

## Postscripta

### ‘Psychiatrische psychotherapie’, wat een on-begrip

Met belangstelling las ik het Tijdschrift voor Psychiatrie 39 (1997) 2, een themanummer over ‘psychiatrische psychotherapie’. Toen ik in 1993 voor het eerst over psychiatrische psychotherapie las, werd me niet duidelijk wat dit inhield, en ik was benieuwd of ik nu meer helderheid zou krijgen. In het betreffende nummer legt C.F.A. Milders uit wat er onder ‘psychiatrische psychotherapie’ moet worden verstaan en waarom dit begrip bestaansrecht heeft, en vervolgens worden de overige auteurs geacht deze psychiatrische psychotherapie vanuit hun specifieke werkterrein verdere vorm en inhoud te geven.

Na lezing vind ik het nog steeds een lastig en ook overbodig begrip. De psychiatrie omvat een ruim werkterrein en de psychotherapie een meer beperkt terrein. Bij ‘psychiatrische psychotherapie’ moet het bijvoeglijk naamwoord ‘psychiatrisch’ (het meest ruime begrip) een specificatie geven aan het zelfstandig naamwoord ‘psychotherapie’ (een minder ruim begrip), en dat wringt! (Vergelijk: een boom-achtige spar.)

Milders’ uitleg maakt het niet helderder. Hij omschrijft psychiatrische psychotherapie als (citaat): ‘een vorm van psychotherapie die

- a. ziektebeeldgeoriënteerd is,
- b. zich richt op een groep patiënten bij wie beperkte doelstellingen mogelijk zijn,
- c. gefundeerd is in het open denken (biopsychosociaal) en een daarmee nauw samenhangende theorie over de psychische dimensie waarin de relatie van de patiënt tot zijn psychische stoornis centraal staat’ (blz. 82). Daar kan ik me wat bij voorstellen, maar een omschrijving in andere woorden: ‘psychiatrische psychotherapie is de methodische uitwerking van de psychologische dimensie van het biopsychosociaal model ten behoeve van psychiatrische diagnostiek en behandeling’ (blz. 87), scheidt nieuwe verwarring, mede doordat het begrip ‘psychiatrie’ zowel voorkomt in de uitleg als in hetgeen uitgelegd wordt. In zijn verdere toelichting stelt

nieuwe ontwikkelingen mogelijk blijven.

De Guideline geldt echter alleen voor patiënten met DSM-IV-schizo-frenie. Voor patiënten met een andere niet-affectieve eerste psychose die een gunstiger prognose hebben (ICD-10-schizofrenie, schizofreniforme stoornis), zullen op korte termijn nieuwe richtlijnen opgesteld moeten worden.

### *Literatuur*

- American Psychiatric Association (1997), Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 4, Supplement.
- Kaplan, H.I., en B.J. Sadock (1995), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (6th edition). Williams & Wilkins, Baltimore.
- Meer, R. van (1996), Nog eens: behandelbeleid na een eerste psychose. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 4, 342-343.
- Vlaminck, P. (1996), Behandelbeleid bij eerste psychose. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 10, 766-769.

P. Vlaminck, opleider sociale psychiatrie Twente  
p.a. RIAGG Enschede, Raiffeisenstraat 44,  
7514 AM Enschede

Milders: 'Er bestaat geen indicatie voor psychiatrische psychotherapie, aangezien zij vanaf de eerste ontmoeting met de patiënt toegepast behoort te worden. Of het eerste contact nu plaatsvindt in de rustige ontspannen sfeer van een spreekkamer of in de hectische en geladen atmosfeer van de politiecel of in de separeer van een APZ maakt in principe niets uit.', (blz. 88).

Zo lost Milder dus het probleem met dit begrip op: (bijna) alles is psychiatrische psychotherapie. Hij heeft dan het begrip 'psychotherapie' zo ver opgerekt dat het even ruim is als het begrip 'psychiatrie', respectievelijk als het begrip 'psychiatrische psychotherapie'. Zo worden het drie synonieme begrippen, maar zo ruim omschreven dat ze nietszeggend zijn geworden. Hier is echter nog lang geen sprake van psychotherapie, en zo moeten we dat ook niet gaan noemen. Waar een SPV'er bij een crisis in een politiecel is geroepen, wordt geen psychotherapie bedreven (ook al 'leent' deze een deeltechniek). Als een psychiater in hetzelfde geval optreedt, bedrijft hij nog geen (psychiatrische) psychotherapie. Laten we die termen gebruiken die we daarvoor inmiddels hebben. We spreken dan van crisisinterventie, onderzoek, intake, desnoods van voorbereidend werk, maar niet van psychotherapie. (Zie voor een omschrijving van 'psychotherapie' onder meer Jongerius in hetzelfde themanummer, blz. 196.)

