

Verdiene aan neerslachtigheid

Nu succes een keuze is geworden, geldt dat voor mislukking ook. In de concurrentie maatschappij dient het lot ons niet langer als excuus. Tegenwoordig zijn we daar zelf verantwoordelijk voor. Als uitweg hebben we nog het beroep op ziekte. Lichamelijke problemen ontnemen ons verantwoordelijkheid, maar alleen tijdelijk en een klein beetje. Ziekte en genezing blijven immers primair een aangelegenheid van het getroffen individu, en niet van diens omgeving, of de maatschappij. Lukt genezing niet op eigen kracht, dan maakt de zieke gebruik van medische hulp – ook als hij of zij dat niet zou willen. Dat geldt voor psychische problemen niet minder dan voor lichamelijke. En voor depressie geldt het al helemaal. Want als we met medicijnen spoedig weer mee kunnen draaien, vervalt elk excuus om somber en onzeker te zijn.

Zo raken de normen voor goed functioneren opgeschroefd. Met de biotechnische mogelijkheden groeien de verwachtingen en de verplichtingen. We eisen van onszelf en anderen steeds meer soepelheid van lijf en geest. Diepgravend persoonlijk onderzoek naar de oorzaken van psychisch lijden verliest daarbij zijn zin. Terwijl klassieke psychotherapie diende voor het langzaam verwerken van ervaren leed, richt behandeling met antidepressiva zich op vlot herstel van gewenst functioneren. De farmaceutische industrie kan intussen niet aan de verwachtingen voldoen die zij zelf met valse beloften heeft gevoed. Farmaceutische concerns staan in de beklagdenbank wegens het aanpraten van ziekten, het omkopen van wetenschappers en instanties, en het manipuleren van onderzoek.

Het aanpraten van ziekten

Aan verschillende behandelingen van psychische problemen liggen verschillende vooronderstellingen ten grondslag over de oorzaken van de

ellende. In de psychoanalyse gaat het om het begrijpen en verwerken van het verleden, in systeembehandelingen om verstoorde onderlinge relaties, in gedragstherapieën om ongewenste gewoonten, in cognitieve therapieën om schadelijke overtuigingen, en bij farmacologische behandelingen om gebrek aan levenslust door tekortschietende transmissie van stoffen in de hersenen. Elk van deze benaderingen meet de effectiviteit van de behandeling uiteraard het liefst af aan eigen criteria. Maar stop je dan niet een konijn in de hoed om het er vervolgens triomfantelijk weer uit te halen?

De oplossing voor dit probleem wordt gezocht in voor alle behandelingen identieke meetinstrumenten. De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) van de *American Psychiatric Association* (APA) is een poging hiertoe. Ze geeft lijsten met namen van psychische ziekten, en criteria voor het toepassen daarvan. Daarop zijn de tests geënt voor het bepalen van de ernst van klachten en voor onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen. Maar de DSM representeert geen internationale waarheid, stellen onderzoekers van de psychiatrie zoals de Britse psychofarmacoloog David Healy (Healy, 2002; zie ook Horwitz, 2002). Dat kan ook niet, want ziektecategorieën zijn onvermijdelijk interpretaties van interpretaties, voegt de Amerikaanse transculturele psychiater Arthur Kleinman toe (Kleinman, 1998). De klachten van patiënten zijn interpretaties van de problemen die ze ervaren. Die worden vervolgens door hun behandelaars nog eens geïnterpreteerd.

Desondanks vindt de Amerikaans gekleurde DSM internationaal steeds verder ingang. Dat komt doordat de geneesmiddelenbranche ermee werkt, beargumenteert David Healy, die zich heeft ontwikkeld tot klokkenluider van de biopsychiatrie. Het bedrijfsleven wil zonder toegang tot de Amerikaanse markt begrijpelijkerwijs geen psychofarmacon in productie nemen. Hierdoor raken de DSM-benamingen steeds verder verspreid. Dat gebeurt ook onder de patiënten, want in een proces dat 'protoprofessionalisering' heet, nemen 'leken' de termen van 'deskundigen' over. Zo krijgen ze gemakkelijker toegang tot de zorg. Aldus ontstond in brede kring het idee dat de benamingen van de DSM een rechtstreekse beschrijving geven van universele psychische problematiek. Klachten in andere tijden en andere culturen worden op deze wijze 'eigenlijk ADHD' of 'in feite een depressieve stoornis'.

