

Psychotherapie en pharmacotherapie?

door F. de Jonghe

Inleiding

In een vorig artikel zijn de factoren, effecten en indicatiegebieden van *psychotherapie* en *pharmacotherapie* besproken en met elkaar vergeleken (De Jonghe 1980). In dit artikel wordt op dezelfde aspecten ingegaan wat betreft *gecombineerde therapie*, d.i. de combinatie van een vorm van psychotherapie met een vorm van pharmacotherapie. De term *gecombineerde therapie* kan aanleiding geven tot verwarring. Immers, hij wordt door sommigen ook gebruikt om een aanpak aan te duiden, die of verschillende psychopharmaca of verschillende psychotherapeutische technieken combineert. Dat is beslist *niet* wat in deze context met *gecombineerde therapie* wordt bedoeld. Dit artikel heeft, evenals het vorige, een overzichtskarakter. De verschillende aspecten worden ook hier belicht aan de hand van de door *vergelijkende studies* geboden empirische evidentie. In deze context wordt wederom als criterium voor de afbakening van indicatiegebieden gebruikt: *niet alleen* de symptomatologie *maar ook* de sterkte van de ik-functies.

De vragen, in het vorige artikel opgeroepen in verband met *psychotherapie* en *pharmacotherapie*, kunnen worden beantwoord op grond van drie soorten vergelijkende onderzoeken:

1. 'pharmacotherapie' groep versus 'geen therapie' groep;
2. 'psychotherapie' groep versus 'geen therapie' groep;
3. 'psychotherapie' groep versus 'pharmacotherapie' groep.

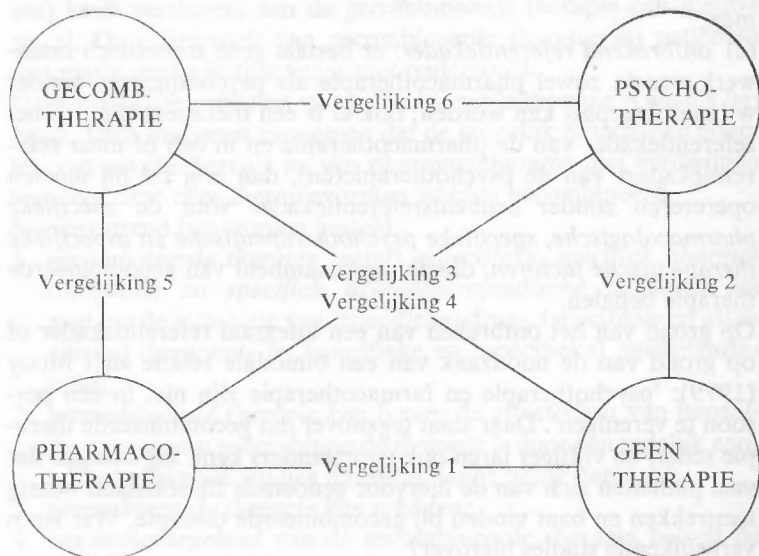
De vragen, in dit artikel opgeroepen in verband met *gecombineerde therapie*, kunnen worden beantwoord op grond van drie andere soorten vergelijkende onderzoeken:

4. 'gecombineerde therapie' groep versus 'geen therapie' groep;
5. 'gecombineerde therapie' groep versus 'pharmacotherapie' groep;
6. 'gecombineerde therapie' groep versus 'psychotherapie' groep.

Schrijver is hoogleraar in de Klinische Psychiatrie aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam en is verbonden aan het Psychiatrisch Centrum van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam (A.Z.U.A.), Tafelbergweg 25, Amsterdam Z.O.

De zes hiervoor genoemde vergelijkingen zijn in hun onderlinge relatie weergegeven in figuur 1.

Figuur 1: Psychotherapie en/of pharmacotherapie? – Zes vergelijkingen



De eerste drie vergelijkingen zijn aan de orde geweest in het vorige artikel (De Jonghe, 1980). De laatste drie worden hiernavolgend aan de orde gesteld. Hierbij wordt bij herhaling zonder verdere toelichting verwezen naar begrippen, die in het vorige artikel zijn toegelicht.

