

DE PRAKTIJK

„Kalmte alleen kan u redden”: een andere benadering in het voorschrijven van kalmeermiddelen

M. CALMEYN^{1, 5}, S. ANTHIERENS², T. CHRISTIAENS³, M. PETROVIC⁴

Samenvatting

Uit onderzoek blijkt dat een eerste voorschrift voor een kalmeermiddel reeds tot langdurig gebruik kan leiden. Ook recente adviezen raden langdurig gebruik af gezien de kans op gewenning en afhankelijkheid. Ander onderzoek wijst op psychosociale risicofactoren die langdurig gebruik of zelfs misbruik in de hand kunnen werken. Indien de arts in zijn praktijk een andere therapeutische houding aanneemt en niet enkel vaardigheidstechnieken aanwendt, kan het opstarten van slaap- en kalmeermiddelen zoveel mogelijk vermeden worden.

Erkenning van het belang van de therapeutische relatie, alsook herkenning van de psychopathologie en de psychosociale problemen zijn belangrijke hefboomen voor een ander voorschrijfgedrag. Het besef dat men ook als arts ingebed is in de huidige maatschappelijke context van snelle behoeftebevrediging, wordt verduidelijkt als „verborgen verleider”, waardoor de arts te snel ingaat op een vraag tot het voorschrijven van een kalmeermiddel. Rekening houden met deze overwegingen betekent anders omgaan met de vraag tot het voorschrijven van een kalmeermiddel.

Inleiding

Op 6 juli 2011 formuleerde de Hoge Gezondheidsraad een advies over „de impact van psychofarmaca op de gezondheid met bijzondere aandacht voor ouderen” (<http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19071075.pdf>). Daarbij werd ook een hoofdstuk gewijd aan de benzodiazepinen (BZD's) en aanverwanten. Met dit laatste worden de „Z-drugs” bedoeld: zaleplon, zolpidem en zopiclon. Aangezien dit advies een recente stand van zaken brengt over werkingen, bijwerkingen, indicaties en contra-indicaties, richt dit artikel zich vooral op strategieën van verandering in het voorschrijven van deze middelen in de ambulante praktijk. Een recente campagne van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid wijst zowel artsen als patiënten op het risico van niet enkel misbruik, maar ook van het gebruik op zich bij deze producten (http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@mentalcare/documents/ie2divers/19073517_nl.pdf).

We concentreren ons op het begin. Het onderzoek van Anthierens et al. geïnitieerd binnen de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent toont het cruciale belang van het eerste voorschrift aan of, beter gezegd, de overweging om niet voor te schrijven aangezien het eerste voorschrift vaak kan leiden tot een chronisch verhaal (1). Hoewel dit onderzoek vooral gericht is op de eerste lijn, gaan we ervan uit dat de bevindingen voor de artsenraadplegingen in de eerste lijn eveneens kunnen gelden voor de tweede en de derde lijn. Vanzelfsprekend blijven er specialistische indicaties bestaan, zoals alcoholontwenning, een behandeling bij bepaalde vormen van epilepsie, sommige toepassingen bij anesthesie, enz. Vervolgens wordt in ander onderzoek dat plaatsvond bij een bepaald segment van de patiëntengroep met chronisch gebruik vermeld dat ook bepaalde persoonlijkheidskenmerken en de socio-epidemiologische status een belangrijke rol spelen (2). Ten slotte worden standpunten geformuleerd nadat een aantal basisconcepten belicht werden.

In den beginne...

„Benzodiazepines sleeping through the problem”

Slapeloosheid, angst en stress komen vaak voor in het dagelijkse leven en zijn van alle tijden. Indien het probleem als erg storend wordt ervaren (bij één op vijf) en men hulp zoekt bij een hulpverlener in de eerste lijn,

¹ Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw Brugge.

² Vakgroep Eerstelijnsgezondheidszorg en Interdisciplinaire zorg, Universiteit Antwerpen.

³ Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent.

⁴ Dienst geriatrie, Universitair Ziekenhuis Gent.

