

Psychiatrische psychotherapie

Een inleiding

door C.F.A. Milders

Samenvatting

Psychiatrische psychotherapie is de methodische uitwerking van de psychologische dimensie van het biopsychosociale model ten behoeve van psychiatrische diagnostiek en behandeling. Uitgangspunt voor dit concept is de patiënt, opgevat als een persoon in relatie tot zijn/haar psychopathologie (kwetsbaarheid) en de context. Op basis hiervan kan de psychiater-patiëntrelatie methodisch gehanteerd worden. Psychiatrische psychotherapie is altijd onderdeel van een totale psychiatrische behandelstrategie. Monomethodische psychotherapievormen kunnen hierin geïntegreerd worden. Het begrip 'psychiatrische psychotherapie' kan helpen om de psychologische en psychotherapeutische aspecten in elke psychiatrische handeling te doordenken en verder te ontwikkelen.

Voorbeschouwing

Voor dit themanummer heeft de redactie een aantal psychiaters gevraagd om vanuit hun werkterrein of aandachtsveld het begrip 'psychiatrische psychotherapie' vorm en inhoud te geven. De richtlijnen voor de auteurs waren vrij algemeen. Hun werd niet om een theoretische beschouwing of om een begripsverheldering gevraagd, maar vooral om een reflectie op de psychiatrische praktijk; een vraag naar de betekenis en toepassing van psychotherapeutische methoden in de behandeling van patiënten met veelal ernstige psychiatrische stoornissen. Het resultaat dat voor u ligt, is naar mijn oordeel een rijkgeschakeerd palet van psychotherapeutische mogelijkheden, creatief ingevlochten in de behandeling van complexe psychiatrische problemen. Opmerkelijk is dat er bij de auteurs consensus bestaat over een aantal opvattingen. Zo blijkt dat psychotherapie een onmisbaar element is in elke psychiatrische behandeling. Bovendien komt uit de artikelen duidelijk naar voren dat psychotherapie met andere behandelinterventies geïntegreerd dient te zijn. Een rode draad is tevens dat in de psychotherapeutische benadering van patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen ter-

dege rekening moet worden gehouden met de aard van de psychopathologie en met de mogelijkheden en beperkingen (kwetsbaarheden) van de patiënten. Kortom, het typisch psychiatrische van psychiatrische psychotherapie komt in de stukken goed uit de verf. Dat is verrassend omdat het begrip psychiatrische psychotherapie voor veel psychiaters nog tamelijk vaag is.

De door de auteurs gepresenteerde klinische inzichten en vignetten vormen boeiende leesstof. Alleen al deze gebundelde praktische ervaringen zijn waardevolle aanzetten voor de conceptuele ontwikkeling van psychiatrische psychotherapie. Deze ontwikkeling verdient naar mijn idee grote aandacht omdat zij belangrijke consequenties heeft voor de psychiatrische theorievorming en praktijkopvatting. In deze inleiding zal ik dat aannemelijk proberen te maken. Allereerst zal de vraag naar de legitimering van psychiatrische psychotherapie worden gesteld. Daarna zullen twee constituerende elementen van dit begrip worden behandeld: de patiënt opgevat als persoon en de interactie persoon - psychopathologie. Vervolgens wordt een nieuwe omschrijving gegeven van psychiatrische psychotherapie met toepassingen in de praktijk. De inleiding wordt afgerond met enkele gedachten over de consequenties van dit begrip voor opleiding en onderzoek. In mijn uiteenzetting zal ik dankbaar gebruikmaken van de inzichten van de auteurs van dit themanummer. Als ik naar een van hen verwijst, is de naam van de eerste auteur cursief gedrukt.

Waarom psychiatrische psychotherapie?