De DSM komt de producenten van psychofarmaca ook heel goed uit. Het bedrijfsleven profiteert ervan dat elke nieuwe versie van deze catalogus weer méér psychische ziekten definieert. Want hoe meer 'stoornissen' er zijn, hoe meer medicijnen er verkocht kunnen worden. Dat vergt wel dat iedereen in biologische termen gaat denken over gedrag, en psychische problemen niet toeschrijft aan persoonlijke of maatschappelijke omstandigheden. De farmaceutische bedrijven brengen daarom het biologische model actief aan de man. In de VS mogen ze hun producten rechtstreeks bij het publiek aanprijzen.

Dat doen ze met alle mogelijke middelen – van televisie en radio-*commercials*, tot advertenties in kranten en weekbladen, *billboards* langs de snelwegen, en vooral via het internet.

De bedrijven presenteren zich in dergelijke 'direct to consumer advertisements' als goedwillende hulpverleners. Ze richten zich rechtstreeks tot mensen met klachten, op een betrokken, troostende manier. Op het internet bieden ze depressietests aan ('take our quiz'), die men ook voor vrienden en geliefden kan maken ('caring for others'). Bij een enigszins lage score volgt het advies naar de dokter te gaan – een vragenlijstje voor de arts leveren ze er vast bij. Ook vertellen ze dat een ziekte als depressie niet vanzelf over kan gaan. Het noemen van grote aantallen mensen die er al eens een hebben gehad, wordt gevolgd door dreigende cijfers die tonen dat elke nieuwe depressie de kans op een volgende met sprongen verhoogt.

De Engelstalige sites melden steeds keurig dat ze alleen zijn bedoeld voor ingezetenen van de VS. Maar mensen in andere landen bekijken ze natuurlijk ook. En voor wie geen Engels leest, vinden de fabrikanten andere wegen. Zo werd op de Nederlandse radio reclame gemaakt voor de website www.depressiezelftest.nl. Op de openingspagina van deze site staat dat hij inhoudelijk is ontwikkeld door Mentrum GGZ Amsterdam en de Stichting Fobievrienden, met ondersteuning van het farmaceutisch bedrijf Wyeth. Ook het logo van Wyeth staat op de openingspagina. Met een muisklik daarop beland je op de pagina's van Wyeth, waar door valt te klikken naar Nederlandstalige publieksreclame voor Efexor, het antidepressivum van Wyeth. Zo geven Mentrum en de Stichting Fobievrienden de indruk dat ook zij Efexor het beste middel vinden. Ze vermelden er niet bij dat overheidsinstanties zoals de Britse Medicine and Health Care Products Regulatory Agency recentelijk waarschuwd voor bijwerkingen van Efexor.¹

In landen waar geneesmiddelreclame voor het grote publiek verboden is, organiseren farmaceutische bedrijven voorlichtingscampagnes over ziekten. Deze moeten het publiek bewust maken van het bestaan van een kwaal en het besef bijbrengen dat deze onderbehandeld is. Er verschenen diverse kritische boeken over dergelijk 'uitventen van ziekten' (bijvoorbeeld Payer, 1992; Horwitz, 2002). En het *British Medical Journal* (www.bmj.com) publiceerde er reeksen artikelen over (onder andere Moynihan, 2002; Moynihan, Heath & Henry, 2002; Moynihan, 2003). Deze rapportages over 'social phobia', 'female sexual dysfunction' en zelfs 'hair loss' als welbewust door het bedrijfsleven gepushte ziekten, riepen in het *BMJ* veel reacties op. Aan het voorbeeld van 'female sexual dysfunction' illustreerde onderzoeksjournalist Ray Moynihan dat de bedrijven vaak een chemische stof vinden met een zeker effect, waarbij ze vervolgens een lichamelijke kwaal formuleren. Voordat ze het medicijn op de markt brengen, doen ze dat met de kwaal. Ze schakelen wetenschaps-

