

Benzodiazepinen en de gemoedsrust van de huisarts

Lagro-Janssen T. Benzodiazepinen en de gemoedsrust van de huisarts [Commentaar]. Huisarts Wet 1993; 36(12): 402-4.

Benzodiazepinen zijn een weinig geliefd gespreksthema in de spreekkamer. De voorschrijver praat mondjesmaat over het recept, de gebruiker loopt niet te koop met zijn consumptie en tot een echt smakelijke discussie tussen beiden zal het zelden komen. Het merendeel van de herhaalrecepten regelt de patiënt dan ook zelf, liefst telefonisch met de praktijkassistente.¹ Erg gemakkelijk voelen huisartsen zich daar niet onder, benzodiazepine-receptuur associeert men immers niet met hoogstaande geneeskunde.

Dit heimelijke, vreugdeloze pact tussen huisarts en patiënt heeft te maken met een aantal meningen en opvattingen die over kalmerende middelen en hun therapeutische implicaties bestaan. Allereerst de mening dat de indicatie voor medicamenteuze therapie op lichtzinnige gronden wordt gesteld: de problemen zijn niet ernstig genoeg en er worden voor verkeerde indicaties benzodiazepinen voorgeschreven. Vervolgens de gedachte dat medicijnen slechts symptoombestrijdend zijn of – nog erger – dat medicijnen de werkelijke problemen verdoezelen; eigenlijk zou er iets beters moeten gebeuren, maar door welke oorzaak dan ook zijn dokter en patiënt daartoe niet in staat. Tot slot, kalmerende medicijnen doen meer kwaad dan goed: mensen raken versuft en men creëert er een probleem bij, namelijk de verslaving aan het middel.

Wat mij in deze voorstelling van zaken prikkelt, is dat zij zo slecht overeenkomt met mijn ervaring in de dagelijkse praktijk en – naar ik aanneem – met de ervaring van vele andere huisartsen.

De gebruiker, te licht bevonden

Over wie hebben we het, als we praten over de benzodiazepine-gebruiker? Over Maria die, mits ze haar antipsychoticum en benzodiazepine in blijft nemen, misschien een heropname kan voorkomen? Over de oude mevrouw Klimop, weduwe, eenzaam en slecht ter been, die veel te vroeg naar bed gaat en haar sociaal isolement niet zonder slaaptablet aankan? Over mevrouw Klaasen dan, frequent bezoeker van mijn spreekuur met veel functionele klachten die ik met zo spaarzaam mogelijk medisch ingrijpen probeer te benaderen? Ze is ongelukkig, ja zeker, en angstig voor ernstige ziekten, waar haar hoge leeftijd niets aan lijkt te veranderen. Praten over haar slaaptablet ervaart ze al als een poging tot verduistering. Of gaat het over Johan, drugsverslaafde, en een van de patiënten die de assistente absoluut geen recept voor tranquillizers mag geven, hoezeer hij ook aandringt?

In onze praktijk – en dit komt overeen met de literatuur²⁻⁴ – zijn de meeste gebruikers van benzodiazepinen vrouwen met een lage opleiding, alleenstaand en ouder dan 65 jaar. Hoe ouder, des te meer benzodiazepinen: na het 45e jaar gebruiken vrouwen ruim twee keer zoveel als mannen; het gaat daarbij in hoofdzaak om hypnotica. Sekse en leeftijd

blijken niet alleen gecorreleerd aan gebruik, maar vooral ook aan langdurig gebruik.

In Nederland nemen benzodiazepinen een derde plaats in op de lijst van meest gebruikte medicamenten, na cardiovasculaire middelen en analgetica. De omvang van de groep regelmatige gebruikers bedraagt minimaal 6 à 7 procent van alle volwassenen, die van de groep dagelijkse gebruikers 1 tot 3 procent. In de andere Europese landen en de Verenigde Staten ligt het gebruik nog veel hoger. In Frankrijk bijvoorbeeld wordt een op de vier consulten bij de huisarts afgesloten met een recept voor benzodiazepinen. België telt 10 procent langdurige gebruikers en in Denemarken is het gebruik meer dan anderhalf keer zo groot als het gebruik in Nederland.