Overwegen om psychotherapie en pharmacotherapie te combineren lijkt soms op het bij elkaar willen zetten van kat en hond. Vele therapeuten hebben tegen deze 'cocktail approach' de grootste bezwaren. Hiervoor zijn vele (elkaar niet uitsluitende) verklaringen te geven, waaronder de volgende:

(a) *emotionele stellingname*: pharmacotherapie en psychotherapie zijn geen emotioneel neutrale onderwerpen; dat heeft tot gevolg dat velen kiezen vóór de ene en tegen de andere therapiesoort en zich bij deze keuze nauwelijks door empirische gegevens laten beïnvloeden;

(b) *ideologische stellingname*: een positief effect van pharmacotherapie of van psychotherapie geldt dikwijls als 'bewijs' voor de ware 'aard' van psychisch dysfunctioneren; dat heeft tot gevolg dat velen met hun houding t.a.v. therapie hun etiologische en pathogenetische ideologie verdedigen;

(c) *onwetendheid*: vele pharmacotherapeuten weten van psychotherapie nauwelijks iets af, omgekeerd geldt hetzelfde voor vele psychotherapeuten; dat heeft tot gevolg dat velen niet gehinderd door feitenkennis hun stellingen verdedigen;

(d) *bimodale relatie* (Docherty et al. 1977): gecombineerde therapie veronderstelt het gelijktijdig aangaan van twee 'soorten' relaties

met de patiënt: een farmacotherapeutische en een psychotherapeutische; deze twee relaties kunnen worden aangegaan door twee of door één therapeut(en); afgezien van de problemen voor de patiënt heeft dit tot gevolg dat de therapeut of met een collega of met zichzelf in dit opzicht tot een goede werkrelatie moet zien te komen;

(e) *ontbrekend referentiekader*: er bestaat geen theoretisch raamwerk waarin zowel farmacotherapie als psychotherapie zonder wringen ingepast kan worden; ook al is een therapeut thuis in het referentiekader van de farmacotherapie en in één of meer referentiekaders van de psychotherapie(ën), dan nog zal hij moeten opereren zonder eenheidsreferentiekader voor de *specifieke farmacologische, specifieke psychotherapeutische en aspecifieke therapeutische factoren*, die de werkzaamheid van gecombineerde therapie bepalen.

Op grond van het ontbreken van een integraal referentiekader of op grond van de noodzaak van een bimodale relatie stelt Mooy (1979): 'psychotherapie en farmacotherapie zijn niet in een persoon te verenigen'. Daar staat tegenover dat gecombineerde therapie sedert de vijftiger jaren ook voorstanders kent. Zij betogen dat vele patiënten zich van de hiervoor genoemde filosofismen weinig aantrekken en baat vinden bij gecombineerde therapie. Wat leren vergelijkende studies hierover?

Gecombineerde therapie versus geen therapie

De vraag naar het effect van gecombineerde therapie kan worden beantwoord op grond van vergelijkende studies waarbij een experimentele groep, behandeld door middel van een vorm van gecombineerde therapie, wordt vergeleken met een controlegroep, die de betreffende behandeling niet krijgt. (Vergelijking 4). Dergelijke onderzoeken worden bemoeilijkt door de methodologische problemen van zowel farmacotherapeutische als psychotherapeutische studies. Toch zijn ze in redelijke mate voorhanden, althans wat (1) psychotische en (2) depressieve patiënten betreft.

1. Cowden e.a. (1955), May en Tuma (1964, 1965), Hogarty en Goldberg (1974 a,b) en Goldstein e.a. (1978) komen allen tot de conclusie dat gecombineerde therapie effectief is bij de behandeling van psychotische patiënten.

2. Klerman e.a. (1973, 1974), Covi e.a. (1974), Friedman (1975) en Weissman e.a. (1979) komen allen tot de conclusie dat gecombineerde therapie effectief is bij de behandeling van (ernstige) depressies.

Het aantal studies van gecombineerde therapie is dus beperkt. Daar staat tegenover dat de term 'consensus' op deze literatuur beter van toepassing is dan 'trend'. Gecombineerde therapie blijkt (beyond reasonable doubt) een effectieve vorm van behandeling te zijn. Op grond hiervan moet voor gecombineerde therapie een (derde?) indicatiegebied bestaan: hoe verhoudt zich dit gebied tot dat van de farmacotherapie en tot dat van de psychotherapie? De hiervoor

vermelde onderzoeken betreffen patiënten, die op grond van de zwakte van hun ik-functies *niet* tot het reguliere indicatiegebied van de psychotherapie, *wel* tot dat van de pharmacotherapie behoren. De vraag spitst zich dan ook op dat laatste gebied toe. Hier krijgt de pharmacotherapie, nadat hij de psychotherapie (op punten) heeft verslagen, aan de gecombineerde therapie een nieuwe rivaal. De effectiviteit van gecombineerde therapie bij patiënten met matig sterke ik-functies is niet onderzocht.

Over schadelijke effecten van gecombineerde therapie is weinig bekend. Toch mag men aannemen dat de mogelijk schadelijke effecten van psychotherapie en van pharmacotherapie niet verdwijnen wanneer deze twee therapievormen worden gecombineerd.

