

Psychodynamische Farmacotherapie

Inleiding

Farmacotherapie lijkt op het eerste gezicht een louter biologische behandelingsmethode, die op eenvoudige wijze tot stand komt: De patiënt presenteert zijn klachten, de arts onderzoekt de klachten en stelt een diagnose, schrijft een recept voor en de patiënt slikt zijn pillen, al of niet met resultaat.

Bij nadere beschouwing van de dagelijkse farmacotherapeutische praktijk blijkt echter, dat van een dergelijke, eenduidige samenhang in veel gevallen geen sprake is.

Farmacotherapie is een gecompliceerde aangelegenheid, waarbij ook andere dan biologische factoren een belangrijke rol spelen. Zowel het voorschrijfgedrag van de arts als het medicatiegebruik van de patiënt zijn vaak niet logisch, moeilijk te begrijpen en soms zelfs contraproductief en schadelijk. Het aandeel van de arts in deze irrationele gang van zaken blijkt bijvoorbeeld uit de grote internationale (Payer 1988), maar ook interlokale en interpersoonlijke verschillen in prescriptie.

Deze verschillen zijn niet te verklaren uit een verschil in kennis van de farmacologie, maar worden meestal bepaald door culturele en idiosyncratische opvattingen.

Ook uit kritische analyse van individuele farmacotherapeutische behandelingen blijkt dat aan het medicatievoorschrift andere motieven ten grondslag kunnen liggen dan het toepassen van farmacotherapeutische kennis.

Een ander voorbeeld van niet-rationele farmacotherapie dat primair aan de arts kan worden toegeschreven is poly-farmacie, het voorschrijven van een te groot aantal geneesmiddelen.

Ook de wijze waarop de patiënt met het medicatievoorschrift omgaat, maakt duidelijk dat andere dan alleen biologische factoren de uitkomst van farmacotherapie bepalen.

Uit allerlei onderzoek komt naar voren dat de patiënt het voorschrift van de arts niet vanzelfsprekend opvolgt, integendeel: "voorschrijven en innemen zijn twee" (Blom en Paes 1992).

"Non-compliance" is een omvangrijk en slecht begrepen probleem.

Zelfs wanneer de patiënt weet dat het niet volgens voorschrift innemen van de medicijnen zeer ernstige consequenties

Dhr. C. Van Houten

Auteur is psychiater en werkzaam bij de Rümke-groep, locatie Willem Arntsz Huis te Utrecht

kan hebben, is dat nog geen garantie dat hij het medicatieadvies van de arts op de juiste wijze zal opvolgen (Rovelli in Blom en Paes 1992).

Artsen blijken de omvang van therapie-ontrouw te onderschatten en de patiënt blijkt de arts niet uit zichzelf te informeren over therapie-ontrouw (Blom en Paes 1992).

De therapietrouw onder psychiatrische patiënten is vergelijkenderwijs laag.

Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 50% van de patiënten ergens in de behandeling de medicijnen laat staan (van Putten 1975 en Jamison e.a. 1979 in Gabbard 1994), onder patiënten met schizofrenie is de therapie-ontrouw 48% in eerste jaar, en zelfs 74% na twee jaar behandeling (Corrigal e.a. 1990 in Gabbard 1994) en tussen de 25-94% van de ambulante psychiatrische patiënten neemt de medicatie niet in zoals voorgeschreven (Baekeland en

Lundwall 1975 en Eisenthal e.a. 1979 in Gabbard 1994).

Een ander verschijnsel dat er op wijst dat niet-biologische factoren een belangrijke rol spelen bij farmacotherapie is het "placebo-effect". Biologisch niet-actieve stoffen kunnen een therapeutisch effect hebben: niet de pillen, maar "the doctor is the drug" (Balint 1965 in Lingeman 1992). Vrijwel elke aandoening blijkt door behandeling met een placebo beïnvloed te kunnen worden (Lubsen 1987 in Lingeman 1992), ook placebo's induceren biochemische veranderingen en kunnen bijwerkingen geven (Bügel 1997).

Uit bovenstaande wordt duidelijk dat het effect van farmacotherapie niet alleen wordt bepaald door de biochemische werking van het medicijn, maar ook afhankelijk is van psychologische en interpersoonlijke factoren.

Om deze reden is het gerechtvaardigd te veronderstellen dat het zinvol is om de psychologie van de arts, de psychologie van de patiënt en de interactie tussen beide tijdens een farmacotherapeutische behandeling nader te onderzoeken.