Milders vindt het zelf ook een 'ongelukkige term' (blz. 97), maar heeft motieven deze toch te gebruiken. Hij stelt namelijk dat diverse monomethodische vormen van psychotherapie geen recht deden en doen aan de (on)mogelijkheden van patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen, en daarmee het mogelijk nut van psychotherapeutische interventies bij deze patiënten onderwaardeerden. Hij vindt dat er aandacht moet zijn voor 'de patiënt als persoon', 'het unieke van de persoon', en een 'betekenisgevende dialoog tussen patiënt en psychiater' (blz. 84, 85). En volgens hem ontbeert de psychiatrie een 'psychologische psychiatrie': er is psychologische kennis en er zijn persoonlijkheidstheorieën en daarop gebaseerde therapieën, maar deze hebben zich (citaat) 'voornamelijk buiten de psychiatrische theorie en praktijk ontwikkeld. Daarom is het naar mijn mening noodzakelijk dat de psychiatrie een eigen theorie en methodiek ontwikkelt met betrekking tot de psychologische dimensie.', (blz. 83).

Deze motieven zijn wel geldig, maar beslist niet nieuw. In de jaren zestig en zeventig was veelvuldig te horen dat de psychiatrie te medisch, te mechanisch zou zijn, met te weinig aandacht voor de mens als geheel, als uniek persoon, en voor de wisselwerking tussen hem en zijn omgeving. Verschil met nu is dat men toen vol optimisme was over de menselijke mogelijkheden om zich daarna teleurgesteld terug te trekken tussen de YAVIS-patiënten. Vele psychotherapeuten, vooral gedragstherapeuten, bleven echter werkzaam binnen de psychiatrie, zich daarbij wél afstemmend op de (beperkte) mogelijkheden van de patiënt.

Inderdaad heeft de psychologie zich voornamelijk buiten de psychiatrie ontwikkeld. Maar dat het (mede) daarom noodzakelijk is dat de psychiatrie een eigen psychologische theorie en methodiek ontwikkelt, is een conclusie die ik niet deel en een oplossing die ik niet verstandig vind. Er is zoveel psychologische kennis beschikbaar en men kan beter eerst daar te rade gaan in plaats van het wiel opnieuw uit te vinden.

De overige auteurs in dit themanummer hebben dat ook gedaan. Zij geven tal van voorbeelden van de toepassing van psychologische kennis en psychotherapeutische technieken. Niet alleen daaruit blijkt dat ze niet goed met het begrip 'psychiatrische psychotherapie' uit de voeten kunnen, maar ook uit het volgende. Geen van hen houdt een pleidooi voor dit begrip of noemt het een zinnige bijdrage tot ordening, bestudering en behandeling van psychiatrische verschijnselen (mijns inziens toch een belangrijke functie van terminologie). Enkelen spreken hun moeite met dit begrip uit. Sommigen doen gewoon hun verhaal om op het eind wat plichtmatig te verklaren dat er – logisch, gezien Milders' erg ruime omschrijving – sprake is van psychiatrische psychotherapie. In één artikel komt het hele begrip niet voor. En naar mijn mening zouden al de verhalen (hooguit één uitgezonderd) even helder en krachtig zijn in geval het begrip 'psychiatrische psychotherapie' niet zou zijn gebruikt, zelfs in het geval het niet zou bestaan. (Mogelijk waren ze dan nog helderder, daar de worsteling met dit begrip dan niet nodig was geweest.)

Wat overblijft, is dus een pleidooi voor de verdere ontwikkeling van psychotherapie ten behoeve van het gehele scala aan psychiatrische problematiek, een pleidooi voor multidisciplinaire diagnostiek en behandeling, en een pleidooi voor goed teamwork. Daar zal niemand bezwaar tegen hebben. Het lijkt me goed als de disciplines daarbij kennis willen nemen van elkaars terrein. En het lijkt me verstandig het (on-)begrip 'psychiatrische psychotherapie' zo snel mogelijk te begraven.