Samenvattend kan worden gesteld:

1. *gecombineerde therapie* betreft *aspecifieke, specifiek farmacologische en specifiek psychotherapeutische factoren*; het gaat om de interactie van (specifieke) drug-, (specifieke en aspecifieke) therapeut- en (specifieke en aspecifieke) patiëntvariabelen;
2. *gecombineerde therapie kan baten*; de effectiviteit van bepaalde vormen van gecombineerde therapie is door een redelijk aantal vergelijkende studies minstens aannemelijk gemaakt;
3. *gecombineerde therapie kan schaden*;
4. het *indicatiegebied* van de gecombineerde therapie betreft de patiënten met zwakke ik-functies.

Gecombineerde therapie versus pharmotherapie: wat is het effect van toevoeging van psychotherapie aan pharmacotherapie?

Zowel pharmacotherapie als gecombineerde therapie blijken effectief te (kunnen) zijn bij patiënten met zwakke ik-functies. Het ligt dan ook voor de hand de effectiviteit van beide therapiesoorten in dit indicatiegebied te vergelijken. Vragen hierover kunnen worden beantwoord op grond van vergelijkende studies, waarbij een groep, behandeld door middel van pharmacotherapie, vergeleken wordt met een groep, behandeld door middel van gecombineerde therapie (vergelijking 5). Gedegen studies over dit onderwerp zijn in de literatuur in redelijke mate voorhanden. De trend, die hierin in de laatste decade naar voren komt (Luborsky e.a., 1975), is verschillend van de trend uit de zestiger jaren (Uhlenhuth e.a. 1969).

1. Uhlenhuth e.a. (1969) vermelden tien in dit opzicht relevante studies: twee ervan vallen positief uit ten gunste van gecombineerde therapie en niet één ten gunste van pharmacotherapie, in acht studies zijn de resultaten van de twee therapiesoorten vergelijkbaar. De auteurs concluderen: 'Combined treatment usually offers no greater benefit than pharmacotherapy alone'.

2. Luborsky e.a. (1975) vermelden eveneens tien relevante studies. In deze tien studies vinden elf vergelijkingen plaats van een bepaalde vorm van gecombineerde therapie met een bepaalde vorm van pharmacotherapie: zes ervan vallen positief uit ten gunste van gecombineerde therapie en niet één ten gunste van pharma-

cotherapie; in vijf vergelijkingen behalen de twee therapiesoorten gelijkwaardige resultaten. De populaties van deze studie betreffen patiënten met zwakke ik-functies: zes studies betreffen psychotische patiënten (Cowden e.a. 1955; King 1958; King 1963; Gorham e.a. 1964; May en Tuma 1964, 1965; Hogarty en Goldberg 1974 a,b); twee studies betreffen opgenomen psychiatrische patiënten met een 'mixed diagnosis' (Evangelakis 1961; Overall en Tupin 1969); de patiënten van Klerman e.a. (1973, 1974) zijn geselecteerd voor het onderzoek op grond van een pharmacotherapeutisch succes; de patiënten van Lorr (1963) worden aangeduid als neurotisch (42%), 'personality disorders' (26%), 'psychophysiologic disorders' (15%) en psychotisch (18%).

3. De studies van Covi e.a. (1974), Friedman (1975) en Weissmann e.a. (1979) m.b.t. depressie en de studie van Goldstein e.a. (1978) m.b.t. psychose bevestigen alle de stelling dat gecombineerde therapie het beter doet dan pharmacotherapie *in het klassieke indicatiegebied van de pharmacotherapie*.

Het effect van toevoeging van psychotherapie aan pharmacotherapie bij patiënten met matig sterke ik-functies is niet onderzocht.

Samenvattend moet op grond van een redelijk aantal vergelijkende studies worden gesteld dat de beschikbare empirische evidentie de gecombineerde therapie aanwijst als méér effectief dan de pharmacotherapie bij patiënten met zwakke ik-functies. In het indicatiegebied, dat traditioneel aan de pharmacotherapie wordt toegewezen, dient deze laatste vervangen te worden door gecombineerde therapie. De reden is niet dat pharmacotherapie niet 'goed' (d.i. effectief) zou zijn. De reden is dat het betere het goede dient te vervangen. Op grond van empirische gegevens moet worden gesteld *dat psychopharmaca alleen nooit geïndiceerd zijn: altijd dienen zij te worden gecombineerd met psychotherapie*.

Gecombineerde therapie versus psychotherapie: wat is het effect van toevoeging van pharmacotherapie aan psychotherapie?