Doel van dit artikel is aannemelijk te maken dat "psychodynamische farmacotherapie", dat wil zeggen het toepassen van de psychodynamische concepten "overdracht", "tegenoverdracht", "weerstand" en "working alliance", bruikbaar kan zijn voor zowel het begrijpen, als het beïnvloeden van de niet-biologische, therapeutische factoren tijdens een farmacotherapie. Het systematisch hanteren van deze concepten tijdens een farmacotherapie kan irrationeel voorschrijfgedrag tegengaan en de therapietrouw bevorderen en daarmee de effectiviteit van de farmacotherapeutische

behandeling gunstig beïnvloeden. Onderstaande is van toepassing op farmacotherapie in het algemeen, maar wordt in dit artikel toegespitst op de farmacotherapeutische behandeling van de psychiatrische patiënt. Omdat het voorschrijven van psychofarmaca in de psychiatrie aan de psychiater is toebedeeld, is in dit artikel de relatie tussen de psychiater en de patiënt als uitgangspunt genomen. Uiteraard is onderstaande ook van toepassing op andere behandelaren (sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen, psychotherapeuten e.a.), die werken met patiënten die psychofarmaca krijgen voorgeschreven.

Overdracht

De relatie tussen de psychiater en de patiënt wordt zoals iedere arts-patiëntrelatie, onder andere gekenmerkt door vertrouwelijkheid, het verstrekken en ontvangen van zorg en het bestaan van een machtsverhouding.

De arts-patiëntrelatie vertoont hierdoor veel gelijkenis met de relatie tussen de ouder en het kind.

Overdracht, het verschijnsel dat de patiënt aan een persoon in het heden onbewust dezelfde eigenschappen toeschrijft als welke oorspronkelijk zijn beleefd aan significante personen uit de kindertijd (Moore en Fine 1990), is ook tijdens een farmacotherapeutische behandeling alom aanwezig.

De psychiater die medicatie voorschrijft is net zo goed een overdrachtsfiguur als de psychotherapeut in een psychotherapeutische behandeling.

Zowel het contact met de psychiater, het medicatie voorgeschreven krijgen, als het innemen van pillen, zijn voor de patiënt een rijke bron van fantasie, waarbij (onbewuste) associaties met herinneringen aan zorgfiguren uit het

verleden voor de hand liggen (Gutheil 1977).

De overdrachtsreacties in een farmacotherapeutische behandeling kunnen heftig zijn.

De patiënt die in aanmerking komt voor medicatie kenmerkt zich ten gevolge van de psychiatrische aandoening vaak door gestoorde ego-functies.

Als gevolg hiervan maakt hij gebruik van meer primitieve afweermechanismen, waardoor de realiteitstoetsing in gevaar kan komen.

Het gedrag van de psychiater en zijn behandeling kunnen bij de patiënt onbewuste conflicten uit het verleden activeren, die van invloed zijn op zijn beslissing om de adviezen al of niet op te volgen.

Teneinde een farmacotherapie mogelijk te maken die op rationele overwegingen is gebaseerd, is het dan ook noodzakelijk om oog te hebben voor de psychologische betekenis van het voorschrijven van pillen voor de patiënt. Overdrachtsverschijnselen kunnen in een farmacotherapeutische behandeling op talrijke manieren tot uiting komen.

Ter illustratie volgen hier enkele voorbeelden: De angstige, controlebehoefte patiënt kan het medicatievoorschrift van de psychiater beleven als een directief van een machtswellustige ouderfiguur, waardoor zijn autonomie wordt aangetast; de patiënt komt hiertegen, al dan niet openlijk, in opstand.

Het tegenovergestelde doet zich voor bij de patiënt die verzorgd wil worden.

Deze verwacht alle heil van de pillen, legt zijn lot volledig in handen van de psychiater en laat in alles blijken dat hij de psychiater wil zien als een almachtige ouder die zijn problemen zal oplossen.

De narcistische patiënt zal soms medicatie weigeren, deze niet volgens voorschrift innemen of veel bijwerkingen

presenteren, omdat hij het oordeel van de psychiater over zijn toestand beleeft als een nieuwe miskenning van de bijzondere persoon die hij is.