J. Verschuur  
psychotherapeut

#### Antwoord aan Verschuur

Ik ben collega Verschuur erkentelijk dat hij het themanummer 'psychiatrische psychotherapie' zorgvuldig heeft gelezen en van commentaar voorzien. Zijn kritiek op het begrip 'psychiatrische psychotherapie' kan ik mij goed voorstellen. Daar wil ik echter wel tegenoverstellen dat 'psychiatrische psychotherapie' door mij wordt opgevat en gehanteerd als een richtinggevend begrip met behulp waarvan aandacht wordt gevraagd voor de specifieke vorm van psychotherapie die binnen de psy-

chiatrische diagnostiek en behandeling noodzakelijk is. De speciale eisen die in dat kader aan psychotherapie gesteld zouden moeten worden, heb ik in mijn inleiding duidelijk gemaakt. Ook als we het begrip 'psychiatrische psychotherapie' niet meer zouden gebruiken, blijven die eisen onverminderd geldig. Wat dat betreft valt er nog veel denkwerk en onderzoek te doen. Natuurlijk hoeven psychiaters niet opnieuw het wiel uit te vinden. Waar nodig kunnen binnen de psychologie (of andere disciplines) ontwikkelde theorieën en methodieken worden gebruikt.

Wanneer 'psychiatrische psychotherapie' wordt opgevat als een (tijdelijk) richtinggevend begrip worden de (logische) kritiekpunten van Verschuur naar mijn idee minder relevant.

1. Dat een ruimer begrip (psychiatrie) een enger begrip (psychotherapie) specificeert, is volstrekt legitiem. Hetzelfde gebeurt wanneer een woord zijn betekenis krijgt door de zin waarin dat woord voorkomt. Dat geldt *mutatis mutandis* ook voor de psychotherapie binnen een psychiatrisch kader. Trouwens, de laatste tijd (in de discussies rond de wet-BIG) wordt er steeds meer gesproken over 'disciplinegebonden psychotherapie'.
2. Cirkelredeneringen en/of tautologieën zijn met betrekking tot 'psychiatrische psychotherapie' niet bezwaarlijk zolang ze een heuristische waarde hebben.
3. Ook het 'oprekken' van het begrip psychotherapie binnen een psychiatrisch kader is door mij met opzet gedaan. Als iedere psychiatrische activiteit met psychotherapie 'geïmpregneerd' zou moeten zijn (Jongerius) dan rust op de psychiater de verplichting om theoretisch en methodisch duidelijk te maken 'hoe dat in elkaar zit'.
4. Naar mijn idee laten de diverse auteurs van het themanummer goed zien hoe 'psychiatrische psychotherapie' in de praktijk werkt. Die vraag is hun ook gesteld. Voor hen was een theoretische doordinking van het begrip niet aan de orde.

Tegen afschaffing van het begrip 'psychiatrische psychotherapie' heb ik geen bezwaar. Redenerend vanuit mijn eigen discipline staat de 'psychiatrische behandeling' centraal. De uitdaging voor de komende jaren is om duidelijk te maken hoe de constituerende elementen daarvan (o.a. een specifieke vorm van psychotherapie) verder ontwikkeld en op elkaar afgestemd moeten worden.

C.F.A. Milders, psychiater

## Aanpassingen van de praktijkrichtlijnen voor de aanpak van initiële psychosen en schizofrenie

In het oktobernummer van 1996 van dit tijdschrift wees ik er in een 'Kort Signalement' op dat de richtlijnen van het Consensusdocument Minimumvoorwaarden voor de Behandeling van Schizofrenie 1996 in vergelijking met wat in andere landen gangbaar is, toch wel erg streng zijn. Ik pleitte voor een voorzichtiger beleid en stelde voor om deze richtlijnen op een aantal punten aan te passen. Patiënten met schizofreniforme stoornis zouden niet ingesteld moeten worden op onderhoudsmedicatie en patiënten met DSM-IV-diagnose schizofrenie zouden na het herstel van hun eerste psychose niet zonder meer twee jaar lang onderhoudsmedicatie moeten gebruiken (Vlaminck 1996).

Bij de discussie die daarop volgde stelde Van Meer in het aprilnummer van dit jaar dat mijn voorstellen alleen beschouwd moesten worden als speciale opvattingen van een individuele psychiater, opvattingen die verder niet op veel steun binnen de psychiatrische beroepsgroep zouden kunnen rekenen. Het Consensusdocument bleef volgens hem de standaard, tot een ander beleid brede acceptatie zou vinden (Van Meer 1997).

In de nu voorliggende reactie zal ik eerst wijzen op de risico's van het Nederlandse consensusbeleid. Vervolgens zal ik met recente publicaties aantonen dat er in de psychiatrische wereld wel degelijk overtuigende steun bestaat voor een voorzichtiger aanpak van eerste psychosen. Tenslotte zal ik aangeven hoe een ander beleid binnen de beroepsgroep snel acceptatie zou kunnen vinden.