Zowel psychotherapie als gecombineerde therapie blijken effectieve behandelingsmethoden te (kunnen) zijn bij patiënten met zwakke ik-functies. Het ligt dan ook voor de hand de effectiviteit van beide therapiesoorten in dit indicatiegebied te vergelijken. Vragen hierover kunnen worden beantwoord op grond van vergelijkende studies, waarbij een groep, behandeld door middel van psychotherapie, vergeleken wordt met een groep, behandeld door middel van gecombineerde therapie. (vergelijking 6). Ook over dit onderwerp levert de literatuur een voldoende aantal gedegen studies op om na te kunnen gaan of hierin een trend aanwijsbaar is.

1. Uhlenhuth e.a. (1969) vermelden veertien in dit opzicht relevante studies: negen ervan vallen positief uit ten gunste van gecombineerde therapie en niet één ten gunste van psychotherapie, in vijf studies zijn de resultaten van de twee therapiesoorten vergelijkbaar. De auteurs concluderen: 'Combined treatment . . . usually offers greater benefit than psychotherapy alone'.

2. Luborsky (1975) vermelden 15 relevante studies. In deze 15 studies vinden 16 vergelijkingen plaats van een bepaalde vorm van gecombineerde therapie met een bepaalde vorm van psychotherapie: dertien ervan vallen positief uit ten gunste van gecombineerde therapie en niet één ten gunste van psychotherapie; in drie vergelijkingen behalen de twee therapiesoorten gelijkwaardige resultaten. De populaties van deze studies betreffen patiënten met zwakke ik-functies: vijf studies betreffen psychotische patiënten (Cowden e.a. 1955; May en Tuma 1964, 1965; Gorham e.a. 1964; Grinspoon e.a. 1967, 1968, 1972; Karon en Van der Bos 1970, 1972); twee studies betreffen opgenomen psychiatrische patiënten met een 'mixed diagnosis' (Evangalakis 1961; Overall en Tupin 1969); één studie betreft patiënten over wie de auteurs schrijven: 'The principal criterium for selection was the concurrence of the psychiatrists that the patient's diagnosis was among those on a prearranged list of psychiatric conditions that had been reported in other studies as responding favorably to chlorpromazine' (Gibbs e.a. 1957). (Terloops zij vermeld dat de totale psychotherapie in deze studie zes uur omvat!); één studie betreft patiënten met een 'neurotische', 'psychotische' of 'organische' depressie (Daneman 1961); één studie betreft op grond van pharmacotherapeutisch succes geselecteerde depressieve patiënten (Klerman e.a. 1973, 1974); de patiënten van Lorr e.a. (1961) en van Lorr e.a. (1963) worden aangeduid als psychotische, ernstig depressieve of 'mixed' patiënten. De volgende drie zouden neurotische (?) patiënten betreffen. Echter, Rickels e.a. (1966) stellen: 'While almost all patients were aware of their emotional problems and expected psychotherapy, nevertheless, 60% also expected some additional drugtherapy, even if only for some symptomatic relief'; Hesbacher e.a. (1970) schrijven over hun patiënten: 'They had been previously drug treated with only modest success'. Kortom, van de vijftien gerefereerde studies betreft er misschien één een patiëntenpopulatie die tot het reguliere indicatiegebied van de psychotherapie behoort (Podobnikar 1971).

3. Dat gecombineerde therapie effectiever is dan alleen psychotherapie bij de behandeling van (ernstige) depressies wordt bevestigd door Friedman (1975), Covi e.a. (1976), Lipman e.a. (1978), Lesse (1978) en Weissmann e.a. (1979). Hetzelfde wordt bevestigd door Goldstein e.a. (1978) wat de behandeling van psychosen betreft.

Het voorafgaande geldt uiteraard alleen voor de patiëntenpopulaties die in de genoemde studies zijn onderzocht. Zoals gesteld behoren zij niet tot het reguliere indicatiegebied van de psychotherapie. Verliest men dit uit het oog, dan concludeert men ten onrechte dat gecombineerde therapie het beter doet dan psychotherapie en dat de eerstgenoemde de laatste in zijn indicatiegebied dient te vervangen. Aldus Van Praag (1979): 'dit betekent dat pharmaco- en psychotherapie elkaar aanvullen en ieder voor zich een onvolledige behandeling zijn'. Deze stelling is alleen voor het indicatiegebied, dat traditioneel aan de pharmacotherapie wordt toegedacht, aanmerkelijk gemaakt. De relatieve waarde van gecombineerde thera-

pie en van psychotherapie bij patiënten met matig sterke ik-functies is niet of nauwelijks onderzocht. Vergeet men dit, dan concludeert men op grond van een ontoelaatbare veralgemening dat er maar één indicatiegebied bestaat: dat van de gecombineerde therapie.