Het voorschrijven van een antidepressivum kan door de patiënt worden opgevat als een gebrek aan medeleven, waarbij de psychiater kan worden beleefd als de ouder die vroeger ook geen belangstelling had. Overdracht speelt doorgaans een prominente rol bij de paranoïde patiënt, die bijvoorbeeld onder het mom van bijwerkingen de medicatie afwijst, maar eigenlijk bang is om vergiftigd te worden (Gabbard 1994).

Een bijzondere vorm van overdracht is de overdracht op de medicatie zelf (Gutheil 1982). Dit fenomeen verklaart vermoedelijk een groot deel van het "placebo-effect".

Overdracht op medicatie is het meest duidelijk als de medicatie de betekenis van een "transitional object" heeft gekregen. De patiënt ontleent troost en kalmte aan de pillen, die voor hem de band met "de goede moeder", in casu de psychiater, vertegenwoordigt. In dit soort gevallen kan het niet meer voorschrijven van de medicatie vanwege het ontbreken van een goede farmacologische reden, tot grote ontregeling van de patiënt aanleiding geven. Dit fenomeen doet zich geregeld voor bij de borderline patiënt, maar ook bij de chronisch psychotische patiënt.

Zoals uit bovenstaande voorbeelden blijkt geeft de psychiater die pillen voorschrijft frequent aanleiding tot negatieve overdrachtsreacties, met "non-compliance" als gevolg. Indien de psychiater deze "non-compliance" op het spoor komt, bestaat er de neiging om zich meer autoritair op te stellen.

De psychiater benadrukt krachtig het belang van het op de juiste wijze opvolgen van het medicatievoorschrift.

Door deze reactie wordt de negatieve overdracht echter juist versterkt, waardoor het effect averechts is (Gabbard 1994).

Een meer productieve manier om de medewerking van de patiënt te verkrijgen is hem, voordat medicijnen worden voorgeschreven, om zijn opinie te vragen en eventuele bedenkingen tegen de behandeling en de medicijnen te onderzoeken.

Goede vragen in dit verband zijn bijvoorbeeld: "Wat denkt U dat uw problemen heeft veroorzaakt?", "heeft u naast angst voor bijwerkingen nog andere bedenkingen tegen het nemen van medicijnen?", "heeft U vroeger problemen gekend bij het nemen van medicijnen?", "heeft U weleens van dit medicijn gehoord?", "heeft deze medicatie een speciale betekenis voor U?" en "hoe staat uw familie of partner tegenover medicijngebruik?" (Gabbard 1994).

Het op deze wijze empathisch exploreren van de overdracht maakt het voor de patiënt mogelijk onder ogen te zien dat allerlei angst ongefundeerd is, waardoor zowel de psychiater zelf, als de behandeling minder bedreigend kunnen worden.

Tegenoverdracht

Evenals overdracht, is tegenoverdracht een verschijnsel dat in iedere vorm van behandeling een rol speelt. De tegenoverdrachtsreactie van de psychiater kan dan ook van invloed zijn op het resultaat van een farmacotherapeutische behandeling. In het contact dat de psychiater met de patiënt aangaat, kunnen allerlei onbewuste wensen, behoeften en conflicten uit het persoonlijk verleden van de psychiater worden aangesproken: tegenoverdracht in engere zin. Deze persoonlijke zaken kunnen het professioneel denken en handelen van de psychiater mede gaan

bepalen en zichtbaar worden in het voorschrijfgedrag. De psychiater is zich deze motieven van zijn gedrag meestal niet bewust.

Meer nog dan de somatische patiënt, roept de psychiatrische patiënt met zijn neiging tot misinterpretatie en gestoorde realiteitstoetsing, heftige gevoelens op. De psychiater beweegt zich tijdens een behandeling in een psychologisch krachtenveld, waar hij te maken krijgt met verschijnselen als projectie, identificatie, projectieve identificatie, verschuiving, splitting, etc. De grensverkenkende borderline patiënt, de onechte presentatie van de theatrale patiënt, de gewetenloze anti-sociale patiënt, de krenkbare manische patiënt en de grenzeloos angstige psychotische patiënt "doen" iets met de behandelaar.