⁵ Correspondentieadres: dr. M. Calmeyn, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge; e-mail: cal@olv.gzbj.be

komt men meestal bij de huisarts terecht. Uit een oudere Belgische studie bleek dat gemiddeld 60% van de klachten over angst en zelfs tot 68% van de klachten over insomnia medicamenteus behandeld worden (3). Medicamenteus betekent in 79% van de gevallen BZD's voor angst. Voor insomnia loopt dit zelfs op tot 98%. Volgens een gezondheidsenquête (<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/index4.htm>) neemt één op twee gebruikers dagelijks een BZD en uit de verkoopcijfers van 2007 blijkt het gebruik toegenomen te zijn tot een percentage van 13% van de algemene bevolking (<http://www.imshealth.com>).

Uit een internationale longitudinale studie die een vergelijking maakte tussen Zweden en Nederland, blijkt dat in beide landen (met een verschillend gezondheidszorgsysteem) twee op drie van de aanvankelijke gebruikers na één jaar nog BZD's innemen en na acht jaar is dit nog altijd één op drie (4). Het eerste voorschrift voor BZD's kan de start zijn van een langdurig gebruik. Richtlijnen argumenteren dat afhankelijkheid het best voorkomen kan worden door voorzichtig om te springen met voorschriften en waar mogelijk het eerste gebruik te vermijden en een beroep te doen op niet-medicamenteuze alternatieven (5, 6).

Opmerkelijk is dat, in tegenstelling tot het grote aantal publicaties over chronisch gebruik waarin telkens gezegd wordt hoe moeilijk het is om medicatie af te bouwen zowel voor de arts als voor de patiënt zelf, onderzoek naar de opstart vrij beperkt is, terwijl dit toch het begin kan zijn van een chronisch verhaal. Richtlijnen en experts spreken al meer dan twintig jaar over het feit dat men chronisch gebruik en afhankelijkheid moet vermijden, maar waarom blijven artsen dan BZD's opstarten?

Om de complexiteit van dit fenomeen te begrijpen, hebben Anthierens et al. het BZD-gebruik onderzocht vanuit verschillende hoeken, namelijk de waarnemingen van de huisarts, de patiënt en de verpleegkundigen (in rust- en verzorgingstehuizen) (1). Zij hebben onderzocht hoe deze actoren elkaar beïnvloeden in het opstarten en het onderhouden van BZD-gebruik. Bevindingen over de waarnemingen en de houdingen van huisartsen, patiënten en verpleegkundigen kunnen leiden tot een beter inzicht in de belemmeringen en de factoren die het mogelijk maken om tot een rationeel gebruik van BZD's te komen.

Bij het opstarten van een BZD-behandeling kunnen de huisarts en de patiënt gezien worden als een tandem die inspeelt op elkaars behoeften (7, 8). Zowel de arts als de patiënt ondervindt tevredenheid en ontevredenheid betreffende het opstarten van een BZD-behandeling. Allebei hebben ze strategieën ontwikkeld om de negatieve bijklank geassocieerd met het gebruik van BZD's te rechtvaardigen. Eerste gebruikers maximaliseren de invloed van hun problemen op hun dagelijkse leven en artsen voelen zich overrompeld door deze psychosociale kwesties. Patiënten vragen hulp, maar leggen de verantwoordelijkheid voor de oplossing bij de huisarts („externe locus” of „control”). Het gevoel van machteloosheid bij

de huisarts en de sterke wil om de patiënt te helpen uit „*sym-pathie*” kunnen aanleiding geven tot een eerste voorschrift.

Artsen overschatten vaak het positieve effect van het opstarten van een BZD-behandeling en onderschatten de bijwerkingen. Aan de andere kant minimaliseren patiënten hun gebruik. Op deze manier worden BZD's gezien als „het minste kwaad”, zowel door de huisarts als door de patiënt, ook omdat ze weinig alternatieven voorhanden hebben.

