

Over- en onderconsumptie van middelen tegen pijn, angst en slapeloosheid wereldwijd beschouwd

Het niet beschikbaar zijn van psychotrope en analgetische medicijnen leidt tot onnodig lijden. Ook overmatige beschikbaarheid geeft echter problemen, onder meer door misbruik en afhankelijkheid. Ghodse (2003) heeft de verschillen in het gebruik van psychotrope en analgetische medicijnen beschouwd.

Uit cijfermateriaal van de International Narcotics Control Board blijkt dat Amerikanen en Europeanen – samen nog geen 20% van de wereldpopulatie – meer dan 80% van de totale consumptie van morfine en andere narcotica voor hun rekening nemen. In de VS vindt 80% van het mondiale gebruik van methylfenidaat plaats. Binnen Europa zijn er ook grote verschillen: zo worden er in vergelijking met Duitsland en het Verenigd Koninkrijk in Frankrijk viermaal zo vaak benzodiazepinen voorgeschreven.

Mogelijke verklaringsmodellen voor het verschil in consumptie tussen ontwikkelde landen en ontwikkelingslanden zijn gebaseerd op demografische verschillen. De vergrijzing in ontwikkelde landen kan een verklaring zijn voor een hogere consumptie van benzodiazepinen. Daarnaast is de prevalentie van obesitas in de ontwikkelde landen gestegen, wat leidt tot een groter gebruik van amfetamineachtige stimulantia, en is de prevalentie van aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD) toegenomen, mogelijk door betere herkenning. Dit verklaart waarom er meer methylfenidaat gebruikt wordt. Tevens blijkt dat 25-35% van alle patiënten die psychotrope stoffen voorgeschreven krijgen geen psychiatrische stoornis hebben.

Een nieuwe ontwikkeling is dat patiënten zonder tussenkomst van een arts kunnen beslissen om psychotrope stoffen te nemen. Dit komt onder meer door een toegenomen internationalisering en liberalisering van de markt en omdat

medicijnen eenvoudig te verkrijgen zijn via internet. Dit zal mogelijk leiden tot een toename van het medicijngebruik. Het is zeer wel denkbaar dat patiënten hierdoor langdurig psychotrope medicijnen gaan gebruiken om psychologische en sociale redenen. In ontwikkelingslanden is er juist sprake van een verminderde beschikbaarheid van medicijnen.

Een nadeel van dit onderzoek is dat de interpretatie gebaseerd is op bestaande data en niet op data die gebaseerd zijn op een vooraf geformuleerde hypothese. Hypothesegestuurd onderzoek zou een antwoord kunnen geven op de vraag welke oorzakelijke factoren bijdragen aan de grote verschillen in het gebruik van medicatie tussen de continenten en tussen de landen onderling. Ghodse lijkt te suggereren dat sociaal-culturele factoren minstens zo belangrijk zijn als epidemiologische factoren, maar geeft hier weinig onderbouwing voor.

LITERATUUR

Ghodse, H. (2003). Pain, anxiety and insomnia – a global perspective on the relief of suffering: A comparative review. *British Journal of Psychiatry*, 183, 15-21.

E.C. ZEYL, arts-assistent in opleiding tot psychiater

P.N. VAN HARTEN, psychiater

Hypothesen over de associatie tussen cannabisgebruik en psychose

Er is reeds veel discussie gevoerd over het verband tussen cannabis en psychose. Recent onderzochten Degenhardt e.a. (2003) de impact van het toenemende cannabisgebruik in Australië op de incidentie en prevalentie van psychose. In dit retrospectieve cohortonderzoek met 8 geboortecohorten, van 1940-1944 tot 1975-1979, werden epidemiologische gegevens over cannabisgebruik en psychose gebruikt om voorspellingen te doen over veranderingen in deze geboortecohorten in incidentie, prevalentie en beginleeftijd van schizofrenie.

Daarbij werd uitgegaan van vier hypothesen: (1) er bestaat een causale relatie tussen cannabisgebruik en schizofrenie; (2) cannabisgebruik lokt schizofrenie uit bij kwetsbare personen; (3) cannabisgebruik vergroot het terugvalrisico bij schizofrenie; en (4) patiënten met schizofrenie gebruiken meer cannabis. Deze voorspellingen werden vergeleken met de geobserveerde veranderingen om een uitspraak te kunnen doen over de correctheid van de hypothesen. Degenhardt e.a. vonden, ondanks een toename van cannabisgebruik in Australië de laatste 30 jaar, geen evidentie voor een toegenomen incidentie en ook geen gestegen prevalentie van schizofrenie. De auteurs concludeerden dat er geen causale relatie is tussen cannabis en psychose, maar dat er wel voldoende argumenten zijn ter bevestiging van hypothesen 2, 3 en 4.

De toegepaste methodologie vertoont echter vele zwaktes. Ten eerste kunnen er vraagtekens worden gezet bij de validiteit van de bronnen. Voor het verzamelen van hun gegevens maakten de auteurs gebruik van verschillende onderzoeken uit talrijke, ook niet-Australische, populaties. Bovendien is de diagnosestelling in de verschillende onderzoeken erg verschillend. Zo worden de begrippen 'psychose' en 'schizofrenie' door elkaar gebruikt. Daarnaast zijn de gegevens over bepaalde items (zoals beginleeftijd van schizofrenie en prevalentie van cannabisgebruik bij personen met schizofrenie) te beperkt.

Ten tweede hebben de auteurs zich voor het berekenen van hun voorspellingen op weinig onderbouwde psychometrische modellen gebaseerd. Zij zijn ook uitgegaan van niet bewezen veronderstellingen voor het berekenen van cannabisgebruik in opeenvolgende cohorten. In hun logica hebben de auteurs een sofistieke redenering opgebouwd ter ondersteuning van de derde hypothese. Deze voorspelt een zeer kleine stijging in het aantal patiënten met chronische schizofrenie, die moeilijk of niet te detecteren zou zijn. Het gegeven dat de reële prevalentie niet verhoogd is, zien de auteurs dan als argument voor deze hypothese.

Gezien de ernstige methodologische tekortkomingen laat het artikel niet toe conclusies te

trekken. Dit onderstreept nogmaals het belang van een kritische analyse van publicaties, zelfs in vooraanstaande en vaak geciteerde tijdschriften.

LITERATUUR

Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2003). Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 31-48.

L. SANTERMANS, arts-assistent in opleiding tot psychiater

G. DOM, psychiater