In 1989 bracht de Werkgroep Psychiatrische Psychotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een rapport uit aan het consilium psychiatricum (Abraham 1988). Dit rapport heb ik destijds als uitgangspunt genomen voor een ideaaltypische definitie van psychiatrische psychotherapie: een vorm van psychotherapie die (a) ziektebeeldgeoriënteerd is, (b) zich richt op een groep patiënten bij wie beperkte doelstellingen mogelijk zijn, (c) is gefundeerd 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 (Milders 1992). Naar mijn idee was het omslachtige begrip 'psychiatrische psychotherapie' nodig voor een bezinning op de psychotherapeutische mogelijkheden in de behandeling van patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen. Die mogelijkheden werd naar mijn idee niet goed recht gedaan door de diverse monomethodische vormen van psychotherapie. Deze hielden te weinig rekening met de ernst van psychiatrische stoornissen en de daarmee samenhangende kwetsbaarheid van patiënten. Daarnaast droegen hun veelal hoog opgeschroefde (en populaire) behandelidealen (inzicht en persoonlijkheidsgroei) bij aan een onderwaardering van de psychothera-

peutische aspecten in de behandeling van psychiatrische patiënten. Bovendien werd te weinig aandacht besteed aan integratie van psychotherapie met andere behandelinterventies.

Deze onbevredigende stand van zaken is ontstaan doordat zich – naast de biologische en de sociale psychiatrie – niet een ‘psychologische psychiatrie’ heeft kunnen ontwikkelen. Nog steeds is er sprake van een soort ‘gat in het hart’ van het biopsychosociale model. Psychiaters hebben deze lacune meestal opgevuld met simpele modellen uit diverse sectoren van de psychiatrie (bijvoorbeeld DSM-IV As II) en met eenzijdige persoonlijkheidstheorieën, ontleend aan de monomethodische vormen van psychotherapie (vooral de psychoanalytische theorie). De laatste hebben zich voornamelijk *buiten* de psychiatrische theorie en praktijk ontwikkeld. Daarom is het naar mijn idee noodzakelijk dat de psychiatrie een *eigen* theorie en methodiek ontwikkelt met betrekking tot de psychologische dimensie. Daarin zal de patiënt als persoon het overkoepelende kader moeten vormen. De persoon in wisselwerking met zijn psychopathologie en de context. Alleen op deze manier kan psychiatrische psychotherapie vorm krijgen. Niet als een contrastbegrip ten opzichte van ‘niet-medische vormen van psychotherapie’, maar als een kernontwikkeling van de psychiatrie zelf (waarin overigens heel goed de methodieken van de monomethodische psychotherapieën geïntegreerd kunnen worden). Zo opgevat richt psychiatrische psychotherapie zich *niet* op een doelgroep van patiënten met *slechts beperkte mogelijkheden* (alsof inzichtgevende psychotherapie de norm is; zie ook Kraan). Het gaat om een eigensoortige psychotherapie bij patiënten met een specifieke psychopathologie en een daarmee samenhangende kwetsbaarheid, in samenhang met andere behandelinterventies. In het licht van deze overwegingen dient bovengenoemde definitie van psychiatrische psychotherapie aangepast te worden.

Persoonlijkheid en persoon

Afgaande op mijn eigen indrukken en die van collega's uit verschillende psychiatrische centra, constateer ik dat in psychiatrische correspondentie opmerkelijk weinig melding wordt gemaakt van persoonlijkheidskenmerken van patiënten. Psychiaters beperken zich meestal tot de beschrijving van As I-stoornissen. Deze mogelijk geringere aandacht voor persoonlijkheidskenmerken (een stelling die verificatie verdient) lijkt weerspiegeld te worden in de eerder genoemde verwaarlozing van de psychologische dimensie. Daarom is het niet vreemd dat in theorie en praktijk de meest uiteenlopende persoonlijkheidsmodellen worden gebruikt, die afkomstig zijn uit typisch psychiatrische deelgebieden, maar ook uit de monomethodische psychotherapieën. Ik noem een paar vigerende modellen met hun beperkingen.

In de praktijk wordt As II van de DSM-IV veel toegepast. Getracht

wordt patiënten onder te brengen in een van de klassen van de persoonlijkheidsstoornissen, of – als dit niet lukt – hen te karakteriseren met één of meer (al dan niet pathologische) persoonlijkheidstrekken. Een probleem dat zich hier kan voordoen, is dat het unieke van de individuele patiënt verborgen blijft. *Kuipers* wijst erop dat een patiënt met een persoonlijkheidsstoornis altijd moet worden gezien als een persoon die gedrag in een bepaalde context vertoont. Clinici neigen er namelijk toe om een patiënt die meer 'last en gedoe' veroorzaakt, sterker met zijn/haar persoonlijkheidsstoornis te identificeren. Interpretatiemogelijkheden worden hierdoor ernstig beperkt.