Huisartsen in deze studies associëren afhankelijkheid niet met het eerste gebruik. Ze schrijven BZD's voor om de klachten op korte termijn te verhelpen zonder zich veel zorgen te maken over langdurig gebruik (8). Uit de studie blijkt dat eerste gebruikers al een vorm van psychologische afhankelijkheid vertonen. De kans is groot dat deze „eerste gebruikers” een vervolvoorschrift zullen vragen aan de huisarts en indien nodig druk zullen uitoefenen op de arts om dit te bekommen. Dit maakt het moeilijk voor de huisarts om een vervolvoorschrift te weigeren.

De bevraagde huisartsen staan open voor een niet-medicamenteuze aanpak, maar ze ondervinden verschillende remmingen (9). Een gebrek aan kennis en zelfvertrouwen om deze niet-medicamenteuze aanpak toe te passen in de praktijk vormt een van de grootste belemmeringen. Ze ondervinden ook een gebrek aan tijd om deze aanpak toe te passen tijdens een normale raadpleging. Artsen hebben het idee dat ze slechts een beperkte keuze hebben wat betreft niet-medicamenteuze alternatieven waarmee ze vertrouwd zijn. Huisartsen kunnen mits de nodige vaardigheden een niet-medicamenteuze aanpak zelf toepassen in hun praktijk of gebruikmaken van de voorzieningen in hun omgeving, zoals sociale diensten, psychologen, enz. Huisartsen zijn verantwoordelijk voor het opstarten van netwerken met andere professionelen in de eerste lijn en voor de daadwerkelijke communicatie met deze personen. De huisarts heeft immers niet altijd een „genezende” rol. Het erkennen van de gevoelens en de problemen van de patiënt, alsook inzicht geven in de onderliggende oorzaken van de symptomen vormen al belangrijke eerste stappen. De ideeën, de ongerustheden en de verwachtingen van de patiënt moeten in elk geval eerst uitgeklaard worden.

Een eerste essentiële stap is dat de huisarts zich bewust moet zijn van het feit dat een niet-medicamenteuze aanpak mogelijk is en doeltreffend kan zijn. Uiteraard moeten huisartsen wel over de nodige vaardigheden en kennis beschikken, alsook voldoende op de hoogte zijn van deze mogelijkheden vooraleer ze dit kunnen toepassen in hun dagelijkse arts-patiëntrelatie.

Het gebruik van BZD's in rusthuizen is een grote bezorgdheid: rusthuisbewoners maken veel meer gebruik van slaap- en kalmeermiddelen dan niet-geïnstitutionaliseerde ouderen (10). De voorschrijver is nog steeds de huisarts, maar aangezien de huisarts onregelmatige en vaak heel korte contacten heeft met de bewoners, kan de verpleegkundige een belangrijke rol vervullen in het al dan niet opstarten van een BZD-behandeling.

Verpleegkundigen zijn vaak de tussenpersoon tussen de huisarts en de patiënt. Hun advies is dus van groot belang in dit proces. Ze kunnen ook een belangrijke rol vervullen bij het informeren van de patiënt over diens angst, stress of slaapproblemen. Daarnaast kunnen ze de verwachtingen, de ongerustheden en soms het gedrag van de bewoner bijstellen. Een belangrijke bevinding van deze studie is dat vaak vanaf het moment waarop een BZD is opgestart door de huisarts het gebruik verdergezet zal worden voor onbepaalde tijd (1). Het gevaar bestaat dat er geen verdere opvolging van de werkelijke nood aan deze medicatie uitgevoerd zal worden. Vanaf het moment van opstarten wordt het gebruik van deze medicatie namelijk opgenomen in de routineprocedure en is er vaak geen evaluatie meer. Een andere opmerkelijke bevinding was dat de persoonlijke ideeën die verpleegkundigen hebben niet altijd in overeenstemming zijn met hun professionele ideeën. Sommige verpleegkundigen hadden een persoonlijke voorkeur voor een niet-medicamenteuze aanpak en zouden graag bij meer bewoners het gebruik van BZD's afbouwen, maar de professionele mening van collega's (artsen en verpleegkundigen), alsook structurele obstakels domineerden en moesten dan ook gerespecteerd worden. Hoe dan ook, verpleegkundigen kunnen een grote bijdrage leveren tot het verlenen van een niet-medicamenteuze aanpak, het observeren van het BZD-gebruik en het afbouwen van de BZD's.

