

De psychiater maakt het verschil!

H.L. VAN



Ongetwijfeld wordt u wel eens gevraagd of u een goede psychiater weet voor een bekende (de *referral test*). Waarop baseert u het antwoord? De wetenschappelijke ranking volgens de H-index, de jaarlijkse verkiezing van topartsen of gaat u liever af op referenties?

De onderliggende vraag is of er eigenlijk wel relevante verschillen tussen psychiaters bestaan. Psychiaters worden immers steeds uniformer opgeleid. Zij volgen verplichte nascholingsactiviteiten en onderwerpen zich elke 5 jaar aan kwaliteitsvisitaties. Is de referral test daarom obsoleet geworden en maakt het tegenwoordig niet zo veel meer uit wie de behandeling uitvoert?

Persoonlijke competenties van de psychiater

Een illustratieve studie werd uitgevoerd door McKay e.a. (2006). In een heranalyse van het bekende depressieonderzoek van het National Institute of Mental Health eind jaren tachtig voegden zij de *persoon van de psychiater* als factor toe. Het gebruik van een placebo of een antidepressivum verklaarde 3% van de variantie, echter: 9% van de variantie werd verklaard door wie de psychiater was geweest. Dit werd nog duidelijker als gekeken werd naar de verschillen per psychiater. De effecten van een placebobehandeling bij de patiënten van de best scorende psychiaters waren beter dan die van het antidepressivum bij de slechtst scorende psychiaters.

Dat leidt tot de vraag welke competenties bij deze verschillen tussen psychiaters van belang zijn. Vele malen is aangetoond dat de kwaliteit van de therapeutische relatie voorspellend is voor het effect, bij zowel psychotherapie als medicatie (Horvath e.a. 2011). Uit psychotherapieonderzoek is bekend welke eigenschappen van de therapeut er toe doen. Dat zijn interpersoonlijke vaardigheden zoals empathie, in staat zijn op basis van kennis en ervaring vertrouwen op te wekken, en een gevoel op de patiënt over kunnen brengen daadwerkelijk samen te werken om verbetering te bereiken (Norcross 2011).

Interacties in behandelcontacten zijn echter complex. Zo vonden Nissen-Lie e.a. (2010) dat empathisch en reflectief vermogen van de behandelaar in het algemeen gerelateerd is aan goede werkrelaties met patiënten. Maar ook dat een specifieke interventie als *self-disclosure* helpt in geval de werkrelatie goed is, maar juist averechts uitwerkt als dat niet het geval is.

Behandelaarskenmerken spelen ook bij de behandeling van psychosen een rol. Uit recent Nederlands onderzoek blijkt dat een onveilige hechtingstijl van stafleden van een psychoseteam de werkrelatie met patiënten negatief beïnvloedt (Korver-Nieber N, Meijer CJ, Koeter M, de Haan L, nog niet gepubliceerd onderzoek).

Uit dit soort studies rijst een gedifferentieerd beeld op over communicatieve interacties tijdens behandeling. Als deze aspecten in de toekomst betrokken worden bij matching van patiënten aan behandelaren en bij de keuze van de optimale interventies, zal dit de kwaliteit van behandelingen ongetwijfeld doen toenemen.

LITERATUUR

- Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, e.a. Psychiatry beyond the current paradigm. *Br J Psychiatry* 2012; 201: 430-4.
- Horvath AO, Flückiger C, Delre AC, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy* 2011; 45: 9-16.
- McKay KM, Imel ZE, Wampold BE. Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *J Affect Dis* 2006; 92: 287-90.
- Nissen-Lie HA, Monsen JT, Ronnestad MH. Therapist predictors of early patient-rated working alliance: a multilevel approach. *Psychother Res* 2010; 20: 627-46.
- Norcross JC. *Psychotherapy relationships that works*. Oxford: University Press; 2011.
- Rakel D, Barret B, Zhang Z, Hoeff T, Chewning B, Marchand L, e.a. Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold. *Patient Educ Couns* 2011; 85: 390-7.
- Tielens J. In gesprek met psychose. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.

AUTEUR

RIEN VAN, opleider psychiatrie Arkin; raad van bestuur NPI.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. H.L. Van, Arkin, WG-plein 416, 1054 SH Amsterdam.
E-mail: rien.van@arkin.nl

TITLE IN ENGLISH

The psychiatrist makes the difference!