beoefenaren en journalisten in om hen daarbij te helpen, evenals belangenverenigingen van patiënten die soms zelfs door de bedrijven zijn opgericht. Het gevolg is dat steeds meer mensen hun klachten interpreteren als symptoom van de geformuleerde ziekte (Moynihan, 2003; zie over het aanpraten van 'female sexual dysfunction' ook Fishman, 2004).

Het 'ontbrekende stofje' bij depressie

Ook depressie is sterk geadverteerd als lichamelijke ziekte. Sinds de jaren tachtig zijn de SSRI's (Selective Serotonine Reuptake Inhibitors) op de markt, die de transmissie bevorderen van serotonine in de hersenen. Deze antidepressiva zijn ware *blockbusters* geworden van de farmaceutische industrie. Efexor van Wyeth is momenteel in Nederland na Seroxat (GlaxoSmithKline) de meest verkochte SSRI. Andere merknamen zijn Prozac (Eli Lilly), Zoloft (Pfizer), en Celexa (Forest). De Stichting Farmaceutische Kengetallen meldde in 2004 dat het gebruik van antidepressiva in Nederland in de voorgaande vijf jaar was toegenomen met 33%. Zeshonderdduizend Nederlanders slikken ze, en in 58% van de gevallen gaat het om een relatief dure SSRI (gemiddeld 22 euro per persoon per maand). Er is nog een grote markt te winnen, want Nefarma, de belangenvereniging van farmaceutische bedrijven in Nederland, schat dat ongeveer vierhonderdduizend Nederlanders lijden aan onbehandelde depressie (www.nefarma.nl). Zo komt wellicht ook voor Nederland de voorspelling uit dat in 2020 depressie de meest voorkomende ziekte zal zijn (Murray & Lopez, 1997).

Een effect van SSRI's op het serotoninesysteem betekent nog niet dat 'een tekort aan bepaalde stoffen in de hersenen' de oorzaak van neerslachtigheid is. Wie goed leest, ziet dat de bedrijven dat strikt genomen ook niet zeggen: 'Today, it is widely recognized that depression is a medical condition that may be associated with an imbalance in the delicate chemistry of the brain,' legt Pfizer uit (www.zoloft.com). En Eli Lilly heeft het over de '...growing awareness that depression is an illness with probable biological causes...' (www.prozac.com). Zo valt de bedrijven geen foutieve voorlichting te verwijten. Maar wat op de keper beschouwd niet wordt beweerd, wordt in sterke mate wel gesuggereerd. Dat gebeurt bijvoorbeeld met animaties van de serotoninetransmissie in het brein. De meest uitgewerkte zijn die van Eli Lilly. Op www.prozac.com komt men via 'how it works' bij bewegende beelden die tonen dat de hersenen van depressieve mensen weer 'normaal' worden na het nemen van Prozac. En zoals het afrodisiacum Admivil de 'natuurlijke balans' van sommige vrouwen 'herstelt,' zo worden andere mensen met antidepressiva pas zichzelf. Terwijl SSRI's iets toevoegen aan het systeem, is de suggestie steeds die van opheffing van een tekort.

Afhankelijke kwaliteitsgaranties

Er zijn inderdaad veel mensen met grote problemen die laagdrempelige voorlichting nodig hebben. Dat argument voor publieksreclame is terecht. Bovendien zijn bedrijven er om winst te maken. Het ligt in hun aard om hun producten aan te prijzen, onder andere door mensen te wijzen op behoeften waarvan ze niet wisten dat ze ze hadden. Dat geldt voor alle handelswaar. En ook het aanprijzen van de kwaliteit hoort erbij. Voor dat laatste beroepen verkopers zich het liefst op het 'onafhankelijke oordeel' van anderen. Ze laten tevreden gebruikers aan het woord, of liever nog: wetenschappers met laboratoriumjassen, percentages en grafieken.