De drijfveren van de patiënt, de huisarts en de verpleegkundige vormen vaak een moeilijk los te koppelen mechanisme. Het uitreiken van het eerste voorschrift vormt dus een cruciaal moment waarvan het belang en de gevolgen grotendeels onderschat worden.

De persoonlijke bijdrage ...

Petrovic et al. onderzochten de persoonlijkheidskenmerken en de socio-epidemiologische status van de gehospitaliseerde, oudere, chronische BZD-gebruikers (2). De psychologische kenmerken werden beoordeeld door middel van de klinische meerschalgige vragenlijst van Millon („Millon Clinical Multiaxial Inventory” – MCMI), die gebaseerd is op zelfrapportering. De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat deze vragenlijst de psychologische eigenschappen voor deze patiëntengroep op een betrouwbare wijze kan beschrijven.

Het is bekend dat specifieke patiëntgerelateerde factoren, zoals de leeftijd, de persoonlijkheidskenmerken en de aanwezigheid van psychiatrische en somatische comorbiditeit, bepalen of een chronische BZD-gebruiker al dan niet afhankelijk zal worden van deze geneesmiddelen. Er bestaan geen literatuurgegevens over de wisselwerking tussen de persoonlijkheidskenmerken en de socio-epidemiologische status als voorspellende factor voor het gebruik van BZD's bij ouderen. De bevindingen van deze studie tonen aan dat oudere, chronische gebruikers van BZD's typisch weduwen zijn met dysthymie, angst, neiging tot ethylisme en borderline

persoonlijkheidsstoornissen. Deze gegevens bevestigen dat een BZD-afhankelijkheid niet geïsoleerd ontstaat, maar in associatie met voorbeschikkende persoonlijkheidskenmerken.

Uit deze studie blijkt dat chronisch BZD-gebruik niet alleen toegeschreven mag worden aan de afhankelijkheid van de medicatie. Bijgevolg moet deze problematiek gezien worden als onderdeel van een complexe klinische en sociale toestand. Bij de therapeutische aanpak moeten de persoonlijkheidsstructuur, de huidige en de vroegere psychopathologieën, het patroon van vroeger BZD-gebruik en de socio-epidemiologische status in overweging genomen worden. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen neigen tot langdurig BZD-gebruik en kunnen ernstige ontwenningssymptomen ontwikkelen na het stoppen van deze geneesmiddelen. De behandelende arts moet hiermee rekening houden alvorens medicatie van deze klasse voor te schrijven (2).

Een (ver)houding ...

Uit het voorgaande volgt het advies om het best geen kalmemiddel op te starten, tenzij het niet anders kan. Natuurlijk stelt zich automatisch de vraag wat dan wel kan. Welke andere mogelijkheden zijn er?

Eerst moet duidelijk gesteld worden dat niet alle heil te verwachten valt uit enkel het aanleren van technieken of de zoveelste opleiding tot „snelle interventie”. We gaan er ook van uit dat artsen geen psychotherapeuten zijn (tenzij ze zelf een geëigende psychotherapieopleiding gevolgd hebben). Wel is een psychotherapeutische houding van belang. Pas als deze er is, kunnen interventies werken.

Vanuit psychotherapieonderzoek is gebleken dat de therapeutische relatie (de relatie tussen de arts en de patiënt) de echte motor tot verandering is (11). Deze motor kan echter enkel aanslaan als de hulpverlener onbevangen openstaat voor de hulpvrager. Eerst is er het verhaal van de patiënt en niet de vooraf gevormde kennis van de arts. Pas in een tweede tijd, in verdere samenspraak, kunnen artsen hun professionele kennis en ervaring aanbieden. Ook al is de consultatietijd soms beperkt, deze sequens vormt de basishouding om menselijk lijden te kunnen behandelen. Deze „tweestapsbenadering” is niet enkel van temporele aard in die zin dat ze elkaar afwisselen in de tijd, maar ook van structurele aard, want de patiënt is en komt op de eerste plaats.