Samenvattend moet op grond van een redelijk aantal vergelijkende studies worden gesteld dat de beschikbare empirische evidentie de gecombineerde therapie aanwijst als méér effectief dan de psychotherapie bij patiënten met zwakke ik-functies.

Wat is het effect van combineren: additie of interactie?

De voorstanders van gecombineerde therapie hebben voortdurend gewezen op de mogelijkheid dat gunstige, faciliterende, 'positieve' interacties optreden waardoor potentiëring van de effecten kan worden verwacht. Deze gewenste effecten kunnen van tweeërlei aard zijn.

(1) van pharmacotherapie op psychotherapie: symptoomreductie (angst, agitatie, hallucinaties, depressiviteit e.d.) kan de patiënt meer bereikbaar maken voor de psychotherapeut, zijn vertrouwen en optimisme verbeteren, zijn cognitief, verbaal en sociaal gedrag ten goede komen;

(2) van psychotherapie op pharmacotherapie: een goede werkrelatie met de psychotherapeut kan de coöperatie van de patiënt t.a.v. medicijngebruik verbeteren; ingaan op de problemen van de patiënt kan de noodzaak van medicijngebruik verminderen (b.v. de hoogte van noodzakelijke dosering verlagen).

De tegenstanders van gecombineerde therapie hebben voortdurend gewaarschuwd voor de mogelijkheid dat 'negatieve' interacties optreden waardoor inhibitie van de effecten moet worden gevreesd. Ook de ongewenste effecten kunnen van tweeërlei aard zijn:

(1) van pharmacotherapie op psychotherapie: pharmaca kunnen interfereren met de (tegen-) overdrachtsrelatie door het vergroten van patiënt's afhankelijkheid van een magische autoriteit; zij kunnen door snel en moeiteloos de symptomen te laten verdwijnen de motivatie van de patiënt verminderen om zijn problemen uit te zoeken; zij kunnen de voor psychotherapie noodzakelijke emotionaliteit en angstbeleving tegengaan; zij kunnen door vergroting van de afweer de mogelijkheden tot het verwerven van inzicht verminderen;

(2) van psychotherapie op pharmacotherapie: verschillende vormen van psychotherapie werken (tijdelijk) angststimulerend en regressiebevorderend: dit kan symptoomvorming in de hand werken; combineren van psychotherapie met pharmacotherapie zou, automobilistisch gesproken, neerkomen op tegelijkertijd gas geven en remmen.

Behalve potentiëring ($2+3=6$) en inhibitie ($2+3=4$) zijn ook nog andere interacties denkbaar: de combinatie van twee therapiesoorten is niet effectiever dan alleen de beste ($2+3=3$) of alleen de slechtste ($2+3=2$) van de twee; de ene therapiesoort vertoont alleen dan zijn effect wanneer de andere therapiesoort aanwezig

(0+3=5) of juist afwezig is. Tenslotte zij vermeld dat 2+3 ook gewoon 5 kan zijn!

De mogelijkheid van additie of cumulatie (in plaats van interactie) is zo voor de hand liggend dat men er dikwijls niet aan denkt. Kortom, het is nog maar de vraag hoeveel 2+3 is bij een 'cocktail approach'. Deze vraag kan worden beantwoord op grond van studies die vier groepen vergelijken: deze groepen worden wel of niet door zowel de ene therapiesoort als de andere behandeld (de zes hiervoor genoemde vergelijkingen tegelijkertijd).

Een aantal onderzoeken wijzen in de richting van additie, andere in die van interactie:

(a) Wellicht tot verrassing van vriend en vijand van gecombineerde therapie blijkt uit meerdere studies dat de effecten van farmacotherapie en van psychotherapie *verschillend* en bij combinatie *additief* kunnen zijn (King 1958; Lorr e.a. 1973, 1974; Covi e.a. 1974; Friedman 1975; DiMascio e.a. 1979). Meestal komt naar voren dat pharmaca de symptomen bestrijden en de recidieven voorkomen terwijl psychotherapie de sociale interactie en communicatie verbetert. Onbetwist is deze stelling niet: wat de ambulante behandeling van acute schizofrene patiënten betreft vinden Goldstein e.a. (1978) dat de gecombineerde therapie het beter doet dan farmacotherapie zowel wat recidiefpreventie als wat symptoomreductie betreft.

