiater Timimi verrekend: ‘ADHD scripts a potentially life-long story of disability and deficit, resulting in an attitude of a “pill for life’s problems”. We create unnecessary dependence on doctors, discouraging children and their families from engaging their own abilities to solve problems’ (Timimi & Taylor 2004, p. 8-9). De medicalisering van gedragsproblemen heeft ook een betekenis in de professionalisering van de ggz. ‘Psychiaters en artsen – en in hun kielzog zelfs orthopedagogen – kunnen zich weer laten voorstaan op een type kennis waarover niet iedereen zomaar kan beschikken’ (Bakker 2002, p. 1003). Maar er speelt ook een economisch belang in de territoriumstrijd tussen hulpverleners. De ggz kent al decennialang een competentiestrijd tussen psychologen, psychiaters en huisartsen. De territoriale betwistingen spelen zich de laatste jaren om economische redenen nog slechts af tussen de medici, terwijl de psychologen aan de zijlijn toekijken ...

#### WIENS BROOD MEN EET ...

Universiteit en bedrijfsleven delen steeds meer hetzelfde onderzoeksbed (Angell 2000; Smith 2003; Weatherall 2000). In de vs wordt 60% van de klinische onderzoeken gesponsord door de farmaceutische of biotechnologische industrie. Ongeveer de helft van de Amerikaanse universiteiten vereist van haar medewerkers belangenconflicten te melden en een vijfde begrenst ook de financiële belangen, maar de meeste universiteiten stellen zich erg soepel op uit angst de nodige fondsen van de industrie te missen (Brownlee 2004). Het lijkt erop dat beide partijen elkaar nodig hebben. De farmaceutische industrie doet zoveel mogelijk beroep op academici, want deze zorgen niet alleen voor de nodige proefpersonen maar ook voor ‘het intellectueel prestige en aura van onafhankelijkheid’ (Whitaker 2001, p. 264). Maar juist die onafhankelijkheid komt op alarmerende wijze in het gedrang. Zo werd psychiater David Healy uitein-

delijk niet benoemd aan een onderzoeksinstituut van de universiteit van Toronto omdat hij te kritische geluiden had laten klinken over de belangrijkste farmaceutische sponsor (Healy 2002a). In 1999 bracht *The New York Post* aan het licht dat de directeur van het Columbia Psychiatric Institute (deel van de prestigieuze Columbia University) jaarlijks bijna 150.000 dollar van verschillende farmafirma’s ontving om lezingen te geven. Hij trad af na deze onthulling. En toen de *New England Journal of Medicine* een academisch psychiater zocht voor een kritische vergelijking van antidepressiva vond dit gezaghebbende tijdschrift er heel weinig die geen financiële banden hadden met een farmaceutisch bedrijf (Angell 2000).

In een artikelenreeks van het magazine *Psy* (nr. 9-13, 2004) wordt de invloed van de ‘pillenlobby’ aan de kaak gesteld. Het betreft smeuijge verhalen gaande van kleine cadeautjes, via snoepreizen tot frauderende wetenschappers. Dit is niet echt verwonderlijk als je ziet welke gigantische financiële belangen er op het spel staan. De farmaceutische industrie beoogt allereerst winst, zoals elk ander commercieel bedrijf. Zij wordt evenwel een belangrijke speler op de markt van de gezondheidszorg, waar de overheid de belangrijkste geldschieder is via de ziektekostenverzekering. Artsen staan in principe ten dienste van de gezondheidszorg maar hun voorschrijfgedrag heeft niet alleen effect op de patiënten, maar ook op de betrokken farmaceutische industrie. Deze laatste heeft er alle belang bij het onderzoek van medicijnen zoveel mogelijk ‘in eigen beheer’ te houden. In plaats van kritisch onafhankelijke wetenschap krijgen we steeds meer te maken met ‘gestuurde research’ (onderzoek volgens bestelling). En naast ons voorschrijfgedrag wordt vermoedelijk ook onze diagnostiek indirect ‘gestuurd’. De overheid moet hier dringend ingrijpen en de beroepsgroep moet zich hoognodig afvragen: in hoeverre is ons vak te koop? Als aanzet tot een constructieve aanpak van deze problematiek doe ik hier tot slot volgende voorstellen.

**Opleiding** (1) Artsen in opleiding moeten leren door de industrie aangereikt 'evidence' te beoordelen op reële wetenschappelijke gronden; (2) ze moeten een kritischer kijk krijgen op de 'promotietechnieken' van de farmaceutische industrie; (3) er moeten striktere regels komen over 'contacten' van de farma-industrie met artsen in opleiding

**Onderzoek** (1) Klinisch onderzoek moet meer gefinancierd worden door onafhankelijke geldbronnen; (2) de normen voor registratie en promotie van medicijnen moeten strikter worden; (3) openheid over banden met de industrie en financiële belangen van onderzoekers en klinici moet gereguleerd worden; (4) de industrie moet verplicht worden een deel van haar winst af te staan voor onafhankelijk onderzoek.

**Bijscholing** (1) Er moeten officiële regels komen in verband met sponsoring van trainingen, bijeenkomsten, congressen en dergelijke; (2) er moet verplichte melding zijn van belangenconflicten bij elke presentatie (lezing, publicatie); (3) de industrie moet een deel van haar winst afstaan voor de organisatie van onafhankelijke bij- scholing.