Ook dit verschijnsel, tegenoverdracht in brede zin, kan een objectieve beoordeling van de klachten en de behandeling in de weg staan en aanleiding geven tot inadequate reacties van de psychiater. De patiënt die (de behandeling van) de psychiater frustrereert loopt het risico op onjuiste prescriptie of een verkeerde bejegening: "telling a doctor his pills aren't working, is like telling a mother her baby is ugly" (Gutheil 1982). De eigenlijke motieven van deze uitingen van tegenoverdracht gaan vaak schuil achter rationalisaties. Het medisch handelen blijkt hiervoor voldoende rekbaar. Tijdens een farmacotherapeutische behandeling kan tegenoverdracht zichtbaar worden in het medicatievoorschrift zelf (teveel, te weinig, verkeerd of geen) of in de bejegening van de patiënt. Ter illustratie volgen hier enkele voorbeelden: Het voorschrijven van medicatie kan een middel zijn om de psychologische afstand tot de patiënt te vergroten of juist om het contact met

de patiënt te behouden. Een voorbeeld van het eerste is de psychiater die uit angst voor de heftige gevoelens in de overdracht een recept uitschrijft (bijvoorbeeld bij de erotiserende, verliefde of boze patiënt), een voorbeeld van het tweede is het voorschrijven van medicijnen aan het eind van een behandeling om het afscheid van de patiënt uit te stellen.

Narcistische krenking van de psychiater kan ook een rol spelen. In een psychotherapeutische behandeling wordt noodzakelijke medicatie soms uitgesteld of niet gegeven, omdat dit de psychiater het gevoel geeft dat zijn psychotherapeutische mogelijkheden te kort schieten.

Een voorbeeld van inadequate bejegening voortkomend uit tegenoverdracht is de psychiater, die uit angst voor dit onderwerp, voorbij gaat aan seksuele bijwerkingen van psychofarmaca (Gutheil 1982). Een ander voorbeeld waarbij angst een rol speelt is de psychiater die afziet van begrenzing van de steeds meer medicatie vragende patiënt, vanwege diens agressieve of afkeurende reactie (Gabbard 1994).

Soms lijkt boosheid van de psychiater of juist het afweren hiervan de raadgever bij het voorschrijven. Boosheid die ontstaat omdat de patiënt de medicatie niet (volgens voorschrift) inneemt, kan vele vormen aannemen, bijvoorbeeld een onverschillige of nonchalante reactie van de psychiater of juist een samenspannen met de "non-compliance" om het eigen gelijk aan te tonen. De boosheid van de psychiater kan ook een schuldgevoel bij de therapie-ontrouwe patiënt induceren, waardoor deze zich verplicht voelt tot inname om de dokter geen pijn te doen. Minder subtiel resulteert dergelijke boosheid soms in het direct onder druk

zetten van de patiënt of het dreigen hem uit behandeling te ontslaan. Het niet opvolgen van het medicatieadvies heeft vaak tot gevolg dat de psychiater zich meer autoritair opstelt.

De patiënt krijgt slecht gedoseerde voorlichting over de consequenties van zijn gedrag ("ik zal je leren").

In tegenstelling tot wat rationeel wordt beoogd, kan hierdoor juist verdere escalatie ontstaan, waardoor de relatie met de patiënt verslechterd (Gabbard 1994). Dit kwam ook naar voren in een onderzoek waarbij een verband werd aangetoond tussen verslechtering van de arts-patiënt-relatie en verhoging van de medicatie (Digiacomio en Cornfield 1979 in Lingeman 1992).

Een veel voorkomende uiting van tegenoverdracht is polyfarmacie.

De aard en de hoeveelheid voorgeschreven medicatie van veel psychiatrische patiënten doet de wenkbrauwen fronsen en roept associaties op met wat wel "een gemengde psychotrope salade" wordt genoemd.

Polyfarmacie is doorgaans het gevolg van de machteloosheid of boosheid van de psychiater (Gabbard 1994).

Ook wat wordt genoemd "rusteloze" of "zig-zag-psychofarmacologie" berust vaak op een dergelijke tegenoverdracht. Soms is het onbewuste oogmerk van het onnodig voorschrijven van medicatie de wens van de psychiater om de patiënt iets substantieels te geven, of een toegeven aan zijn behoefte om te zorgen (bijvoorbeeld "het slaappilletje" of "het kalmerend tabletje").