Persoonlijke competenties in de somatiek

Zijn deze aspecten beperkt tot de psychiatrie en psychotherapie? Rakel e.a. (2011) deden een studie waarin ruim 700 patiënten met verkoudheid eenmalig een consult kregen. De artsen hadden de instructie ofwel feitelijke adviezen te geven ofwel het gesprek te verrijken met een empathische attitude. In geval de patiënten de juiste empathie hadden ervaren, werden 48 uur na het consult significant meer neutrofielen in het neusslijmvlies aangetroffen en was de verkoudheid gemiddeld 1,2 dagen eerder hersteld.

Wat de arts doet, is dus van invloed, zelfs bij een onschuldige aandoening. Als we ons realiseren waarover in de psychiatrie met patiënten wordt gesproken, is duidelijk dat de ervaren empathie een nog sterkere rol moet spelen.

Paradigmashift?

Tegelijkertijd met deze ontwikkelingen lijkt research steeds kritischer te worden over het specifieke effect van behandelmethoden. Voor psychotherapie geldt dat er nauwelijks te detecteren verschillen gevonden worden tussen de verschillende vormen. Antidepressiva, antipsychotica en elektroconvulsietherapie (ECT) blijken minder effectief dan eerder werd gedacht. Gepleit wordt daarom voor een paradigmashift waarbij nadruk gelegd wordt op wie de behandeling uitvoert en hoe (Bracken e.a. 2012). Op dit moment lijkt daar meer winst te boeken dan uit het neurobiologisch onderzoek of het verder doorontwikkelen van psychotherapievormen verwacht kan worden.

Algemene therapiefactoren

Voorheen benoemde men de interactieve aspecten als de 'algemene therapiefactoren'. Dat is echter een term die misverstanden oproept. Het gaat juist om te onderscheiden specifieke en persoonsgebonden factoren.

Beter is het omgekeerde te stellen. Kennis en vaardigheden over de behandelmethodieken zijn algemene en voorwaardelijke factoren om adequaat de psychiatrie te kunnen beoefenen. Het verschil wordt echter gemaakt door in de optimale interactie te komen met de patiënt. Daarvoor zijn nodig: betrokkenheid, reflecteren en wil tot verbeteren. Dat is de uitdaging waarvoor de psychiater elke dag staat. Deze interactie is doorslaggevend bij simpele medicamenteuze depressiebehandelingen, bij complexe interacties met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, bij patiënten met psychotische stoornissen of bij dwangbehandelingen.

Velen weten dat natuurlijk al lang, zoals blijkt uit het boek *In gesprek met psychose* van Tielens (2012). Daarin beschrijft hij de kunst om op een authentieke wijze in gesprek te gaan met de patiënt als uitgangspunt voor een verbindend contact en succesvolle behandeling. Sommigen denken echter dat dit gebied zich niet leent voor wetenschappelijk onderzoek. Dat kan dus worden betwist.

Aanbevelingen voor opleiding en praktijk

Deze stand van zaken heeft consequenties voor de dagelijkse praktijk. Een aanbeveling is om bij onvoldoende effect van een antidepressivum niet als eerste te focussen op verhogen van dosering of medicatieswitch, maar na te gaan of wellicht de werkrelatie met de patiënt verbetering behoeft. Daarvoor is nodig dat de psychiater zichzelf niet enkel als voorschrijver van medicatie ziet, maar weet waarop hij of zij in de relatie met de patiënt moet letten en ingaan. In de Nederlandse opleidingseisen volgens HOOP is er veel aandacht voor

het leren van specifieke psychotherapievormen. Daarin kunnen veel van de benodigde interactieve vaardigheden worden geleerd, maar we moeten meer nadruk gaan leggen op de wijze waarop de psychiater die kan toepassen in alle soorten patiëntcontacten.

Conclusie

Nog steeds menen velen dat *evidence-based* psychiatrie gelijk is aan het zo zuiver mogelijk toepassen van protocollen en methodieken. Daarom kan niet genoeg worden herhaald dat *de behandelaar* het verschil maakt. Evidence-based werken is vooral het vermogen om de specifieke interactie met de patiënt die voor u zit, te optimaliseren.