Pas dan bestaat de mogelijkheid dat de patiënt zich gehoord voelt en bijgevolg geholpen kan worden.

Verder kijken dan het symptoom lang is ...

In toenemende mate is er de laatste decennia een tendens in de psychiatrische diagnostiek om symptoomdiagnosen te stellen. De doorbraak en de proliferatie van het DSM-classificatiesysteem zijn er sterk schatplichtig aan. Deze „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders”, waarvan de vijfde editie voorzien is voor 2013, stelt psychiatrische diagnoses aan de hand van clusters van symptomen. Het is vooral een beschrijvende diagnostiek die geen pathogenese vooropstelt. Is dit echter voldoende om een psychiatrische diagnose te stellen? Naar onze mening is dit niet het geval. Symptomen hebben een verwijzende functie (zoals in de somatische geneeskunde) en duiden op een onderliggende pathologie. Zo is het bijvoorbeeld niet zinvol om angstsyndromen, welke dan ook, te diagnosticeren aangezien angst verwijst naar een onderliggend conflict, een psychosociaal probleem of een pathologie. Wat het laatste betreft, kan de antropopsychiatrie een belangrijke inspiratiebron zijn (12-14). Ze stelt dat de mens getekend kan worden door vier basispathologieën, namelijk een stemmingsstoornis, een perversie, een neurose (een persoonlijkheidsstoornis) en een psychose. Artsen moeten peilen naar een of meer basisstoornissen bij de patiënt of, indien dit niet binnen de mogelijkheden ligt, verwijzen naar een psychiater/psychotherapeut die in staat is om psychopathologie niet louter symptomatisch op te sporen.

Door een symptoom zonder meer te begrijpen en te behandelen als een symptoom, wordt er nog op een andere wijze „iatrogene anosognosie” beoefend. Verschillend met de somatische geneeskunde, waarin een ziekte het menselijke lichaam treft, betekent psychopathologie dat de mens aangedaan is als mens. Een psychose en een depressie zijn hiervan zeer gekende voorbeelden, ook al omdat ze de mens zeer diepgaand verstoren. De vier bovenvermelde basispathologieën zijn typisch menselijke aandoeningen. Freud sprak spitsvondig over de neurose als het „voorrecht” van de mens.

Het spreekt voor zich zelf dat dit niet enkel de psychiater aanbelangt, maar elke arts. Uit het voorgaande wordt om twee redenen duidelijk waarom dit het geval is. Ten eerste kunnen de vier basispathologieën zich in om het even welke arts-patiëntrelatie voordoen. Ten tweede is in elke arts-patiëntrelatie de bovenvermelde therapeutische motor tot verandering werkzaam. Met andere woorden, vanuit deze premissen is de afweging om al dan niet een kalmeermiddel voor te schrijven in principe gelijk(w)aardig voor elke arts.

In de praktijk

Het voorgaande kan tot andere therapeutische handelingen leiden dan (enkel) het voorschrijven van een kalmeermiddel.

Vanuit een open en empathische houding kan er een ander verhaal opduiken voorbij het symptoom. Psychosociale problemen en/of psychopathologieën kunnen daarbij duidelijker worden. Wat de psychopathologieën betreft, kunnen de vier basispathologieën richtinggevend zijn om het therapeutische beleid te bepalen. Een van de aspecten blijft vanzelfsprekend het correct voorschrijven van psychofarmaca. Uit het verhaal kan bijvoorbeeld blijken dat, in plaats van een slaapmiddel of een tranquilizer,

een (sederend) antidepressivum of antipsychoticum beter op zijn plaats is omdat het ingrijpt op de psychopathologie zelf aanwezig bij die persoon.