Uit bovenstaande wordt duidelijk dat de psychiater ook tijdens een farmacotherapeutische behandeling, de taak heeft om zijn eigen emoties

steeds kritisch te beoordelen op het voorkomen van inadequate positieve of negatieve gevoelens voor de patiënt. Op deze manier toegepast is tegenoverdracht een belangrijk diagnostisch en therapeutisch instrument. Tijdige exploratie en interpretatie van de tegenoverdracht kan voorkomen dat deze wordt uitgeleefd en een anti-therapeutisch effect heeft.

Weerstand

Weerstand tegen behandeling is een fenomeen dat bij farmacotherapie op dezelfde wijze een rol kan spelen als tijdens een psychotherapeutische behandeling. Ook de patiënt die met medicijnen wordt behandeld, staat onbewust soms zelf de verandering die met de behandeling wordt beoogd in de weg. Ziekte kan om talloze redenen te prefereren zijn boven gezondheid. Een welbekend voorbeeld van weerstand tegen behandeling is de bipolaire patiënt die, uit een verlangen naar de prettige, productieve, hypomane episoden, de lithium staakt of weigert (van Putten 1975). Ook bij schizofrenie zijn de symptomen voor de patiënt soms moeilijk op te geven. Uit een onderzoek van Van Putten in 1976 blijkt dat het optreden van egosyntone grootheidswanen bij patiënten met schizofrenie de meest krachtige voorspeller is van "non-compliance".

Het vasthouden aan de ziekte door medicatie (al dan niet openlijk) te weigeren kan voortkomen uit de behoefte om een pijnlijke realiteit te ontvluchten. Zo ziet de patiënt zich na het herstel van de psychiatrische decompensatie vaak (opnieuw) geconfronteerd met problemen als eenzaamheid, het gemis van een partner, loopbaan of "thuis". Ook kan het loslaten van de psychose, manie of depressie maken dat de

patiënt zich bewust wordt van onaangename gevoelens over hetgeen zich voor of tijdens de ziekteperiode heeft afgespeeld.

Ontkenning van de ziekte is een andere, veel voorkomende vorm van weerstand tegen farmacotherapie. De medicatie die de symptomen effectief heeft onderdrukt wordt gestaakt, omdat de patiënt niet kan accepteren aan een chronische psychiatrische aandoening te lijden. Sommige patiënten menen dat het slikken van pillen betekent dat ze ernstig gestoord zijn, anderen vinden dat herstel het resultaat moet zijn van eigen inspanningen en niet van chemische processen.

Bij secundaire ziekte winst is het ziek zijn zelf op een of andere manier belonend voor de patiënt. Op bewust niveau wil de patiënt genezing van zijn ziekte, maar onbewust hoopt hij de gratificatie die de ziekte hem oplevert te behouden. Bij de patiënt met een waanstoornis of somatoforme stoornis bijvoorbeeld blijkt de ziekte vaak een zodanig belangrijke psychologische functie te hebben gekregen, dat de patiënt niet geneigd is de symptomen op te geven. Het gebruik van potente psychofarmaca verandert hier niets aan. Ook als de ziekte winst oplevert in de vorm van zorg of financieel voordeel, kan dit weerstand tegen herstel tot gevolg hebben. Zo blijkt de patiënt met een angststoornis zich vaak verzekerd te hebben van veel aandacht van zijn familie en kan een goede uitkering de genezing soms tegenwerken.

Het exploreren en bespreekbaar maken van de motieven om medicatie te weigeren of te staken, kan de patiënt helpen om zijn keuze te heroverwogen (Appelbaum en Gutheil 1980). In plaats van zich te beperken tot het benadrukken van medicatie-inname, is de patiënt er vaak meer geholpen

als de psychiater de weerstand tegen medicijnen nader onderzoekt en onderwerp van gesprek maakt. Uit de bovengenoemde voorbeelden valt verder af te leiden dat ook goede begeleiding van de patiënt bij het verwerken van de rouw over het hebben van een psychiatrische ziekte en aandacht voor zijn psychosociale problematiek, voorwaarden helpen scheppen voor een effectieve farmacotherapeutische behandeling.

Working alliance

Voor een adequate behandeling van de psychiatrische patiënt zijn de subject-subject en de subject-object modaliteit van de arts-patiënt-relatie van belang (Docherty e.a. 1977 in Lingeman 1992).

Rümke gaf het spanningsveld tussen de subjectieve en objectieve taak van de psychiater aan met zijn beroemde uitspraak "maximale toenadering met behoud van distantie".

De patiënt dient door de psychiater tegelijkertijd te worden bekeken als een ziek centraal zenuwstelsel en als een mens met problemen.