In het laatste decennium heeft ook het neurobiologische stress-diathesismodel een stempel gedrukt op de persoonlijkheidstypering van (vooral schizofrene) patiënten. Hoewel het om een belangrijk klinisch inzicht gaat, dreigt ook hier het gevaar van eenzijdigheid. Door de fysicaïstische oorsprong van dit model kan de patiënt volgens *Robbins* (1993) worden gezien als een 'psychologically unremarkable host who is responding to the physical stress of a generic environmental event such as death of a relative ...; that is, an event that would be stressful for all human beings and therefore requires no intervening uniqueness of mind'. Van den Bosch (1993) heeft het kwetsbaarheidsmodel verder uitgewerkt. Hij beschrijft aan de hand van subjectieve ervaringen van schizofrene patiënten de cognitieve beperkingen, de copingstrategieën en het verbrokkelde zelfgevoel (identiteit). Dat laatste maakt het voor schizofrene patiënten volgens hem moeilijk om zich in de westerse wereld te handhaven, gelet op de culturele waarden en normen die autonomie, individualisme en een eigen identiteit idealiseren. Voortgaande theorievorming over het persoonlijk functioneren van schizofrene patiënten kan op deze inzichten voortbouwen door er aanvullend motivationele en emotionele aspecten in te verdisconteren. *Kaasenbrood* geeft hiervan een voorbeeld in een langdurige ambulante behandeling van een schizofrene patiënt van Marokkaanse afkomst.

Traditioneel hebben psychiaters in hun zoeken naar geschikte persoonlijkheidstheorieën veel ontleend aan de verschillende monomethodische psychotherapieën. Deze persoonlijkheidsmodellen schieten echter tekort met betrekking tot patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen. Zo is het bekende structurele model van Freud (neurose-model) niet goed toepasbaar bij patiënten met een borderline- en psychotische-persoonlijkheidsorganisatie (zie *Voorhoeve*). De object-relatietheorie van Kernberg maakt een goede proces- en interactieanalyse mogelijk bij 'vroeg gestoorde patiënten'. Maar door haar detaillistische en beeldenrijke (inhoudelijke) benadering kunnen de aard en de ernst van (formele) psychopathologie gemist worden (Milders 1994). De kohutiaanse en rogeriaanse persoonlijkheidsopvattingen zijn klinisch zeer waardevol door de fundamentele betekenis die zij hechten aan het zelfgevoel en de empathie. Maar in beide theorieën is de relatie met de

psychopathologie (nog) onvoldoende uitgewerkt.

Meer recent ontwikkelde psychotherapeutische methodieken als de cognitieve therapie (Beck 1976) en de interpersoonlijke psychotherapie (IPT; Klerman e.a. 1984) zijn veel meer toegespitst op psychopathologie (vooral depressie). Zij zijn klinisch effectief gebleken. Maar hun bijdrage aan een persoonlijkheidstheorie is beperkt. IPT bevat elementen die goed passen in mijn opvatting van psychiatrische psychotherapie. Ik denk vooral aan: bevestiging van de patiënt met zijn ziekte, aandacht voor psycho-educatie en voor psychopathogenetische factoren in een interactionele context (verlieservaringen, rolveranderingen, interpersoonlijke conflicten en tekorten).

