

Een succesvolle therapie.

“Een succesvolle therapie is er een die in elk geval de fysiologie van de hersenen irreversibel heeft veranderd,” schrijft Prof. Korf in *Psychofarmakologika VII*. Het lijkt mij, dat alleen beschadigingen een irreversibel effect hebben. Voor zover ik het kan overzien beschikken we (nog?) niet over *therapieën* die dit kunnen. Misschien dat implantatie van een gen op den duur mogelijk (en toelaatbaar) wordt, en dan zouden we waarschijnlijk kunnen spreken van een blijvende verandering van de hersenfunctie. Nu kunnen we hoogstens *hopen* op een blijvend effect van een therapie. (Welke dan ook: biologisch of psychotherapeutisch.)

De uitspraak dat een dergelijke verandering “evengoed” kan worden bereikt met biologische middelen als met psychotherapie, lijkt mij aanleiding te kunnen geven tot misverstand, doordat er geen verschil in indicatie meer lijkt te zijn. Wie het Lesch-Nyhan syndroom wil behandelen met psychotherapie, omdat het o.a. een gedragsstoornis veroorzaakt komt bedrogen uit; en wie een neurose behandelt met psychofarmaka begaat een kunstfout. Een stoornis in het purine metabolisme is niet vatbaar voor psychotherapie. Maar als de regulatie van de expressie van een gen in negatieve zin veranderd is, door beïnvloeding vanuit de instinct-sfeer, (die ook een hersenfunctie is), dan kan die stoornis geschikt zijn voor psychotherapeutische behandeling, (als aan bepaalde andere voorwaarden is voldaan). En als dat effect heeft, dan verandert er iets in de fysiologie van de hersenen, en we hopen dan dat dat een blijvende verandering is. Misschien komt er een tijd dat we het herstel kunnen controleren met een nieuwe afbeeldingstechniek. Nu kunnen we noch de kwaal (de regulatie-stoornis) noch het herstel afbeelden of langs biologische weg aantoonbaar maken, maar dat komt door onze gebrekkige techniek en beperkte kennis. Want ook een neurotische stoornis speelt zich af in de hersenen en niet in een wolkje boven ons hoofd.

Brengt een psychofarmakon een (al of niet blijvende) verandering in de fysiologie van de hersenen teweeg? Psychofarmaka lijken meer op veroorzakers van een nieuwe functiestoornis, die dan zo goed mogelijk de (veronderstelde) oorspronkelijke moet compenseren. Er is dan toch geen sprake meer van fysiologie.

Het therapeutisch gebruik maken van proteïnen die de genen op de door ons gewenste wijze tot transcriptie brengen, is nog lang niet operationeel. Misschien zijn we in de psychiatrie te druk met de boodschappers (de transmitters) en kijken we te weinig naar de boodschap en zijn ontstaan: het intracellulaire gebeuren en de besturing daarvan.

We zijn nog ver af van het ideaal: het herstel van de normale hersenfunctie.

F. J. van Rootselaar, Oldenzaal.

Commentaar:

In de reactie op *Psychofarmakologika VII* van Van Rootselaar worden mijn conclusies aan de kaak gesteld in hoeverre therapieën tot onomkeerbare veranderingen in de hersenen leiden en in hoeverre organische aberraties met psychotherapie kunnen worden genezen. Ook in de hoofdredactie van de *Acta* heeft deze stellingname tot discussie geleid en de antwoorden die daar gegeven zijn zal ik hier geven.

Als een geheugenspoor - het materieel substraat - verdwijnt, verdwijnt daarmee de herinnering. Uit eigen ervaring weten we dat er vele ervaringen als een herinnering permanent in ons geheugen blijven en dit betekent niet anders, dat daarmee onze hersenen blijvend veranderd zijn. Een effectieve (psychiatrische) therapie beoogt een blijvende verbetering van de patiënt: er zal dus een blijvende verandering in de hersenen moeten zijn teweeggebracht. Irreversibele veranderingen behoeven daarom niet alleen te worden opgevat als pathologie, maar ook als een blijvende fysiologische verandering, zoals een synaptisch circuit of de aanwezigheid van bepaalde eiwitten.