## LITERATUUR

- Analysis. (2004). Drug company experts advised staff to withhold data about SSRI use in children. *Canadian Medical Association Journal*, 170, 783.
- Angell, M. (2000). Is academic medicine for sale? *New England Journal of Medicine*, 342, 1516-1518.
- Bakker, B. (2003). Aandacht voor angststoornissen neemt af (verslag van APA 2003). *Patient Care Neuropsychiatrie*, 6, 28-34.
- Bakker, N. (2002). Boekbespreking: Brancaccio, M.T., 'But fidgety Phil/ He won't sit still...'. From instability to hyperactivity, 1890s - 1990s.' *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 1002-1004.
- Breggin, P. (2002). *The Ritalin fact book*. Cambridge, MA: Perseus Publishing.
- Brownlee, S. (2004, april). Doctors without borders. *Washington Monthly*.
- Buis, W. (2000). Farmaceutische industrie regisseert psychiatrie. *Psy*, 4, 22-23.
- Burg, W. van den. (1998). Biologische psychiatrie, de mode en de pre-tenties. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 53, 750-765.
- Correspondence. (2003). Editorial policies on financial disclosure. *Nature Neuroscience*, 6, 999-1001.
- D'Haenen, H. (2003). Een farmacocentrische wereldvisie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 665-666.
- Dixit, J. (2002, 22 mei). Placebo effects. *The Washington Post*.
- Donder, E. de. (2004). *Psychoactieve medicatie. Cijfers in perspectief (1990-2002)*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Editorial. (2004). Depressing research. *Lancet*, 363, 1335.
- Gilbody, S., Wilson, P., & Watt, I. (2004). Direct-to-consumer advertising of psychotropics. *British Journal of Psychiatry*, 185, 1-2.
- Healy, D.I. (2002a). Conflicting interests in Toronto: anatomy of a controversy at the interface of academia and industry. *Perspectives in Biology and Medicine*, 45, 250-263.
- Healy, D.I. (2002b). *The creation of psychopharmacology*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Healy, D.I. (2003). *Let them eat Prozac*. Toronto: James Lorimer.
- Krauss, J.B. (2003). Pharmaceuticals -- our true clinical partners? *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 145.
- Medawar, C. (1997). The antidepressant web: marketing depression and making medicines work. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 10, 75-126.
- Moleman, P. (2003). Reactie op 'Teleurstellingen. Waarom hebben antidepressiva weinig invloed gehad op de suïcidefrequentie?' *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 51-52.
- Moynihan, R., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 324, 886-891.
- Olsson, M., Marcus, S.C., Druss, B., e.a. (2002). National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA*, 287, 203-209.
- Pieters, T., te Hennepe, M., & de Lange, M. (2002). *Pillen & psyche: culturele eb- en vloedbewegingen. Medicamenteus ingrijpen in de psyche*. Den Haag: Rathenau Instituut.
- Praag, H.M. van. (2002). Teleurstellingen. Waarom hebben antidepressiva weinig invloed gehad op de suïcidefrequentie? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 693-702.
- Radden, J. (2003). Is this dame melancholy? Equating today's depression and past melancholia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 10, 37-52.
- Roox, G. (2003, 15 november). Een ziekte voor elke pil. *De Standaard Magazine*.

- Safer, D.J. (2002). Design and reporting modifications in industry-sponsored comparative psychopharmacology trials. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 583-592.
- Schnabel, P. (1995). *De weerbarstige geestesziekte. Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen: SUN.
- Smith, R. (2003). Medical journals and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows. *British Medical Journal*, 326, 1202-1205.
- Timimi, S., & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry*, 184, 8-9.
- Walsh, B.T., Seidman, S.N., Sysko, R., e.a. (2002). Placebo responses in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *JAMA*, 287, 1840-1847.
- Weatherall, D. (2000). Academia and industry: increasingly uneasy bedfellows. *Lancet*, 355, 1574.
- Weiden, P. (1999). *Breakthroughs in antipsychotic medication*. New York: Norton.
- Whitaker, R. (2001). *Mad in America. Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge (MA): Perseus Publishing.
- Whittington, C.J., Kendall, T., Fonagy, P., e.a. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: Systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*, 363, 1341-1345.
- Wolffers, I. (1995). *Verlossing op recept. Prozac en het geloof in medicijnen*. Amsterdam: Contact.

AUTEUR

W. VANDEREYCKEN, psychiater-psychotherapeut, is buitengewoon hoogleraar aan de KU Leuven en hoofd van de afdeling directieve therapie van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen.

Correspondentieadres: prof. W. Vandereycken, Liefdestraat 10, B-3300 Tienen.

Email: walter.vandereycken@ppw.kuleuven.be.

Strijdige belangen: De auteur heeft de laatste tien jaar geen enkel onderzoek meer uitgevoerd voor de farmaceutische industrie en van deze laatste ook geen rechtstreekse vergoedingen meer ontvangen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-4-2005.

## SUMMARY

**Bitter and gilded pills: psychiatry in the light (or shadow) of the pharmaceutical industry – W. Vandereycken –**

*Psychotropic medication has brought about far-reaching changes in psychiatry: in its nature and practice, its image of man and its public image. Never before have so many psychotropic drugs been prescribed for young people. 'Difficult' children are now referred to as ADHD children and moody youngsters are given antidepressants. In adult psychiatry treatment is being dictated more and more by protocols and guidelines: very often medication is the treatment of choice. The reasons for this are largely economic. Increasingly 'research' is being sponsored by the pharmaceutical industry. Published research results are often skewed so as to favour the sponsor. Some scientific journals owe their survival to drug advertisements. Even some patient organisations are supported by the pharmaceutical industry. How will psychiatry and mental health care be able to escape from this 'straightjacket' in the future? The purpose of this polemical essay is to draw the attention of health care professionals and researchers to this rather worrying development.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)2, 119-129]

**KEY WORDS** conflict of interest, drug industry, psychiatry, media influence, medicalisation