Bij wasmiddelen of cosmetica neemt het publiek deze rol van de wetenschap met een korrel zout. Maar als het om geneesmiddelen gaat, ligt dat heel anders. Farmaceutische producten zijn de enige koopwaar met een kwaliteitsgarantie van de échte wetenschap. Deze draagt immers op zijn beurt het keurmerk van de overheid. In de VS moet registratie van geneesmiddelen worden aangevraagd bij de Food and Drug Administration (www.fda.gov), en in Nederland is er het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (www.cb-g-med.nl), dat nauw samenwerkt met de European Medicines Agency (www.emea.eu.int). De groeiende stroom berichten dat het vertrouwen in dit systeem lang niet altijd terecht is, veroorzaakte in de afgelopen jaren grote internationale beroering. In Engeland en de VS werden onlangs parlementaire hoorzittingen gehouden over de invloed van de farmaceutische industrie, en het feilen van de wetenschap en controlerende overheidsinstanties.

Het dure experimentele onderzoek naar de werkzaamheid en veiligheid van de medicijnen, wordt grotendeels door de makers ervan uitgevoerd of betaald. De bedrijven laten het onderzoek doen door eigen onderzoeksafdelingen, door commerciële onderzoeksbedrijven, maar ook door universiteiten en ziekenhuizen. Van de laatstgenoemde instellingen verwacht je de grootste onafhankelijkheid. Maar ook zij zijn in toenemende mate afhankelijk geworden van externe financiering. Universitaire onderzoekers zijn ook erg gevoelig voor allerlei persoonlijke vormen van steun, zoals cadeaus, betaald conferentiebezoek op een aangename plek, of gewoon sommen geld als extra beloning. In de nog lopende hoorzittingen van het Britse Lagerhuis verhaalden onderzoekers over steekpenningen ter hoogte van een dubbel jaarsalaris om tegenvallende onderzoeksresultaten achter te houden. Ook noemden ze honoraria tot vijfduizend Britse ponden voor het houden van lezingen over geneesmiddelen waar de sprekers soms geen enkele ervaring mee hadden. Richard Horton, hoofdredacteur van de *The Lancet* getuigde over exorbitante bedragen die hem waren geboden voor het plaatsen van artikelen over experimenten met een gunstige uitkomst. Horton sprak er zijn zorg over

uit dat de grens tussen wetenschappelijke artikelen en advertenties aan het vervagen is.²

De laatste jaren vindt er ook in Nederland nauwelijks nog onafhankelijk onderzoek plaats naar de werkzaamheid van medicamenten. Farmacoloog Toine Pieters e.a. schrijven in *Pillen & Psyche* (te vinden op www.rathenau.nl) dat ook hier de geneesmiddelenbranche inmiddels de grootste financier is van medisch onderzoek. Deze situatie is door de Nederlandse overheid sinds de jaren negentig actief nagestreefd. De zorg over grensoverschrijdend gedrag van behandelaars en onderzoekers is inmiddels zo groot geworden dat het Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (DGV) in december 2003 een anonieme, digitale kliklijn opende (www.medicijngebruik.nl).

Een andere corrigerende maatregel, getroffen door veel medische tijdschriften, is dat onderzoekers hun banden met de industrie bij hun artikelen moeten vermelden. Maar de bedrijven omzeilen dit voorschrift op grote schaal. Bij gezamenlijke projecten met universitaire onderzoekers laten ze bijvoorbeeld hun eigen medewerkers ongenoemd. De fabrikanten produceren ook artikelen waar ze geen auteursnamen boven zetten. Vaak gaat het om een bewerking van een eerder verschenen publicatie. Het bedrijf stuurt de stukken naar bekende universitaire onderzoekers, bijvoorbeeld de auteurs van het oorspronkelijke artikel. In een begeleidende brief krijgt de geadresseerde het aanbod om het nieuwe artikel onder eigen naam te publiceren. De onderzoekers verwerven zo vele publicaties in gerenommeerde tijdschriften, evenals citaties en opname in elektronische zoeksystemen als MedLine (Bodenheimer, 2000; Healy, 2004; AMA, 2004).