Ik begrijp heel goed dat het niet erg voor de hand ligt een stofwisselingsstoornis te behandelen met psychotherapie. Toch moet men de psyche niet geheel wegvlakken, zelfs niet in dit geval. Als zo'n stoornis met een dieet te verhelpen zou kunnen zijn, is hersenactiviteit van groot belang: immers met goede instructies is de patiënt geholpen. Misschien wijkt deze invalshoek nogal af van de bedoelingen van de briefschrijver. Maar ... zou het niet zo kunnen zijn dat ons gedrag deels bepaald wordt door het vermijden van ongewenste interacties met onze omgeving. Hier worden interacties zeer breed opgevat.

Al met al ben ik het met de briefschrijver behoorlijk eens wanneer hij stelt: “We zijn nog ver af van het ideaal: het herstel van normale hersenfunctie (en dus van ‘normaal’ - d.i. niet pathologisch-gedrag).”

J. Korf.

SYMPOSIUMAANKONDIGING

Op 8 mei 1992 organiseert de Divisie Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht in samenwerking met de sectie Klinische Psychiatrie van de Vereniging voor Psychiatrie het symposium “**Twistappels uit de Opnamepsychiatrie**”.

Doel: meningsvorming en discussie rondom een selectie van problemen, die spelen in de acute intramurale psychiatrie:

1. standaardisering van behandeling, voordelen en beperkingen
2. het milieu van de opnameafdeling, pathogeen of curatief?
3. het werken op een opnameafdeling; leiding geven en de positie van de verpleegkundige

Plaats: Academisch Ziekenhuis Utrecht

Inlichtingen: Mw. AM Tigelaar postbus 8442

3503 AK UTRECHT tel: 03435 - 73759

STICHTING ELI LILLY CENTRAL NERVOUS
SYSTEM RESEARCH

Gaarne willen wij u informeren over de "Lilly CNS Award 1992" en hetgeen deze prijs voor U, of groep van uw medewerkers kan betekenen.

Eli Lilly behoort tot de tien grootste farmaceutische ondernemingen in de wereld. Meer dan 4.000 wetenschappelijke medewerkers zijn het levende bewijs van Lilly's overtuiging dat creatieve research de bron vormt voor vernieuwende geneesmiddelen. Research die zich richt op onder meer diabetes mellitus, infectieziekten en stoornissen in het centraal zenuwstelsel als de ziekte van Alzheimer, schizofrenie en de ziekte van Parkinson. Eli Lilly stimuleert daarom wereldwijd onderzoek binnen en buiten haar onderneming.

Om het wetenschappelijke onderzoek op het gebied van de Klinische en Biologische Psychiatrie te bevorderen, heeft Eli Lilly de Stichting Eli Lilly CNS Research opgericht. De Stichting reikt *om de twee* jaar een prijs, ten bedrage van Hfl. 20.000,- uit, aan één of meerdere personen die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan het wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de Biologische en Klinische Psychiatrie. In 1990 werd de prijs uitgereikt aan de hoogleraren Van Praag en Verhey vanwege hun beider verdiensten op dit vakgebied.

Deze keer zal de CNS Award in het *najaar van 1992* opnieuw worden uitgereikt. In aanmerking komt wetenschappelijk onderzoek, klinisch of fundamenteel van aard, waarbij voor het laatste geldt dat de klinische relevantie vaststaat. Indien het werk het resultaat is van onderzoek, uitgevoerd door een groep van personen, kunnen deze hun kandidatuur gemeenschappelijk stellen.

De kandidaten moeten de Nederlandse nationaliteit bezitten en afgestudeerd zijn aan een van de Nederlandse universiteiten. De inzendingen zullen worden beoordeeld door een jury, bestaande uit de leden van het bestuur van de Stichting Eli Lilly CNS Research. De jury zal zich laten bijstaan door een adviesraad bestaande uit bestuursleden van het Interdisciplinair Genootschap voor Biologische Psychiatrie.