(b) Uit andere studies blijkt dat de effecten van farmacotherapie en van psychotherapie bij combinatie *interactief* kunnen zijn. Aanwijzingen voor een *negatieve interactie* vinden Downing en Richels (1978): "There is a small but consistent body of evidence suggesting that a more intense psychotherapy relationship may tend to obscure differences between response to active drug and response to placebo". Een voorbeeld hiervan is terug te vinden bij Weissmann e.a. (1979). De resultaten van dit onderzoek zijn weergegeven in figuur 2.

Figuur 2: Psychotherapie en farmacotherapie? – Additie of interactie? Naar de resultaten van een onderzoek van Weissman e.a. (1979)

PSYCHOTHERAPIE	PHARMACOTHERAPIE	
	Ja	Neen
Ja	Gecombineerde therapie	Psychotherapie
Neen	Pharmacotherapie	Nonscheduled treatment

Horizontal comparison (Ja vs Neen):
 - Top row: N.S.
 - Bottom row: $p < .05$
 Vertical comparison (Ja vs Neen):
 - Left column: N.S.
 - Right column: $p > .01$
 Diagonal comparisons:
 - Top-left to Bottom-right: $p < .001$
 - Top-right to Bottom-left: N.S.

Uit de figuur valt af te lezen dat pharmacotherapie het beter doet dan geen pharmacotherapie ($p < .05$). Dit is echter alleen waar voor de groep die geen psychotherapie krijgt. Wanneer wél psychotherapie wordt verstrekt, verdwijnt het verschil tussen pharmacotherapie en geen pharmacotherapie: psychotherapie inhibeert het effect van pharmacotherapie. Omgekeerd blijkt tevens dat pharmacotherapie het effect van psychotherapie inhibeert: psychotherapie doet het beter dan geen psychotherapie ($p < .01$) maar dit verschil verdwijnt wanneer de onderzochte groep pharmacotherapie krijgt. Aanwijzingen voor een *positieve interactie* vinden Goldstein e.a. (1978) het effect van gezinstherapie bij psychotici is 6 maanden na de ontslagdatum alleen aantoonbaar in de groep die, behalve met psychotherapie, ook met neuroleptica wordt behandeld. Samenvattend kan worden gesteld dat het combineren van pharmacotherapie en van psychotherapie zowel tot additie als tot (positieve en negatieve) interactie van effecten kan leiden.

Algemene conclusies

1. Pharmacotherapie, psychotherapie en gecombineerde therapie hebben *specifieke therapeutische factoren* gemeen. *Specifieke, resp. pharmacotherapeutische en psychotherapeutische factoren* bepalen het verschil tussen de eerste twee therapiesoorten. Gecombineerde therapie verenigt in zich de twee soorten specifieke factoren.
2. *De drie therapiesoorten kunnen baten.* Hun effectiviteit is sedert ten minste tien jaar op grond van vergelijkende studies minstens aannemelijk gemaakt.
3. *De drie therapiesoorten kunnen schaden.* Op grond van empirie is gebleken wat op grond van gezond verstand kon worden verwacht: dat een therapie, die effectief kan zijn, ook averechts kan werken.
4. Het combineren van pharmacotherapie en van psychotherapie kan zowel tot *additie* als tot (positieve en negatieve) *interactie* van effecten leiden.
5. Over het indicatiegebied van de drie therapiesoorten is een empirisch redelijk onderbouwde uitspraak mogelijk. Hij veronderstelt vier verschillende diagnoses:
 - (a) In de eerste plaats is een goede *diagnose van de situatie* nodig. Immers, een persoon, die aan zeeziekte lijdt, aan wal brengen is meer rationeel dan hem behandelen. Alleen . . . soms is er geen land in zicht. De vraag is of iets gedaan kan worden aan de situationele determinatie van het psychisch dysfunctioneren.
 - (b) In de tweede plaats is een goede *somatische diagnose* nodig. Het is meer rationeel een persoon, die aan myxoedeem lijdt en depressief is, met thyreoidum te behandelen dan met antidepressiva en/of psychotherapie. De vraag is of iets gedaan kan worden aan de somatische determinatie van het psychisch dysfunctioneren. Alleen nadat de twee hiervoor geformuleerde vragen beantwoord zijn, kan het indicatiegebied van de drie genoemde therapiesoorten

aan de orde komen. De twee volgende diagnoses zijn dan van belang:

(c) In de derde plaats is een goede *symptoom- of syndroomdiagnose* nodig. De vraag is of de patiënt symptomen vertoont die voor farmacologische beïnvloeding in aanmerking komen (Freyhan's doelsymptomen).