Is het aantal voorschriften voor benzodiazepinen in Nederland nu veel en vinden wij het – daar gaat het immers om – te veel? Veel, zullen de meesten zeggen, en waarschijnlijk ook te veel. Zou deze discussie over inhalatiecorticosteroiden bij Cara gaan, dan zou een meerderheid zich uitspreken voor te weinig. Zolang we niet beter weten aan wie en waarom benzodiazepinen worden voorgeschreven en ter voorkoming van wat, is ieder antwoord voorbarig.

Chronische gebruikers van benzodiazepinen lijden significant meer aan psychiatrische stoornissen, gewrichtsaandoeningen, maagziekten en huidaandoeningen.² Dit is niet alleen het geval in onze praktijk; het wordt bevestigd door diverse andere studies: gebruikers hebben meer lichamelijke klachten, beoordelen hun gezondheidstoestand als slechter en lijden frequenter aan chronische aandoeningen.^{2,5-8} *Mellinger et al.* vinden zelfs dat een slechte gezondheid de beste voorspellende waarde heeft ten aanzien van het chronisch gebruik van benzodiazepinen.⁸ Het is dan ook niet verrassend dat de benzodiazepine-gebruikers veel andere geneesmiddelen slikken, met name voor gastro-intestinale en cardiale klachten.^{4,6} Psychische stoornissen komen zonder meer vaker voor bij patiënten met somatische aandoeningen dan in de gezonde bevolking. Deze mensen 'kunnen er naast hun ziekte niet veel meer bij hebben'. In de meest pregnante vorm zien we dat in de combinatie benzodiazepine-gebruik en chronische ziekten.

Naast het beeld van een zwakke lichamelijke gezondheid doemt evenzeer een beeld op van een kwetsbare psychische gesteldheid: er is sprake van een neurotische predispositie, men kampt met chronische angst, neigt tot depres-

sies, ervaart minder sociale steun en kent zichzelf weinig zeggenschap toe over het leven.^{2,4,7,8} Een op de drie à vier patiënten die benzodiazepinen gebruiken, lijdt aan psychiatrisch te classificeren aandoeningen.^{2,6,9}

Wordt aan patiënten gevraagd waarom ze deze medicijnen gebruiken, dan blijkt dat het hun er vooral om gaat te kunnen slapen, en gevoelens van gespannenheid en gejaagdheid de baas te blijven. Combinaties van deze twee worden vaak genoemd, al dan niet samen met angst. Deze aanvangsklachten blijven naar de mening van patiënten onverminderd gelden bij het actuele gebruik. Mannen en vrouwen verschillen hierin niet. Ziekten van henzelf en in de naaste omgeving vormen, naast het verlies van een dierbaar persoon, de belangrijkste aanleiding om met de medicijnen te beginnen.^{2,3} Angst, gespannenheid en depressieve gevoelens kunnen ook lichamelijke klachten oproepen en zullen elkaar versterken. De hogere medische consumptie bij gebruikers en bij hun gezinnen is hiervan een afspiegeling.¹

En tenslotte speelt ook de maatschappelijke context een rol. Als risicofactoren voor het gebruik van benzodiazepinen worden onder andere genoemd: werkloosheid, laag inkomen, weinig opleiding, alleenstaand zijn en, onafhankelijk van deze parameters, het vrouwelijk geslacht.^{2,4} Het is een boeiende vraag of benzodiazepinen wellicht te beschouwen zijn als pleisters voor de wonden die een te harde samenleving maakt.

Samenvattend lijkt de kwetsbare lichamelijke en psychosociale situatie van de gebruikers in tegenspraak met de opvattingen over een lichtzinnige indicatiestelling. Het gaat om mensen die balancerend in een wankel evenwicht door het leven gaan en ten gevolge van een ogenschijnlijk kleinigheid kunnen decompenseren. De ondraaglijkheid van de symptomen die zij ervaren, ligt ook niet in een diagnose of in symptomen *sec*, maar vooral in de ernst en het persisterend karakter van de symptomen.