Voor de psychiatrische diagnostiek en behandeling dient de patiënt, opgevat als persoon, steeds het overkoepelend kader of uitgangspunt te zijn. Met persoon wordt bedoeld een uniek en concreet individu, een gelijkwaardige gesprekspartner (zie ook de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst, WGBO; Legemaate 1995). Een persoon is meer dan het geheel van allerlei persoonlijkheidskenmerken. Het gaat om een individu dat niet los gezien kan worden van de interacties met de omgeving, met een unieke levensloop, eigen belangen, wensen en opvattingen over de betekenis en zin van zijn/haar leven en psychopathologische verschijnselen. Een persoon wordt gekenmerkt door autonomie, vrijheid, verantwoordelijkheid en betrokkenheid op waarden. Reeds het eerste gesprek met de patiënt is eigenlijk een ontmoeting met een persoon in een ingewikkelde waarden- en zingevingscontext (Milders 1996). Binnen een betekenisgenererende dialoog tussen patiënt en psychiater krijgen de psychopathologische verschijnselen geleidelijk aan vorm en inhoud. *Conditio sine qua non* hiervoor is een vertrouwensrelatie die vanaf het eerste diagnostische gesprek moet worden gevestigd, gestructureerd en instandgehouden. Zonder vertrouwensrelatie zijn geen betrouwbare diagnostiek en geen goede behandeling mogelijk. Aspecifieke psychotherapeutische factoren (zie Kortmann en Jongerius) spelen meteen een wezenlijke rol. Kuipers waarschuwt in dit verband voor het 'grensveronachtzamende karakter van de symptomenleer', waardoor in een diagnostisch interview de persoonlijke begrenzing van patiënten niet serieus genomen wordt. Daarnaast stelt Kortmann dat rekening gehouden moet worden met een verschil in socioculturele (ook sekse-) achtergrond van psychiater en patiënt. Volgens hem moeten patiënten zich nog te vaak aanpassen aan de waarden en normen van behandelaars.

Wanneer de psychiater de patiënt primair ziet als een persoon, wordt het meest recht gedaan aan de complexiteit van de psychiatrische diagnostiek en behandeling en aan de psychotherapeutische en zingevingsaspecten die vanaf het eerste contact met de patiënt volledig (moeten) meespelen. Zo blijken alle psychiatrische activiteiten uiteindelijk gericht op 'healing' (Pellegrino en Thomasma 1981) en op het verbeteren

van de kwaliteit van leven. Binnen dit ruimere kader kunnen de eerder genoemde (deel)persoonlijkheidstheorieën en daarmee samenhangende psychotherapeutische methodieken – mits goed afgebakend – klinisch zinvol toegepast worden.

Persoonsgerichte psychopathologie

Het feit dat de psychologische dimensie in de psychiatrie in ontwikkeling is achtergebleven, heeft er mede toe geleid dat de psychopathologie vaak los van personen wordt beschreven en dat de vigerende persoonlijkheidstheorieën weinig tot geen rekening houden met de aard en de ernst van psychopathologische verschijnselen. Aandacht voor de relatie persoon-psychopathologie is vruchtbaar voor praktijk en wetenschap.

Als psychopathologische verschijnselen worden gezien in relatie tot een concrete persoon die deze verschijnselen toont en/of ervaart, wordt snel duidelijk dat deze verschijnselen veel minder monolithisch, statisch en afgrensbare zijn dan leerboeken of wetenschappelijk onderzoek suggereren. Een persoon is immers een historisch wezen met een bepaalde levensloop, levensfasen (levenscrises) en daaraan gerelateerde taken (Erikson 1968; zie ook *Heeren* met betrekking tot verouderingsaspecten). Daarom vertonen psychopathologische verschijnselen een nogal grillig en afwisselend beloop in de tijd. In de praktijk blijkt dat veel patiënten tussen allerlei diagnostische categorieën in vallen en dat psychopathologische verschijnselen meer een dimensionaal dan een categoriaal karakter hebben. Op de beloopsvorm hebben omgevingsfactoren, interactieprocessen en – niet zelden – de patiënt zelf een duidelijke invloed. Deze bevindingen lijken een open deur. Toch is het opmerkelijk hoe weinig wetenschappelijk onderzoek en praktijk met deze inzichten rekening houden. Tevens blijft onderbelicht hoe sterk psychopathologische verschijnselen worden bepaald door de socioculturele (waarden)context, waarvan de psychiatrische setting niet veel meer dan een verbijzondering is (Milders 1996; zie ook *Kortmann* en *Kaasenbrood*).