Zeker bij slaapstoornissen is dit belangrijk aangezien BZD's en aanverwante een groot aandeel van de voorschriften (blijven) uitmaken. Rekening houdend met de risico's van een langdurige inname van deze middelen geniet een andere aanpak de voorkeur (<http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19071075.pdf>). Naast psychosociale interventies en de gekende maatregelen voor een gezonde slaaphygiëne is zoeken naar de onderliggende pathologie steeds aangewezen. Indien nodig kan een slaaponderzoek typische slaapstoornissen helpen te onderscheiden van een psychopathologie. In het laatste geval kan explorerende psychotherapie al dan niet in combinatie met een psychofarmakon afgestemd op de basispathologie(ën) aangewezen zijn (15).

„Kalme chaos”

Eerst worden enkele prikkelende stellingen voorgelegd ter overweging.

Waar levens omgegooid worden, de grond onder de voeten wegzakt, verscheurdheid zich manifesteert – Sandro Veronesi beschrijft dit indringend in zijn boek – doen veel mensen in crisis een beroep op de arts (16). Een medisch antwoord kan zinvol en nodig zijn, weliswaar met het besef dat dit niet het volledige antwoord kan zijn.

In deze *Borderline times* overheerst een drang naar „kicks” en andere „topervaringen” (17). Daarbij stelt de hedendaagse westerling zich weinig vragen bij wat in feite van waarde is. Een mindfulnesscursus lijkt tegenwoordig het hoogst haalbare. Zowel in de hoedanigheid van patiënt als in die van arts zijn we – of we het willen of niet – ingebed in een consumptiecultuur waarin verondersteld wordt dat in principe alle verlangens „vervuld” (cf. de obesitasepidemie) of „gestild” (cf. de „binge”-cultuur) kunnen worden en dit het liefst zo snel mogelijk. Ervan uitgaan dat we als arts zogenaamd vrijgesteld zijn van deze invloeden, is een mooie, maar onhoudbare illusie.

In deze maatschappelijke context zijn het gebruik en het misbruik van kalmeermiddelen net symptomen van deze mentaliteit: het onmiddellijke effect en het ontspannen gevoel waardoor het lijkt alsof alle problemen letterlijk en figuurlijk opgelost zijn. De gebruiker hoeft niet meer te dromen van dit maatschappelijke „ideaal”, want door een kalmeermiddel is dit werkelijkheid geworden...

„Je moet je leven veranderen”

Mutatis mutandis kan de drastisch aandoende titel van een recent werk van de Duitse filosoof Peter Sloterdijk als leidmotief voor dit artikel gelden (18).

Dit artikel beoogt overweging over het voorschrijven van kalmeermiddelen. Vanuit de andere mogelijkheden hierboven vermeld en indien dit (verder) toegepast wordt in de medische praktijk, kan er naar onze mening een radicale verandering bekomen worden in het voorschrijven van deze psychofarmaca.

In principe geldt voor alle psychofarmaca dat hun werking als belangrijkste doel heeft (psycho)therapie mogelijk te maken. Een antidepressivum kan de depressieve persoon in staat stellen zijn problemen te verwoorden (waar dit voorheen niet kon door de remming). Een antipsychoticum kan tot een betere samenhang van het „ik” in de persoon leiden, waardoor een toekomst weer mogelijk wordt (waar dit vooraf niet kon door de verbrokkeling in het denken, het handelen en het voelen). Een kalmeermiddel daarentegen geeft het gevoel dat er geen problemen meer zijn (en dit al na enkele minuten), waardoor de noodzaak om deze problemen aan te pakken veelal wegvalt.

Besluit

Afgezien van specialistische indicaties kan gesteld worden dat het voorschrijven van kalmeermiddelen als eerste behandeling niet (meer) aangewezen is aangezien een andere aanpak, zoals hierboven beschreven, dit zo goed als overbodig kan maken. Vanuit een breder perspectief moeten artsen ook nadenken over de plaats van een dergelijk voorschrijfgedrag in de huidige maatschappelijke mentaliteit.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

Abstract

Tranquility can save you

Research reveals that the first prescription of a tranquilizer may lead to chronic use and abuse. Recent advice discourages chronic use due to the risk of developing tolerance and dependence, while designating as well the psychosocial risk factors that play a role in chronic use or even abuse. If the physician in his daily practice can engage into a different attitude – not only by applying different skills or techniques – the use of tranquilizers can be prevented as much as possible from the beginning.