Pillen zijn geen echte therapie

Toen ik pas huisarts was, trof het me dat aan sommige mensen uit de praktijk geen ziekte of ongemak voorbijging: ze hadden altijd wat en vervolgens ging de griep niet binnen twee weken over, en herstelde de enkeldistorsie niet zonder een spoortje dystrofie. Het gaat om een groep met veel functionele klachten, die niet zozeer te herleiden zijn tot aanwijsbare problemen, maar te maken hebben met een diffuse neiging tot lichamelijke en psychische verstoringen. Van cruciaal belang hierbij is, dat het probleem-oplossend vermogen gering is.

Deze groep patiënten doet een groot beroep op de huisarts, waarbij het steeds een zoeken is naar hetgeen therapeutisch ter geruststelling haalbaar is. Ter vermindering van erger kan dan een benzodiazepine in het spel komen.

Beter van niet, vindt menigeen, want dragen inzichtgevend gesprekken niet veel wezenlijker bij aan het oplossen van de bestaande problemen? En appelleert psychotherapie niet aan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt om zijn leven een gunstige wending te geven?

Ik wil daar enige relativerende opmerkingen bij maken. Allereerst zijn in onze praktijk de chronische benzodiazepinegebruikers in ruim de helft van de gevallen ook behandeld door psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker en/of fysiotherapeut. In de tweede plaats is de opvatting dat alle ellende met psychotherapie draagbaar te maken is, een mythe analoog aan de gedachte dat kanker uit te bannen is. De psychotherapie kent zijn eigen beperkingen en zijn therapie-resistente casus.

Vinden patiënten dat de pilletjes helpen? Ja, de overgrote meerderheid van de gebruikers laat zich in positieve bewoordingen uit over de werking.²⁻⁷

Kortom, ik denk dat de keuze in de praktijk bepaald wordt door een zorgvuldige schatting van de stoornis die in het spel is, van wat er mogelijk is en welk 'erger' voorkomen moet worden. Omdat het vanzelfsprekend is dat juist de huisarts het psychisch lijden en de daarmee samenhangende lichamelijke klachten gepresenteerd krijgt, is het de huisarts die deze keuze moeten maken. In dit kader is medicatie niet armoediger dan psychotherapie.

Medicijnen doen meer kwaad dan goed

Farmacotherapeutisch zijn benzodiazepinen relatief veilige middelen. De voornaamste bijwerkingen zijn *hangover* bij slaapmiddelen, sufheid, concentratiestoornissen en, bij chronisch gebruik, cognitieve stoornissen, geheugenverlies en vervlakking van het gevoelsleven.^{10,11} Veruit het belangrijkste probleem is echter de kans op fysieke en psychische afhankelijkheid.

Hoe vaak sprake is van fysieke verslaving, is niet bekend, maar het aantal patiënten die ervan overtuigd zijn niet zonder middel in slaap te komen, is legio. Mogelijk spelen chronische en recidiverende angsten een grotere rol bij het continueren van het gebruik dan de afhankelijkheid.¹² Langdurig gebruik is niet per definitie identiek aan misbruik. Het beschreven *rebound*-fenomeen bij het stoppen kan eveneens pogingen het middel te laten staan, vroegtijdig verijdelen.¹¹

Patiënten daarentegen zijn erg tevreden met hun medicijnen en melden nauwelijks bijwerkingen. Zij voelen zich wel bezwaard en desgevraagd verklaren zij dat zij het eigenlijk zonder tabletten zouden willen stellen. Tegelijkertijd achten zij zichzelf daartoe niet in staat en is er weinig bereidheid om te stoppen.^{2,3,7} Er bestaat een soort van wreveld over de onmisbaarheid van de pilletjes.