In de latere publicaties van de bekende schizofrenieonderzoeker Strauss (1989, 1996) staat de patiënt als persoon centraal, dat wil zeggen als een gelijkwaardige gesprekspartner en ervaringsdeskundige. Daarom kiest Strauss (1985) voor een longitudinale benadering van ernstige psychiatrische stoornissen. Hij onderscheidt in het beloop van een psychiatrische stoornis een aantal fasen (niveaus van functioneren) die samenhangen met kwetsbaarheid en zelfbescherming, kritische verandermomenten, een periode van groei (waarin stapsgewijs verschillende levensdomeinen worden heroverd) en het bereiken van een plafond. Elke fase heeft een eigen psychologische dynamiek en een daaraan gerelateerde psychotherapeutische benadering. Volgens Strauss speelt de

patiënt als persoon – in interactie met de context – een actieve rol in de beïnvloeding van het beloop van de stoornis. Door in de diagnostiek en de behandeling de nadruk te leggen op de wederzijdse beïnvloeding van persoon, psychopathologie (beloofsfasen) en omgeving (met taken en uitdagingen) propageert Strauss (1989) een nieuwe dynamische psychiatrie. Dus belangrijke principes voor psychiatrische psychotherapie. Interessant is dat in zijn beschrijving van de worsteling van sommige patiënten met hun ziekte een bijna vergeten ‘psychische instantie’ opdoemt die men vroeger met ‘wilsfunctie’ aanduidde. Aangezien het een existentiële notie betreft, gerelateerd aan autonomie, vrijheid en verantwoordelijkheid (kenmerkend voor de mens als persoon), hebben de traditionele persoonlijkheidstheorieën de wilsfunctie niet kunnen conceptualiseren (zie ook Yalom 1980). Naar mijn idee verdient ‘de wil’ het om herontdekt te worden.

Ook Kraan legt een duidelijke relatie tussen de aard en de ernst van de psychopathologie en persoonlijkheidsvariabelen. Evenals Strauss kiest hij voor een longitudinale benadering. Hij laat zien hoe de verschillende beloopfasen, die kenmerkend zijn voor affectieve stoornissen (acute, continuerings- en onderhoudsfase), gekenmerkt worden door een eigen psychodynamische problematiek. Elke fase vraagt derhalve om een specifieke psychotherapeutische interventie. Geheel in dezelfde lijn stelt Kuipers dat het ziekelijke zich met name manifesteert in de wijze waarop de persoon met de kwaal positie inneemt. Een persoonsgerichte psychopathologie is volgens hem pas mogelijk als het verschil tussen primaire en secundaire symptomen verdwijnt. De eerste taak van de psychopatholoog is te beschrijven hoe gedrag zich verhoudt tot wat er misgaat tussen personen. Niet de binnenwereld of de hersendysfunctie is primair, maar de leefwereld en het interpersoonlijke gedrag.

Er zijn vaak grote discrepanties tussen DSM-IV-classificatiecriteria en de belevingen en ervaringen van patiënten. Dit heeft bijvoorbeeld Lansky (1988) ertoe gebracht om in het kader van psycho-educatie de term *borderlinestoornis* te vervangen door ‘zelfregulatiestoornis’. Lansky laat fraai zien hoe de aandacht voor de patiënt als persoon (met een eigen opvatting over zijn/haar psychiatrische stoornis) hervormend kan werken op de psychopathologie (zie ook Boyle 1990).

Al deze aandachtspunten zijn evenzovele redenen om de opnieuw gedefinieerde relatie tussen persoon en psychopathologie een centrale plaats te geven in het concept psychiatrische psychotherapie.

Psychiatrische psychotherapie in de praktijk

Psychiatrische psychotherapie is de methodische uitwerking van de psychologische dimensie van het biopsychosociale model ten behoeve van psychiatrische diagnostiek en behandeling. Daarbij zal de psychia-

ter-patiëntrelatie op een consistente, door een theorie gedragen methodische wijze, gehanteerd dienen te worden (zie *Jongerius*). Uitgangspunt voor een dergelijke theorie is de patiënt als gelijkwaardige gesprekspartner, een persoon in interactie met zijn/haar psychopathologie (kwetsbaarheid) en de context. Hiermee rekening houdend kan het nodig zijn om de patiënt te legitimeren in zijn 'ziek zijn' en zijn 'ziekenrol'. Goede voorlichting – aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt (zie *Kraan en Kaasenbrood*) – is hier essentieel. Gelijkwaardigheid, deskundigheid en geloofwaardigheid spelen daarbij een belangrijke rol. Zo moet de psychiater de patiënt niet wijzer willen maken dan hij – de psychiater – zelf is (Van Tilburg 1996), bijvoorbeeld door in een psycho-educatief gesprek te stellen dat schizofrenie een hersenziekte is.