Wiens brood men eet

Maar telt niet slechts de vraag of het onderzoek goed is uitgevoerd? Als de regels der wetenschap zijn gevolgd, zou je zeggen, maakt de herkomst van het geld niets uit. Dit lijkt reëel, maar is vooral naïef. Normaal gesproken zijn wetenschappelijk onderzoekers er zozeer voor beducht dat wensen de waarneming sturen, dat ze op allerlei manieren proberen om de invloed van hoop uit te schakelen die de onderzochten zouden kunnen hebben, net als degenen die hen behandelen en testen. Het is om deze reden dat experimenten idealiter 'dubbelblind' moeten worden uitgevoerd. Ook de ontwerpers en verslaggevers van experimenten zouden niet op het spek gebonden moeten worden.

De uitkomsten van onderzoek betaald door de fabrikanten zijn stelselmatig rooskleuriger dan van niet gesponsord onderzoek (Bodenheimer, 2000). De wetenschappelijke raad van de *American Medical Association* (AMA) kwam in 2004 tot vergelijkbare conclusies in een rapport waar de APA om had

gevraagd. Vele kleine beslissingen bij het opzetten en analyseren van experimenten kunnen bijdragen aan een gewenste uitkomst, concludeerde ook deze commissie. Voorbeelden zijn het werken met deelnemers die niet representatief zijn voor de bedoelde patiënten, het tevoren verwijderen van deelnemers die sterk reageren op placebo's, het toedienen van een te geringe dosis van een vergelijkingsmedicijn, het weglaten van personen met ongewenste reacties bij de uiteindelijke berekeningen, en vooral het ongepubliceerd laten van experimenten met negatieve resultaten. Gesponsorde onderzoekers moeten vaak contracten tekenen dat hun geldschiet informatie uit hun artikelen mag verwijderen, dat publicatie van onwelgevallige resultaten mag worden uitgesteld of helemaal afgelast (AMA, 2004).

229

Lang niet alle manipulaties zijn te achterhalen. De controlerende instanties staan bovendien vaak onder grote druk van de bedrijven, en ook van politici, behandelaars, en patiëntenverenigingen, die snel geneesmiddelen wensen. Hierdoor redeneren de instanties gemakkelijk dat gebrek aan bewijs nog geen gebrek aan werkzaamheid betekent, en gaat het voordeel van de twijfel naar het medicijn. De laatste jaren gold dat heel sterk voor de Amerikaanse FDA, waarvan de beslissingen voor andere landen vaak een voorbeeld zijn. George W. Bush, wiens beide presidentscampagnes voor een belangrijk deel werden gesponsord door de farmaceutische industrie, stelde vele vertegenwoordigers van deze bedrijfstak aan in de FDA (Lenzer, 2004a). Daniël Troy, sinds 2002 hoofd van de FDA, was voorheen een geduchte advocaat voor de geneesmiddelenindustrie, die geregeld optrad tegen de FDA. In het jaar van zijn benoeming als FDA-chef ontving hij nog 358.000 dollar van Pfizer. En in zijn nieuwe functie ging hij door met het verdedigen van bedrijven die door patiënten waren aangeklaagd wegens ongewenste bijwerkingen. In het voorjaar van 2004 werd Troy door het New Yorkse parlementslid Maurice Hinchey onder vuur genomen wegens belangenverstrengeling (Lenzer, 2004a). Even later kwam de FDA opnieuw in het nieuws vanwege een meta-analyse van experimenten met in totaal 4250 kinderen. Het percentage kinderen met zelfmoordneigingen bleek daarin in de experimentele groepen twee keer zo hoog als in de placebogroepen. De dienst had dit rapport door medewerker Andrew Mosholder niet willen publiceren, maar het lekte uit (Lenzer, 2004b, 2004c, 2004d; het Mosholder rapport staat op www.ahrp.org).