(d) In de vierde plaats is een goede *persoonlijheidsdiagnose* nodig. De vraag is wat de sterkte is van de ik-functies van de betreffende patiënt. Een indeling van personen kan worden gemaakt op grond van interindividuele verschillen in ik-sterkte. Drie (vloeiend in elkaar overgaande) gebieden kunnen worden onderscheiden: personen met zwakke, met matig sterke en met sterke ik-functies.

6. Een juiste indicatiestelling is slechts mogelijk wanneer de gegevens van de symptoomdiagnose en van de persoonlijkheidsdiagnose worden gecombineerd. (figuur 3).

Figuur 3: Psychotherapie en/of pharmacotherapie – Rangorde van effectiviteit van de drie therapiesoorten

Personen met	Freyhan's doelsymptomen	
	Aanwezig	Afwezig
a zwakke ik-functies	1 Gecombineerde therapie 2 Pharmacotherapie 3 Psychotherapie	Psychotherapie
b matig sterke ik-functies	1 Psychotherapie 2 Gecombineerde therapie 3 Pharmacotherapie	Psychotherapie
c sterke ik-functies	geen therapie	geen therapie

(a) Psychisch dysfunctionerende personen met zwakke ik-functies kunnen symptomen vertonen die voor farmacologische beïnvloeding in aanmerking komen. In dat geval is *gecombineerde therapie* geïndiceerd. Immers, de beschikbare empirische evidentie pleit voor de volgende rangorde van afnemende effectiviteit: 1) gecombineerde therapie; 2) pharmacotherapie; 3) psychotherapie. Wanneer psychisch dysfunctionerende personen met zwakke ik-functies de hiervoor genoemde symptomen niet vertonen (maar wel andere), is *psychotherapie* geïndiceerd.

(b) Bij psychisch dysfunctionerende personen met matig sterke ik-functies is *psychotherapie* geïndiceerd, ook wanneer zij symptomen vertonen die farmacologisch beïnvloed kunnen worden. In dat laatste geval kan eveneens een rangorde van afnemende effectiviteit worden opgesteld: 1) Psychotherapie; 2) Gecombineerde therapie; 3) Pharmacotherapie. Echter, deze rangorde vloeit niet voort uit empirische gegevens (deze zijn namelijk niet voorhanden). Hij moet worden gezien als een werk- ev. een onderzoekshypothese.

(c) Bij psychisch dysfunctionerende personen met sterke ik-functies is therapie niet geïndiceerd.

Uit het voorgaande valt af te leiden dat farmacotherapie alleen nooit geïndiceerd is (tenzij hooguit als tweede keus). Verder valt hieruit eveneens af te leiden dat alleen op grond van een goede diagnose voorkomen kan worden dat (a) een therapie, die nodig is of die niet de beste is, wordt voorgeschreven; (b) een therapie, die wél nodig is niet wordt voorgeschreven.

Literatuur

- Covi, L., Lipmans, R. S., Derogatis, L. R., Smith, J. E. en Pattison, J. H. (1974). Drugs and group psychotherapy in neurotic depressions. *Am. J. Psychiat.* 131: 191-198.
- Cowden, R. C., Zax, M., Ross Hague, J. en Finney, R. C. (1955). Chlorpromazine: alone and as an adjunct to group psychotherapy in the treatment of psychiatric patients. *Am. J. Psychiat.* 112: 898-902.
- Daneman, E. A. (1961). Imipramine in office management of depressive reactions. *Dis. Nerv. Syst.* 22: 213-217.
- Docherty, J. P., Marder, S. R., Kammen, D. P. van en Siris, S. G. (1977). Psychotherapy and pharmacotherapy: conceptual issues. *Am. J. Psychiat.* 134, 527-537.
- Downing, R. W. en Rickels, K. (1978). Nonspecific factors and their interaction with psychological treatment in pharmacotherapy, in: Lipton, M. A., DiMascio, A. en Killam, K. F.: *Psychopharmacology: a generation of progress*. Raven Press, New York.
- Evangelakis, M. G. (1961). De-institutionalization of patients. *Dis. Nerv. Syst.* 22, 26-32.
- Friedman, A. S. (1975). Interaction of drugtherapy with marital therapy in depressive patients. *Arch. Gen. Psychiat.* 32, 619-637.
- Gibbs, J. J., Wilkens, B. en Lauterbach, C. G. (1957). A controlled clinical psychiatric study of chlorpromazine. *J. Clin. Exper. Psychopath.* 18, 269-283.
- Goldstein, M. J., Rodnick, E. H., Evans, J. R., May, P. R. A. en Steinberg, M. R. (1978). Drug familytherapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Arch. Gen. Psychiat.* 35, 1169-1177.
- Gorham, D. R., Pokorny, A. P., Moseley, E. C., Mc Reynolds, P. en Kogan, W. S. (1964). Effects of a phenothiazine and/or grouppsychotherapy with schizophrenics. *Dis. Nerv. Syst.* 25, 77-86.
- Grinspoon, L., Ewalt, J. R. en Shader, R. (1967). Long-term treatment of chronic schizophrenia. *Int. J. Psychiat.* 4, 116-128.
- Grinspoon, L., Ewalt, J. R. en Shader, R. (1968). Psychotherapy and pharmacotherapy in chronic schizophrenia. *Amer. J. Psychiat.* 124, 67-74.
- Grinspoon, L., Ewalt, J. R. en Shader, R. (1972). Schizophrenia. *Pharmacotherapy and psychotherapy*. Williams & Wilkins Comp., Baltimore.
- Hesbacher, P. T., Rickels, K., Hutchison, J., Raab, F., Sablosky, L., Whalen, F. M. en Phillips, F. J. (1970). Setting, Patient, and doctor effects on drug response en neurotic patients. *Psychopharmacol.* 18, 209-226.
- Hogarty, G. E. en Goldberg, S. C. (1973). Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. *Arch. Gen. Psychiat.* 28, 54-63.
- Hogarty, G. E. en Goldberg, S. C. (1974). Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. *Arch. Gen. Psychiat.* 31, 603-608.