Complexiteit is een kenmerk van psychiatrische psychotherapie. Aangezien de pathogenese van psychiatrische stoornissen multicausaal is en de behandeling multimethodisch, is psychotherapie *altijd* onderdeel van een totale behandelstrategie waarin ook andere behandelvormen zijn opgenomen (bijvoorbeeld farmacotherapie). Zo nodig kunnen interventietechnieken worden ontleend aan de monomethodische psychotherapievormen (en persoonlijkheidstheorieën). De psychotherapeutische doelstelling – binnen een psychiatrische behandeling – hangt onder andere af van de ernst en het stadium/de fase van de psychiatrische stoornis, de persoonlijkheidsorganisatie en kwetsbaarheid van de patiënt, maar ook van de functie/rol van de psychiater. Een beperkte doelstelling is het motiveren van een psychotische patiënt in de thuis-situatie voor opname in een APZ. Een ruimere doelstelling is om de psychologische gevolgen van de psychiatrische stoornis te behandelen. Dat wil zeggen de patiënt helpen zijn ziekte te accepteren, ermee om te gaan teneinde recidieven te voorkomen en een nieuw levensperspectief te vinden. Tevens kunnen specifieke problemen die een etiologische rol spelen in de pathogenese, worden aangepakt. Het gaat om bijvoorbeeld negatieve cognities, verlieservaringen en relationele conflicten. De psychiater kan daarvoor diverse psychotherapeutische methodieken gebruiken (bijvoorbeeld cognitieve therapie of IPT). Aangezien de psychotherapie geïntegreerd onderdeel blijft van de totale psychiatrische behandeling, blijf ik spreken van psychiatrische psychotherapie.

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 en ontspannen sfeer van een spreekkamer of in de hectische en geladen atmosfeer van een politiecel of in de separeer van een APZ maakt in principe niets uit. In elke situatie zal – hoe moeilijk ook – een (begin van een) vertrouwensrelatie met de patiënt gelegd moeten worden, willen adequate diagnostiek en behandeling mogelijk zijn. Juist in extreme en

moeilijke situaties wordt duidelijk waar het om gaat. Het omgaan met een dreigende paranoïde patiënt op een gesloten afdeling bijvoorbeeld vereist een ingewikkelde afstemming van psychopathologische en farmacologische kennis, psychotherapeutische vaardigheden en groepsdynamische inzichten (psychiater als leider van een verpleegkundig team, milieuaspecten). Persoonsgerichte psychopathologie betekent hier dat de patiënt wordt bejegend als een persoon die zich (door de paranoïde waan) lichamelijk anders in de ruimte situeert, een bepaald territorium nodig heeft (Kuipers 1995) en overgevoelig is voor bepaalde stimuli uit de omgeving. Respect voor de ruimtelijke positionering van de patiënt maakt het mogelijk een (begin van) een relatie te leggen, die kan dienen als basis voor verdere onderhandelingen over medicatie en afdelingsregels. Psychotherapeutische begrippen zoals 'holding' en 'containment' kunnen de psychiater helpen om zoveel als mogelijk permissief te zijn ten aanzien van vreemd gedrag, maar ook om grenzen in de gaten te houden, zodat de situatie veilig blijft voor alle betrokkenen. Voorts kan het zinvol zijn om bij het hanteren van bijvoorbeeld provocaties een onderscheid te maken tussen de patiënt als persoon en diens storend gedrag.