Mededelingen naar deze onderscheiding wordt op hoge prijs gesteld en is mogelijk op voordracht of op eigen initiatief. Wij verzoeken u inzendingen in vijfvoud te sturen voor **1 mei 1992** aan:

Stichting Eli Lilly CNS Research
Antwoordnummer 2755, 3430 WB Nieuwegein

PROGRAMMA DIDACTISCH SYMPOSIUM
BIPOLAIRE STOORNISSEN II

vrijdag 25 september 1992

Georganiseerd door het Interdisciplinair Genootschap voor Biologische Psychiatrie (I.G.B.P.) en de Sectie klinische Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Tevens uitreiking van de Eli Lilly C.N.S. Award.

Voorzitters:

Dr. M.J.A.J.M. Hoes

Dr. W.M.A. Verhoeven

Sprekers:

J.S. Kamp, psychiater Diakonessenhuis Refaja Dordrecht:

Geïntegreerde (poli-)klinische behandeling van de acute manie.

T. Kuipers, psychiater Academisch Ziekenhuis Utrecht:
Territoriale aspecten van manisch gedrag en de consequenties voor de behandeling.

Prof. Dr. M. Richartz, psychiater Psycho-medisch Streekcentrum Vijverdal, Maastricht:
Stemming, psychose en premorbide persoonlijkheidsstructuur; een diagnostisch en therapeutisch dilemma.

Prof. Dr. J. Godderis, neuropsychiater Academisch Ziekenhuis Leuven:

Prevalentie, diagnostiek en farmacotherapie van bipolaire stoornissen in het senium.

Lunchpauze

Dr. W. B. Gunning, neuropsychiater Academisch Medisch Centrum, Amsterdam:

Prevalentie, diagnostiek en farmacotherapie van stemmingsstoornissen bij kinderen en jeugdigen.

'Uitreiking Eli Lilly Award'

'Lezing prijswinnaar(s) Eli Lilly Award'

Gelegenheid tot feliciteren winnaar(s) Award onder het genot van een drankje.

TEGRETOL C.R.

CARBAMAZEPINE

D I V I T A B S



HERSTELT HET EVENWICHT BIJ MANISCH DEPRESSIEVEN

Samenstelling en toedieningsvormen Tegretol tabletten 100 en 200 mg, siroopvorm en deelbare tabletten met gereguleerde afgifte 200 en 400 mg; deze tabletten noemt men Tegretol CR Divitabs. De werkzame stof is carbamazepine. **Indicaties:** Epilepsie Partiële aanvallen: – met een gecompliceerde symptomatologie; met eenvoudige symptomatologie. Gegeneraliseerde aanvallen met een tonisch-clonische component (grand mal) netzij tengevolge van primaire gegeneraliseerde epilepsie of, -althans ten dele- tengevolge van secundaire gegeneraliseerde epilepsie). Gemengde epilepsievormen. Psychische veranderingen, die samenhangen met epilepsie-onafhankelijk van het aanvalstype. Bij petit mal moeten bovendien ook nog andere geneesmiddelen worden voorgeschreven om absences te onderdrukken. Psychische symptomen, hetzij alleen of als algemene geestelijke traagheid of ontstemmingen, dan wel andere psychische stoornissen, verbonden aan niet-specifieke EEG veranderingen. De behandeling van manie bij manisch-depressieve ziekten. De behandeling van Diabetes Insipidus. De behandeling van Alcoholverslaving. De behandeling van Trigemini neuralgie. **Contra-indicaties** Overgevoeligheid voor carbamazepine, Atrioventriculair blok. **Waarschuwingen en voorzorgen** Indien er huiduitslag optreedt (zoals roodheid, blaasjes en jeuk) moet de therapie met carbamazepine worden gestaakt. Bij het optreden van leukopenie of leukopenie, die gepaard gaat met klinische symptomen, zoals koorts of keelpijn, en in geval van trombocytopenie, of indien uit tests een verslechtering van de leverfuncties blijkt, moet de therapie met carbamazepine worden gestaakt. Abrupt staken van de behandeling met carbamazepine dient te worden vermeden. Bij patiënten met verminderde nier- of leverfunctie en/of met ernstige ziekten van hart en vaten en bij