Het probleem met het Nederlandse Consensusdocument is dat de daarin voorgestelde richtlijnen tevens als minimumvoorwaarden voor een goede behandeling gepresenteerd worden. De beroepsgroep die richtlijnen ontvangt, die tevens minimumvoorwaarden voor goede behandeling zijn, moet er wel van op aan kunnen dat de opstellers van die minimumnormen alert waren op eventuele fouten van het type-2 (het ten onrechte interveniëren daar waar dat nodig is). Type-2-fouten kunnen vergaande negatieve gevolgen hebben op de volksgezondheid. In de recente geschiedenis van de behandeling van schizofrenie liggen de voorbeelden van goedbedoelde type-2-fouten met desastreuze gevolgen nog vers in het geheugen. Denk aan de gezinstherapieën voor de gezinnen met schizofrenogene moeders of aan de stootbehandeling met megadoses neuroleptica. Type-2-fouten in het kader van beleid dat eenmaal ingevoerd is, vallen in de individuele gevallen niet zo gauw meer op als fouten. Problemen worden dan in de regel afgedaan als moeilijk te vermijden neveneffecten van op zich verantwoorde interventies.

Gezien deze voorgeschiedenis is het niet verwonderlijk dat psychiaters bij het invoeren van nieuwe minimumrichtlijnen voor schizofrenie extra alert zijn op mogelijke fouten van het type-2. Is het mogelijk dat

onder invloed van het Nederlands Consensusbeleid een groot aantal jonge mensen langdurig nodeloos last heeft gehad van negatieve symptomen of van andere bijwerkingen ten gevolge van de neuroleptica die ze twee jaar lang zonder duidelijke noodzaak moest gebruiken? Is het mogelijk dat het zelfvertrouwen van een bepaalde groep jongeren ten onrechte werd ondermijnd en dat hun toekomstperspectief nodeloos werd beschadigd door de hun aangeboden psycho-educatie over schizofrenie (met concepten van levenslange kwetsbaarheid, 70% recidiefkans, 10% kans op zelfmoord, vermijden van stress, opgeven van studie, rouwen over verlies van eigen gezondheid?)

Met deze vragen in het achterhoofd gaan we nu na of er binnen de beroepsgroep argumenten gevonden kunnen worden voor een voorzichtiger beleid. In hoeverre is onderhoudsmedicatie bij niet-schizofrene psychosen echt nodig? Op deze vraag wordt in de basisliteratuur een duidelijk antwoord gegeven. Onderhoudsmedicatie voor deze aandoeningen wordt in het handboek van Kaplan en Sadock (1995) expliciet afgeraden. Dit geldt zowel voor de schizofreniforme stoornis (p. 1027) als voor de kortdurende reactieve psychose (p. 1030). Als de beroepsgroep van Nederlandse psychiaters tegen deze adviezen in toch besluit om voor al deze patiënten een onderhoudsbehandeling met neuroleptica van minimaal twee jaar voor te schrijven, dan moeten daar wel heel sterke argumenten tegenover staan.

Ook op de vraag naar de duur van de onderhoudsbehandeling na een eerste psychose bij DSM-IV-schizofrenie wordt in de gezaghebbende literatuur een antwoord gegeven. Ik verwijs hier naar een recente standaard: de Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia van de APA. Dit document verscheen, na jarenlange voorbereiding door de APA Work Group on Schizophrenia, als een supplement van het aprilnummer van the American Journal of Psychiatry van 1997. De richtlijnen in dit document zijn alleen bedoeld voor patiënten met de diagnose DSM-IV-schizofrenie. In de Guideline wordt de recidiefkans van patiënten met DSM-IV-schizofrenie na een eerste psychose op 40-60% binnen het jaar gesteld. Na herstel van de eerste psychose wordt aanbevolen de onderhoudsmedicatie voort te zetten voor de duur van minimaal een jaar (APA 1997: 42).

In de beroepsgroep bestaat er dus wel degelijk een solide steun voor een voorzichtiger beleid.

### *Conclusie*

Mijn voorstel is om de rangen te sluiten en gezamenlijk een inspanning te leveren om de richtlijnen van de APA zo snel mogelijk binnen de Nederlandse en Belgische beroepsgroep geaccepteerd te krijgen. De APA Guideline zou dan gezien kunnen worden als een update van het Consensusdocument 1996. De Guideline wordt in het vervolg om de drie tot vijf jaar herzien, zodat ook in de toekomst aanpassingen aan