Dat psychiatrische psychotherapie altijd te maken heeft met complexe vraagstellingen blijkt duidelijk uit het artikel van *Que* over de behandeling in een forensische setting van psychotische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Intrigerend is het spanningsveld tussen therapeut, patiënt en rechter. Complexiteit is ook kenmerkend voor de ouderenpsychiatrie. *Heeren* wijst op de specifieke problematiek van ouderen: de interactie tussen veroudering (levensfaseproblematiek) en psychopathologie, cognitieve en somatische stoornissen, achteruitgaan van de zintuigfuncties. Voorts hebben ouderen in tegenstelling tot jongeren een eigen vorm van coping: passief, intrapersoonlijk en op het gevoel gericht. Wanneer met al deze factoren rekening wordt gehouden, is psychotherapie bij ouderen goed mogelijk. Ook de behandeling van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen is volgens *Voorhoeve* samengesteld. Het gaat om een optimaal aanbod van contact, prikkelniveau, structureren en een adequate combinatie van modaliteiten.

Er wordt wel beweerd dat het begrip 'psychiatrische psychotherapie' overbodig is omdat het begrip 'steunende psychotherapie' (supportive psychotherapy: Kernberg 1984; Conte 1994; Dewald 1994; Holmes 1995) meer dan voldoende aanknopingspunten biedt. Geen onterechte gedachte. Veel elementen van supportieve psychotherapie passen immers goed in een psychiatrische behandeling. Te denken valt onder meer aan: structureren (o.a. holding en containment), een actieve en reële opstelling van de therapeut, stimuleren van het zelfgevoel, positief omgaan met weerstanden, bevorderen van een positieve overdracht, regressie tegengaan en de patiënt leren omgaan met zijn psychiatrische stoornis (coping). Zo langzamerhand wordt supportieve psychotherapie

door velen gezien als een essentiële component van een goede psychiatrische behandeling. Toch zijn er (nog) een aantal fundamentele problemen. Supportieve therapie wordt nog vaak beoordeeld als een beperkte (tweederangs)vorm van psychotherapie, omdat inzichtgevende psychotherapie het ideaal is. Gelukkig wordt daar de laatste jaren wel genuanceerder over gedacht (Wallerstein 1986; De Jonge e.a. 1987, 1988). Voorts wordt er veel te weinig ingegaan op de aard en de ernst van psychiatrische stoornissen en de daarmee samenhangende kwetsbaarheid. Bovendien wordt psychopathologie veelal negatief geformuleerd in termen van egodefecten. Ook de invloed van psychopathologie op de persoonlijkheid van de patiënt blijft onderbelicht: het lijkt er soms op alsof de patiënt slechts een ernstige somatische ziekte heeft. Verdere uitwerking van deze aandachtspunten lijkt mij aangewezen.

Veel studies over de effectiviteit van psychotherapie hebben aangetoond dat het vooral gaat om de specifieke factoren (Bergin en Garfield 1994). Specifieke psychotherapeutische methodieken en technieken, bij voorkeur gericht op de (vermeende) oorzaak van de psychische stoornis, blijken niet de (belangrijkste) werkzame factor te zijn om verandering te bewerkstelligen. Dus niet primair het bewerken van weerstanden met behulp van inzicht, maar vooral het toepassen van ondersteunende technieken (Wallerstein 1986). Evenmin blijkt cognitieve training bij schizofrene patiënten, gericht op het verbeteren van de (in etiologisch opzicht essentieel geachte) informatieverwerkingsstoornis, effectief te zijn. Wat wel werkt, is het stimuleren van de 'restcapaciteit' door positieve aandacht (Appelo 1996). *Speckens* is van mening dat in de behandeling van somatiserende patiënten niet direct naar de psychogenese moet worden gekeken, maar vooral naar de gevolgen van de lichamelijke klachten voor het leven van de patiënten. Ook de opmerking van *Kaasenbrood* over de behandeling van schizofrene patiënten is hier relevant: er moet meer (wetenschappelijke) aandacht komen voor de psychologische functies die nodig zijn om een zo normaal mogelijk leven te leiden. Al deze inzichten kunnen naar mijn idee geherformuleerd worden in termen van stimulering van het gezonde deel van de persoonlijkheid. Of nog beter: het vrijmaken van de 'wilsfunctie' (Yalom 1980), als het ware om de weerstand en kwetsbaarheid heen. De (vaak sluimerende) wil van de patiënt is erop gericht om, ondanks beperkingen en een veranderd toekomstperspectief, toch nog iets van het leven te maken. Arendt (geciteerd door Yalom 1980) beschouwt de wil als 'het orgaan van de toekomst', gericht op waarden, dat wil zeggen op een zinvol leven dat moet worden gerealiseerd in intermenselijke relaties, werk, religie etc. De wil is een existentiële notie, de uiting van een persoon.