De psychiater moet dan ook in staat zijn om in zijn denken en doen soepel te wisselen tussen enerzijds een subjectieve, empathische benadering en anderzijds een objectieve medische benadering van de patiënt.

Deze attitude brengt met zich mee dat de psychiater een scherp oog moet hebben voor de relatie met zijn patiënt. Hoewel in farmacologisch onderzoek de bijzondere invloed van de arts-patiënt relatie juist onder controle wordt gebracht, merken veel onderzoekers op dat deze relatie de effectiviteit van farmacotherapie in sterke mate bepaalt (Gutheil 1982; Docherty en Fiester 1985, Elkin e.a. 1988, Howard e.a. 1970 in Gabbard 1994). Naast overdracht en tegenoverdracht, is het psychoanalytisch begrip "working alliance" bruikbaar om bepaalde eigenschappen

van de relatie te beschrijven.

Met "working alliance" wordt dat aspect van de relatie bedoeld, dat zich kenmerkt door een volwassen, rationele en naar gezondheid strevende samenwerking tussen de patiënt en de psychiater (Moore en Fine 1990). De relatie tussen de psychiater en de patiënt blijkt een belangrijke determinant van "compliance" (Evans en Spelman 1983 in Blom en Paes 1992). Verschillende auteurs benadrukken dan ook dat expliciete aandacht voor deze relatie de "compliance" gunstig kan beïnvloeden en uitval kan voorkomen (Gutheil 1982; Docherty en Fiester 1985, Elkin e.a. 1988, Howard e.a. 1970 in Gabbard 1994).

Het ontwikkelen en onderhouden van een goede "working alliance" is vaak moeilijk en vergt veel aandacht en inspanning van de psychiater. Zoals eerder vermeld, kan de psychiatrische aandoening tot gevolg hebben dat egofuncties van de patiënt gestoord raken, waardoor heftige overdrachts- en tegenoverdrachtsreacties kunnen ontstaan, die de relatie in gevaar brengen.

Een goed begrip van de psychologie van de patiënt en van de dynamiek van de behandelrelatie zijn dan ook voorwaarden om de psychiatrische behandeling af te stemmen op de behoeften en mogelijkheden van de patiënt. Hoe beter deze afstemming is, des te draagkrachtiger de "working alliance" en des te groter de therapietrouw.

Zoals eerder vermeld is de kwaliteit van de "working alliance" verder gediend met kritische "monitoring" door de psychiater van het eigen aandeel in de dynamiek van de relatie.

Voor een effectieve farmacotherapeutische behandeling is het van belang dat de psychiater vanaf het eerste contact actief aandacht besteedt aan het tot stand komen en

onderhouden van de "working alliance". Het te vroeg introduceren van medicatie, dat wil zeggen voordat de "working alliance" goed tot stand is gekomen, kan door de patiënt als misplaatst en bedreigend worden beleefd. Hierdoor wordt de relatievorming verstoord.

Om de "working alliance" te bevorderen dient de psychiater ergens in het eerste gesprek de verwachtingen van de patiënt te onderzoeken.

Door te informeren naar de visie van de patiënt op zijn problemen en de behandeling is het mogelijk om misplaatste verwachtingen bespreekbaar te maken en kan negatieve overdracht worden tegengegaan.

Als de verwachtingen van de patiënt haaks staan op een medicamenteuze behandeling, is het noodzakelijk deze verwachtingen verder te exploreren.

Het stimuleren van het stellen van vragen door de patiënt bevordert de therapietrouw, evenals het aanbieden van bedenktijd.

Sommige patiënten hebben er behoefte aan om enige controle te krijgen over het wel of niet nemen van de medicatie.

Een andere mogelijkheid om de therapietrouw te vergroten is het expliciet aandacht besteden aan de mogelijkheid van therapie-ontrouw.

Ook patiëntenvoorlichting beïnvloedt de ontwikkeling van de werkrelatie positief. De tevredenheid over de behandeling blijkt voor een belangrijk deel bepaald te worden door de hoeveelheid informatie die de psychiater geeft (Blom en Paes 1992).