oudere patiënten dient voorzichtig te worden gedoseerd. **Bijwerkingen** Soms komen er, vooral aan het begin van de behandeling, bijwerkingen voor, zoals verlies van eetlust, droge mond, misselijkheid, diarree of verstopping, hoofdpijn, duizeligheid, slaperigheid, veranderingen in het waarnemingsvermogen, of -bij oudere patiënten- verwarring en opwinding. Deze bijwerkingen verdwijnen echter meestal na zeven tot veertien dagen, hetzij spontaan, hetzij na een tijdelijke vermindering van de doses. Soms treedt huiduitslag (roodheid, blaasjes, jeuk) op. **Gebruik tijdens zwangerschap en borstvoeding** Indien een met Tegretol behandelde patiënte zwanger wordt, moet zij haar arts raadplegen over de verdere therapie. De werkzame stof carbamazepine gaat in de moedermelk over, maar in lagere concentraties dan die waarin het carbamazepine in het bloed van de moeder voorkomt. Moeders die Tegretol gebruiken mogen hun zuigelingen borstvoeding geven. **Interacties** Er treden wisselwerkingen op tussen Tegretol en coëmarine-anticoagulantia, orale anticonceptiva, theofylline, valproaat, fenytoïne, fenobarbital, doxycycline, primidon, isoniazide, erythromycine, dextropropoxyfeen, ethosuximide, alcohol en Lithium. **Dosering** In het begin van de therapie strekt het tot aanbeveling de dosis geleidelijk te laten toenemen. Dit kan een paar weken duren en het optimale effect zal na die periode te merken zijn. **Wijze van gebruik** De onderhoudsdosering wordt in twee tot drie porties per dag tijdens of na een maaltijd met vloeistof ingenomen. **Verpakkingsvorm** Tegretol tabletten met breukgleuf 100 mg à 30 stuks, en 200 mg à 30 stuks, Tegretol siroop à 100 mg/5 ml; flacon à 250 ml, Tegretol CR divitabs 200 mg met breukgleuf à 90 stuks en Tegretol CR divitabs 400 mg met breukgleuf à 60 stuks. Literatuur op aanvraag verkrijgbaar.

GEIGY

Samenstelling: Trazolan bevat per tablet 100 mg trazodomydrochloride. **Indicatie:** Depressies. **Bijwerkingen:** Slaperigheid, misselijkheid en braken, gevoel van moeheid, duizeligheid, hoofdpijn, slapeloosheid, hypotensie, erytheem en jeuk. Zeldzame gevallen van priapisme zijn gemeld. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Gebruikelijke voorzorgen bij patiënten met gestoorde nier- of leverfunctie. Bij het begin van de behandeling kan hypotensie zich voordoen. De behandeling dient gestaakt te worden indien priapisme zich zou voordoen. In verband met het voorkomen van (initiele) slaperigheid is voorzichtigheid geboden bij het besturen van een auto en bij het bedienen van machines. **Dosering:** De aanvangsdosering bedraagt 150 mg per dag; toegediend in verdeelde doses na de maaltijden, of als éénmalige dosis voor het slapen gaan. De dosis wordt om de 3 tot 4 dagen met 50 mg per dag verhoogd (bij voorkeur voor het slapen gaan) tot een optimaal therapeutisch effect wordt bereikt. Deze dosis mag opgevoerd worden tot 400 mg per dag bij ambulante patiënten. Volledige informatie over Trazolan op aanvraag beschikbaar: Seartle Nederland B.V., Postbus 1402, 3600 BK Maarssen. Tel.: 03465-74900. Fax: 03465-76180.

WAAR PAKT U EEN DEPRESSIE HET EERSTE AAN?

Vaak gaat een depressie gepaard met slaapstoornissen, die zowel de algehele conditie als de stemming van de patiënt ernstig belasten. Trazolan is *het* antidepressivum dat vanaf het begin van de behandeling – *direct al in de eerste dagen* – de verstoorde slaap aanpakt.⁽¹⁾

Omdat uw patiënt direct merkt dat hij of zij beter slaapt, zal dit de stemming en de therapietrouw bevorderen. Tegelijkertijd wordt het antidepressief effect van Trazolan opgebouwd. Trazolan is een effectief antidepressivum. Jarenlange wereldwijde toepassing heeft bovendien de veiligheid van Trazolan bewezen.⁽²⁾

TRAZOLAN®

**Het antidepressivum dat slaapproblemen
al in de eerste dagen aanpakt.**