In november 2004 trad Troy af als hoofd van de FDA. Het algemeen persbureau *Associated Press* tekende zijn verklaring op dat hij jaren geleden al had besloten om terug te keren naar de privésector. Daar zag hij de gelegenheid toe nu Bush de presidentsverkiezingen van 2004 had gewonnen: 'More than three years have passed. And we won the election. And that's about the amount of time I intended to serve.' (Associated Press, 2004)

Ongewenste effecten

Onder de kop 'The Emperor's new Drugs' publiceerde de Amerikaanse psycholoog Irving Kirsch eerder een spraakmakend artikel over 47 experimenten met zes soorten SSRI's. Het ging om de experimenten op grond waarvan de FDA een licentie had verleend. Het grootste deel ervan had slechts zes weken geduurd, en langer dan acht weken duurde er niet één. Zoals gebruikelijk gingen zowel de experimentele als de controlegroepen vooruit, wat wijst op vooruitgang door vooral geloof in de pillen. De extra vooruitgang van de experimentele groepen bedroeg gemiddeld slechts 18%. En deze 18% werd alleen gehaald door de medicijnen zoveel mogelijk kans te geven: de norm voor vooruitgang was heel laag, sterk placebo-gevoelige mensen waren in een vroeg stadium verwijderd, deelnemers die vroegtijdig waren afgehaakt waren meegeteld alsof ze tot het eind hadden meegedaan. Kirsch e.a. kwamen tot de conclusie dat er in feite geen enkel bewijs van werkzaamheid geleverd was (Kirsch e.a., 2002).

Het schrijnendste voorbeeld van de mogelijkheid om experimenten in de gewenste richting te manipuleren, is het wegschrijven van grote agitatie, moordneigingen en zelfmoordneigingen onder verhullende kopjes als 'hostility' en 'emotional lability'. In 2004 trok dit onderwerp internationaal de aandacht, maar familieleden van slachtoffers, verontruste behandelaars en onderzoekers voeren al jarenlang strijd. Zo traden de psychiaters David Healy en Peter Breggin in Engeland en de VS op als expert in een aantal processen, aangespannen door familieleden van mensen die na het slikken van SSRI's plotseling een moord of zelfmoord pleegden (Breggin, 2001; Breggin, 2003/2004; Healy, 2003).³

The Lancet publiceerde in 2004 een artikel van Craig Whittington e.a., dat de internationale onrust sterk voedde. Opnieuw ging het om een meta-analyse, ditmaal van verschillende experimenten met jongeren van vijf tot en met achttien jaar. Een verzoek van de onderzoekers aan de bedrijven om ook ongepubliceerde experimenten te leveren, bleef onbeantwoord. De registratieinstanties leverden dergelijke artikelen echter wel. Toen de ongepubliceerde experimenten in de analyse werden meegenomen, verdween het positieve effect. Ook kwamen risico's naar voren, waaronder dat op zelfmoord bij enkelen. Alleen fluoxetine (Prozac) kwam er in dit metaonderzoek zonder kleerscheuren vanaf, zij het met zeer matige resultaten, op basis van onderzoek van lage kwaliteit (Whittington e.a., 2004). Onder de kop 'Depressing Research' sprak de hoofdredactie van *The Lancet* in hetzelfde nummer haar verontrusting uit (*The Lancet*, 2002). Ze hekelde vooral GlaxoSmithKline (GSK), de producent van Seroxat, die aan dat middel in 2001 bijna vijf miljard dollar verdiende. Inmiddels wordt GSK vervolgd door de openbare aanklager

van de Staat New York wegens het achterhouden van negatieve gegevens over Seroxat. Een van de bewijsstukken is een uitgelekt intern memo waarin het management van GSK stelt dat het openbaar maken van negatieve resultaten slecht is voor het imago van Seroxat (te bekijken op www.ahrp.org).