Het geven van informatie die aansluit bij de behoefte en kennis van de patiënt kan hem helpen om een (ander) standpunt in te nemen en (in tweede instantie) ook zelf tot medicatiegebruik te besluiten. Informatie over de werking en bijwerkingen van het psychofarmakon kan onnodige angst

wegnemen, evenals twijfels over de noodzaak van deze behandeling of de werkzaamheid van het geneesmiddel. Alternatieven moeten worden besproken, inclusief het achterwege laten van behandeling, om de patiënt een eigen oordeel te kunnen laten vormen over de wenselijkheid van verschillende therapieën. In samenwerking met de patiënt kan men op deze manier komen tot wat wordt genoemd "participant prescribing" (Gutheil 1982).

Conclusies

De integratie van biologische en psychodynamische behandelingsmethoden is niet vanzelfsprekend. Lange tijd is er op basis van theoretische principes gesteld dat deze behandelingsmethoden incompatibel zijn. Wetenschappelijk onderzoek uit verschillende hoeken van de psychiatrie toont echter aan dat een combinatie van farmacotherapie en psychotherapie in de meeste gevallen beter werkt dan een van beide apart (Luborsky e.a. 1976 en Thompson en Brodie 1981 in Gabbard 1994). De dagelijkse praktijk bevestigt deze bevindingen. Psychotherapie en farmacotherapie blijken onderling niet competitief of inhinderend, maar juist synergistisch te werken.

Farmacotherapie is geen louter biologische behandelingsmethode. Het effect van farmacotherapie wordt voor een belangrijk deel bepaald door factoren die samenhangen met de psychologie van de patiënt en de psychiater, en de relatie tussen hen beiden.

Ook tijdens een farmacotherapeutische behandeling, wanneer psychotherapie in engere zin geen deel uitmaakt van de behandeling, kan het hanteren van psychodynamische inzichten helpen bij het begrijpen en beïnvloeden van deze psychologische processen.

Deze gecombineerde vorm van behandeling wordt aangeduid met "psychodynamische farmacotherapie". Met behulp van de psychodynamische principes "overdracht", "tegenoverdracht", "weerstand" en "working alliance" kan het resultaat van een farmacotherapeutische behandeling positief worden beïnvloed. "Non-compliance" kan beter worden begrepen en vervolgens worden tegengegaan. Een goede "working alliance" is noodzakelijk voor een effectieve psychofarmacologische behandeling. De "working

alliance" dient met zorg en aandacht tot stand te worden gebracht en onderhouden, en kan worden verbeterd door het systematisch geven van voorlichting, het stimuleren van het stellen van vragen, het geven van bedenktijd en het anderszins betrekken van de patiënt in zijn behandeling. Exploratie en hanteren van de overdracht, tegenoverdracht en weerstand is cruciaal voor het ontwikkelen en behouden van een goede werkrelatie en dient hand in hand te gaan met het voorschrijven van medicijnen.

Literatuurlijst

Appelbaum, P.S., T.G. Gutheil (1980),
Drug refusal: a study of psychiatric
inpatients.
American Journal of Psychiatry, 137, 340-
346.

Blom, A.T.G. en A.H.P. Paes (1992),
De therapietrouw kan worden verbeterd.
Geneesmiddelenbulletin, 26, 40-43.

Book, H.E. (1987),
Some psychodynamics of non-compliance.
Canadian Journal of Psychiatry, 32, 115-117.

Bügel, P.C. (1997),
Placebo's en placebo-effecten.
Geneesmiddelenbulletin, 31, 1-6.

Gabbard, G.O. (1994),
Psychodynamic Psychiatry in Clinical Prac-
tice, The DSM-IV Edition American
Psychiatric Press, Washington DC, London,
England.

Gutheil, T.G. (1977),
Improving patient compliance: psychodyna-
mics in drug prescribing.

Drug Therapy (Hosp). July, 35-40.

Gutheil, T.G. (1982),
The psychology of psychopharmacology.
Bulletin of the Menninger Clinic. 46, 321-330.

Lingeman, T. (1992),
armaco-psychologie.
Eindreferaat, Zon en Schild, Amersfoort.

Moore, B.E. en B.D. Fine (1990),
Psychoanalytical terms and concepts.
American Psychoanalytic Association, New
York.

Putten, T. van (1975),
Why do patients with manic-depressive
illness stop their lithium?
Comprehensive Psychiatry. 16, 179-183.

Putten, T. van, E. Crumpton, C. Yale (1976),
Drug refusal in Schizophrenia and the wish to
be crazy.
Arch. Gen. Psychiatry. 33, 1443-1446.