Recognizing the importance of the therapeutic relationship and perceiving psychopathology and psychosocial problems remain important elements

that can lead to a different prescription attitude. The understanding that also doctors are living in a society in which fast gratification is predominant, can be explained as a „hidden persuader”, whereby the physician proceeds too fast towards a prescription of a tranquilizer. Taking into account these different considerations can result in a different attitude of practicing medicine without having to prescribe a tranquilizer.

Literatuur

1. ANTHIERENS S. Benzodiazepines: sleeping through the problem. (Avoiding of) initiation of benzodiazepines in primary care, perceptions of general practitioners, patients and nurses. Doctoraatsthesis, 16 december 2008, Universiteit Gent.
2. PETROVIC M, VANDIERENDONCK A, MARIMAN A, VAN MAELE G, AFSCHRIFT M, PEVERNAGIE D. Personality traits and socio-epidemiological status of hospitalized elderly benzodiazepine users. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 733-738.
3. HABRAKEN H, BLONDEEL L, SOENEN K. Determinants of chronic continuous use of benzodiazepines in the Belgian province of East-Flanders. *Arch Public Health* 1995; 53: 373-384.
4. VAN HULTEN R, ISACSON D, BAKKER A, LEUFKENS HG. Comparing patterns of long-term benzodiazepine use between a Dutch and a Swedish community. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003; 12: 49-53.
5. DECLERCQ T, ROGIERS R, HABRAKEN H, MICHELS J, MARIMAN A, DE MEYERE M. Insomnia in de eerste lijn. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Berchem, 2004.
6. KNUISTINGH NEVEN A, LUCASSEN PLBJ, BONSEMA K, TEUNISSEN H, VERDUIJN MM, BOUMA M. NHG-standaardslaapproblemen en slaapmiddelen. *Huisarts Wet* 2005; 48: 402-415.
7. ANTHIERENS S, HABRAKEN H, PETROVIC M, DEVEUGELE M, DE MAESENEER J, CHRISTIAENS T. First benzodiazepine prescriptions: qualitative study of patients' perspectives. *Can Fam Physician* 2007; 53: 1200-1201.
8. ANTHIERENS S, HABRAKEN H, PETROVIC M, CHRISTIAENS T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. A qualitative study on GPs' perspectives. *Scand J Prim Health Care* 2007; 25: 214-219.
9. ANTHIERENS S, PASTEELS I, HABRAKEN H, STEINBERG P, DECLERCQ T, CHRISTIAENS T. Attitudes of general practitioners on benzodiazepine prescribing and barriers associated with non-pharmacological alternatives for stress, anxiety and insomnia. *Can Fam Physician*. Aanvaard voor publicatie.
10. ANTHIERENS S, GRYPDONCK M, DE PAUW L, CHRISTIAENS T. Perceptions of nurses in nursing homes on the usage of benzodiazepines. *J Clin Nurs* 2009; 18: 3098-3106.
11. VERHAEGHE P. De essentie van de psychotherapie vanuit een psychoanalytisch perspectief. *Tijdschrift Klinische Psychologie* 2005; 35: 109-118.
12. CALMEYN M. De essentie van het depressief zijn (1). *Bekeken door de bril van de psychiater*. *Huisarts Nu* 2007; 36: 279-281.
13. FEYS JL. *L'anthropopsychiatrie de Jacques Schotte*. Une introduction. Éditions Hermann Paris, 2009.
14. RUELENS L. *Naar een nieuwe psychiatrie – Het rebelse denken van Jacques Schotte*. Kessel-Lo: Literarte, 2010.
15. LEICHSENRING F, RABUNG S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 15-22.
16. VERONESI S. *Kalme chaos*. Amsterdam: Prometheus, 2010.
17. DE WACHTER D. *Borderline times. Het einde van de normaliteit*. Leuven: Lannoo Campus 2012.
18. SLOTERDIJK P. *Je moet je leven veranderen*. Amsterdam: Boom, 2011.