Het Britse Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (www.mhra.gov.uk) adviseert nu om, met uitzondering van fluoxetine, geen antidepressiva meer aan kinderen te geven. Wat volwassenen betreft, raadt ze aan om de dosis van paroxetine (Seroxat) te beperken tot maximaal 20 milligram. Ook de FDA gaf in 2003 een negatief advies uit over de meeste antidepressiva voor kinderen, en drong er bij fabrikanten op aan te waarschuwen voor verhoogde kans op zelfmoord. In navolging van de Europese autoriteiten en in afwachting van verder onderzoek op Europees niveau, maande het Nederlandse College ter Beoordeling van de Geneesmiddelen (CBG) alleen tot voorzichtigheid bij kinderen.

Hoe nu verder?

In 2001 publiceerden dertien van de belangrijkste medische tijdschriften een gezamenlijke verklaring dat sponsors onderzoekers niet onder druk mogen zetten, dat ze de verantwoordelijkheid voor de analyse en de interpretatie van de gegevens aan de onderzoekers moeten overlaten, en dat ze hen het recht moeten geven om te publiceren (Davidoff e.a., 2001). Daarnaast zijn de regels voor publicatie van experimenten aangescherpt (zie www.consort-statement.org en www.icmje.org). Toen de *American Medical Association* opdracht gaf om de invloed van de industrie op het onderzoek te analyseren, vroeg ze ook om een overzicht van manieren om de problemen aan te pakken. Het rapport van de commissie beschrijft een aantal initiatieven (AMA, 2004). Ook enkele farmaceutische bedrijven onderschrijven nu regels die te vinden zijn op www.gpp-guidelines.org.

Duidelijk is echter dat vooral financiële onafhankelijkheid de basis moet zijn van een betrouwbaarder systeem. Het is opvallend hoe stil de ziekenhuis- en universiteitsbesturen over dit alles blijven. Druk bezig met het vestigen van de kenniseconomie hebben ook zij alleen oog voor het aanhalen van de banden met de industrie. Zij geven onderzoekers enkele ethische richtlijnen, maar maken tegelijk hun reputatie en kansen afhankelijk van hun vermogen tot binnenhalen van fondsen. Het verwerven van geld voor het testen van medicijnen zal overigens steeds moeizamer gaan. In toenemende mate kiezen de geneesmiddelenproducenten voor commerciële onderzoeksbedrijven, die sneller kunnen werken en volledig financieel afhankelijk van hen zijn (Bodenheimer, 2000; AMA, 2004). De universitaire experts zouden hierdoor

hun handen vrij kunnen krijgen voor een controlerende rol. Ze zouden de moeilijke taak kunnen ondersteunen van overheidsinstanties voor de gezondheidszorg zoals het CBG en inspecties voor de gezondheidszorg, of patiëntenorganisaties zoals de Nederlandse Stichting Pandora en de internationale ideële organisatie *No Free Lunch* (www.nofreelunch.org). Maar die droom vergt een samenleving die minder in plaats van steeds meer wordt geregeerd door economische concurrentiezucht en prestatiedwang.

Noten

- 1 <http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafequalmed/safetymessages/efexoro903.pdf> en <http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafequalmed/safetymessages/urgent.htm#ssri>.
- 2 De nog ongecontroleerde notulen van deze hoorzittingen staan op www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm/cmhealth.htm. De genoemde uitspraken zijn ontleend aan de notulen van 14 oktober 2004 en 16 december 2004.
- 3 BMJ (2003) geeft een aantal websites met informatie over bijwerkingen van antidepressiva. Voor Nederlandstalige artikelen zie Bijl & Verhoeven (2002) en Geneesmiddelen Bulletin (2004). Beide laatste artikelen zijn te vinden op www.geneesmiddelenbulletin.nl.