Mijn eigen ervaringen bij pogingen om chronische gebruikers te laten afbouwen en stoppen, ondersteunen het

voorafgaande. Ze hebben me ook meermalen doen twijfelen aan het voordeel voor de patiënt. De bestaande wrevél verplaatste zich soms zachtjes aan in mijn richting. Het minste succes om van de medicijnen af te komen, boeken ouderen, vrouwen en gebruikers van slaapmiddelen.^{4,7}

De rol van de huisarts

Het maakt voor de patiënt veel uit, welke dokter hij heeft. Dokters verschillen onderling zeer in hun voorschrijfgedrag. Een vergelijkend onderzoek naar het gebruik van benzodiazepinen in Denemarken en Nederland kwam tot de conclusie dat een belangrijke factor ter verklaring van de gevonden verschillen gezocht moest worden in de houding, gewoonten en persoonlijkheid van de arts en – in mindere mate – van de patiënt. Een kwestie van medische cultuur. Vergelijkenderwijs lijkt die cultuur ten aanzien van de benzodiazepinen in Nederland er een van 'zuinigjes' en 'kalmpjes aan'.

In de discussie over het voorschrijven van benzodiazepinen is primair het voorkómen van onnodig chronisch gebruik van belang; het risico op verslaving dient immers serieus te worden genomen. Dit betekent grote terughoudendheid en zuivere indicaties bij het eerste voorschrift en het aanhouden van stringente regels omtrent duur en gebruik. Vrouwen krijgen vaker dan mannen benzodiazepinen voorgeschreven. Een verklaring kan zijn dat bij het eerste voorschrift voor vrouwen ruimere indicaties dan voor mannen worden gehanteerd.¹³ De veronderstelling dat vrouwelijke huisartsen dit minder zouden doen, is onjuist.

In onze praktijk blijkt met dit beleid de groep chronische gebruikers klein en overzichtelijk. De NHG-Standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen en het artikel van *Vissers et al.* in dit nummer geven daarvoor een aantal zinnige richtlijnen.^{3,14}

Benzodiazepinen: de huisarts zou er niet wakker van hoeven te liggen.

Toine Lagro-Janssen
huisarts te Nijmegen

- 1 Post D. Het gebruik van benzodiazepines in de huisarts-praktijk I. Een onderzoek in eigen huis. *Med Contact* 1982; 30: 896-9.
- 2 Lagro-Janssen ALM, Liberton IJW. Benzodiazepinen: profielen van chronische gebruikers in een huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 39: 1969-73.
- 3 Vissers FHJA, Knottnerus JA, Van der Grinten RF, Van der Horst FGEM. Langdurig gebruik van psychofarmaca in een huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1993; 36(12): 405-8.
- 4 Blondeel L, Habraken H, Soenen K. Chronisch gebruik van benzodiazepines: levenslang? *Verslagboek tiende referentiedag, Vlaams Huisarts Instituut*, 1992: 165-170.
- 5 King BM, Gabe J, Williams P, Rodrigo EK. Long-term use of benzodiazepines: the views of patients. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 194-6.
- 6 Rodrigo EK, King MB, Williams P. Health of long term benzodiazepine users. *Br Med J* 1988; 296: 603-6.
- 7 Salinsky JV, Doré CJ. Characteristics of long term benzodiazepine users in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 202-4.
- 8 Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Prevalence and correlates of long-term regular use of anxiolytics. *JAMA* 1984; 251: 375-9.
- 9 Holm M. Prescription of benzodiazepines in general practice in the County of Aarhus, Denmark. *Dan Med Bul* 1988; 35: 495-9.
- 10 Haarselhorst M, Wester F. Vrouwen, benzodiazepinegebruik en zelfhulp. Ervaringen van vrouwen tijdens het proces van losmaken van benzodiazepinen. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1992; 70: 118-22.
- 11 Offerhaus L. Benzodiazepinen: een farmacotherapeutische kater. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 817-9.
- 12 King MB. Is there still a role for benzodiazepines in general practice? *Br J Gen Pract* 1992; 42: 202-5.
- 13 Van der Waals FW, Mohrs J, Foets M. Sex differences among recipients of benzodiazepines in Dutch general practice. *Br Med J* 1993; 307: 363-6.
- 14 Knuistingh Neven A, De Graaf WJ, Lucassen PLBJ, et al. NHG-Standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen. *Huisarts Wet* 1992; 35: 212-9.