- Hogarty, G. E. en Goldberg, S. C. (1974). Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. *Arch. Gen. Psychiat.* 31, 609-618.
- Karon, B. P. en Bos, G. R. van den (1970). Experience, Medication and the effectiveness of psychotherapy with schizophrenics. *Brit. J. Psychiat.* 116, 427-428.
- King, P. D. (1958). Regressive ECT, Chlorpromazine, and group therapy in treatment of hospitalized chronic schizophrenics. *Am. J. Psychiat.* 115, 354-357.
- King, P. D. (1963). Controlled study of group psychotherapy in schizophrenics receiving chlorpromazine. *Psychiat. Dig.* 24, 21-26.
- Kovacs, M., Rush, A. J., Beck, A. T. en Hollon, S. D. (1980). A one year follow-up of depressed out-patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Submitted for publication.*
- Klerman, G. L., DiMascio, A., Weissman, M., Prusoff, B. en Paykel, E. S. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am. J. Psychiat.* 131, 186-190.
- Lesse, S. (1978). Psychotherapy in combination with antidepressant drugs in severely depressed out-patients. *Am. J. Psychother.* 32, 48-73.
- Lipman, R. S., Covi, L. en Smith, V. K. (1975). Prediction of response to drug and group psychotherapy in depressed out-patients. *Psychopharm. Bull.* 11, 38-41.
- Lorr, M., Mc Nair, D. M., Weinstein, G. J., Michaux, W. W. en Raskin, A. (1961). Meprobamate and chlorpromazine in psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiat.* 4, 381-389.
- Lorr, M., Mc Nair, D. M. en Weinstein, G. J. (1963). Early effects of chlor-diazepoxide (Librium) used with psychotherapy. *J. Psychiat. Res.* 1, 257-270.
- Luborsky, L., Singer, B. en Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Arch. Gen. Psychiat.* 32, 995-1008.
- May, P. R. A. en Tuma, A. H. (1965). Treatment of schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 111, 503-510.
- Mooy, A. (1979). Heeft het zin te spreken van een interactie tussen psychische en somatische factoren? *T. Psychiat.* 21, 373-380.
- Overall, J. E. en Tupin, J. P. (1969). Investigation of clinical outcome in a doctor's choice treatment setting. *Dis. Nerv. Syst.* 30, 305-313.
- Podobnikar, I. G. (1971). Implementation of psychotherapy by librium in a pioneering rural-industrial psychiatric practice. *Psychosomatics*, 12, 205-207.
- Praag, H. M. van (1979). Pillen en praten: een schijn-tegenstelling in de psychiatrie. *Ned. T. Geneesk.* 123, 1557-1562.
- Rickels, K., Cattell, R. B., Weise, C., Gray, B., Yee, R., Mallin, A. en Aaronson, H. G. (1966). Controlled psychopharmacological research in private psychiatric practice. *Psychopharmacologia* 9, 288-306.
- Uhlenhuth, E. H., Lipman, R. S. en Covi, L. (1969). Combined pharmacotherapy and psychotherapy. *J. Nerv. Ment. Dis.* 148, 52-64.
- Weissman, M. M. (1979). The psychological treatment of depression. *Arch. Gen. Psychiat.* 36, 1261-1299.