Literatuur

- AMA (2004). Featured CSA report: *Influence of funding source on outcome, validity, and reliability of pharmaceutical research*. december 2004 (www.ama-assn.org/ama/pub/category/print/14314.html).
- Associated Press (2004). FDA chief counsel Daniel Troy resigns. 16 november 2004.
- British Medical Journal (2003). *Website of the week*. Antidepressants, 326, 1042 (www.BMJ.com)
- Bodenheimer, T. (2000). Uneasy alliance. Clinical investigators and the pharmaceutical industry. *New England Journal of Medicine*, 342, 1539-1544.
- Bijl, D., & W.M.A. Verhoeven (2002). Antidepressiva bij depressie: een kritische beschouwing. *Geneesmiddelen Bulletin*, 36, 51-59.
- Breggin, P.R. (2001). *The antidepressant fact book. What your doctor won't tell you about Prozac, Zoloft, Celexa, and Luvox*. Philadelphia: Perseus Books.
- Breggin, P.R. (2003). Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): A review and analysis. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 16, 31-49.
- Davidof, F., e.a. (2001). Sponsorship, authorship, and accountability. *The Lancet*, 325, 854-856.
- Fishman, J.R. (2004). Manufacturing desire: The commodification of female sexual dysfunction. *Social Studies of Science*, 34, 187-218.
- Geneesmiddelen Bulletin (2004). SSRI's en kinderen: verhoogd risico van suïcidaliteit. *Geneesmiddelen Bulletin*, 38, 81-84.
- Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. Boston: Harvard University Press.
- Healy, D. (2003). *Let them eat Prozac*. Toronto: John Lorimer.
- Healy, D. (2004). Shaping the intimate: Influences on the experience of everyday nerves. *Social Studies of Science*, 34, 219-245.
- Horwitz, A. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: Chicago University Press.
- Kirsch, I., T.J. Moore, A. Scoboria & S. Nicholls (2002). The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment*, 23, 5.
- Kleinman, A. (1998). *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.
- Lancet (2004). Depressing research. *The Lancet*, 363, 1335.
- Lenzer, J. (2004a). FDA's council accused of being too close to drug industry. *British Medical Journal*, 329, 307.
- Lenzer, J. (2004b). Secret US report on antidepressants in children. *British Medical Journal*, 329, 189.
- Lenzer, J. (2004c). FDA hearings confirm risks of antidepressants. *British Medical Journal*, 329, 641.
- Lenzer, J. (2004d). Crisis deepens at the US Food and Drug Administration. *British Medical Journal*, 329, 1308.
- Moynihan, R. (2002). Drug firms hype disease as sales ploy, industry chief claims. *British Medical Journal*, 324, 867.
- Moynihan, R. (2003). The making of a disease: female sexual dysfunction. *British Medical Journal*, 326, 45-47.
- Moynihan, R., I. Heath & D. Henry (2002). Selling sickness. The pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 324, 886-891.
- Murray, C.J., & A.D. Lopez (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349, 1498-1504.
- Payer, L. (1992). *Disease-mongers*. New York: John Wiley.

Whittington, C.J., T. Kendall, P. Fonagy, D. Cottrell, A. Cotgrove & E. Boddington (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *The Lancet*, 363, 1341-1345.

Summary

Dehue, Trudy

'Making money out of misery'

Mental suffering and everyday difficulties are increasingly being defined today as biopsychiatric defects. Drugs companies put big money into promoting this biological view, and psychiatric drugs, particularly antidepressants, have proved to be real blockbusters. However, research on the effectiveness and safety of medicines is largely funded by pharmaceutical industry itself. Studies investigating the influence of that industry have discovered that researchers even accept various kinds of gifts. Critical meta-analyses of clinical trials have shown that sponsored trials are far more likely to arrive at positive results, and that negative results are far less likely to get published. Meta-analyses of antidepressant trials which also take unpublished trials into account reveal that few positive effects and many serious side-effects have been reported. Journal editors and professional societies are now developing more rigorous regulations. But ethical rules and practical guidelines will remain powerless as long as university boards and governments continue to privatise scientific research.

Personalia

Prof.dr G.C.G. Dehue (1951) doceert wetenschapstheorie en wetenschapsgeschiedenis bij de vakgroep Psychologie aan de Rijks Universiteit Groningen. Ze publiceert over de filosofische vooronderstellingen en de historische ontwikkeling van de *clinical trial*. Haar artikelen daarover staan op www.ppsw.rug.nl
Adres: Vakgroep Psychologie, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen. E-mail: t.dehue@ppsw.rug.nl.