Consequenties voor opleiding en onderzoek

Over psychiatrische psychotherapie kan men lang en breed discussiëren.

ren: het blijft een ongelukkige term. Ik ben het geheel eens met *Jongerius* dat de totaliteit van het psychiatrisch handelen met psychotherapie 'geïmpregneerd' dient te zijn. Maar op grond van bovenstaande gedachtengang zal die inbedding van de psychotherapie wel beter geëxpliciteerd, doordacht en wetenschappelijk onderzocht moeten worden dan tot nu toe het geval is geweest. Om te beginnen kunnen de psychiatrieopleidingen hierin een belangrijke rol spelen. Voorop staat, naar mijn idee, dat een gedegen opleiding in de vier hoofdrichtingen van de psychotherapie (psychoanalytisch, cliëntgericht, gedragstherapeutisch en systeemtherapeutisch), aangevuld met de groepstherapie, een noodzakelijke voorwaarde is om uiteindelijk tot een goede integratie van psychotherapeutische methodieken in het psychiatrisch handelen te komen (zie ook *Jongerius*). Voor die integratie heb ik in de vorige paragrafen een aantal aandachtspunten beschreven, zonder te streven naar volledigheid. Speciaal wil ik nog noemen de integratie van psychotherapeutische methodieken in psychiatrische diagnostiek (Shea 1988) en in farmacotherapie (Klerman e.a. 1994). Ten slotte denk ik aan de sleutelpositie van de psychiater in een team met betrekking tot het hanteren van teaminteracties en het doorgeven van psychotherapeutische waarden.

Wanneer wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie persoonsvariabelen en psychotherapeutische inzichten serieus neemt, heeft dit verstrekken gevolgen voor de methodologie: meer aandacht voor dimensionele en longitudinale (o.a. overlevingsanalyses) methoden en voor procesonderzoek. Daarmee samenhangend is een herformulering van de psychopathologie in dimensionele, interactionele en persoons termen noodzakelijk. Een persoonsgerichte psychopathologie impliceert bovendien een herbezinning op de validiteit van psychopathologische fenomenen en op die van het psychometrisch instrumentarium (*Kuipers*). Voorts zullen outcomestudies meer rekening moeten houden met de *quality of life* van patiënten. Ik noemde reeds dat informatie van patiënten alleen betrouwbaar verkregen wordt binnen een vertrouwensrelatie. Dat geldt ook voor wetenschappelijk onderzoek. Miskennis van dit uitgangspunt leidt naar mijn idee tot foutieve wetenschappelijke vraagstellingen. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek naar ziektebesef bij schizofrene patiënten (Milders 1996).

Conclusie

Het begrip 'psychiatrische psychotherapie' kan helpen om de psychologische en psychotherapeutische aspecten in elke psychiatrische handeling te doordenken en verder te ontwikkelen. Zodra deze kernontwikkeling van de psychiatrie serieus wordt genomen, is het begrip 'psychiatrische psychotherapie' eigenlijk overbodig, dat wil zeggen wanneer psychiatrische diagnostiek, behandeling én wetenschappelijk

onderzoek niet meer los gezien kunnen worden van psychologische en psychotherapeutische inzichten en methoden.

Literatuur

- Abraham, R.E. (1988), *Psychotherapie in de opleiding voor het specialisme psychiatrie. Rapport van de Werkgroep Psychiatrische Psychotherapie*. Intern rapport Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Appelo, M. (1996), *Bottom-up rehabilitation in schizophrenia* (dissertatie). Groningen.
- Beck, A.T. (1976), *Cognitive theory and the emotional disorders*. International Universities Press, New York.
- Bergin, A.E., en S.L. Garfield (1994), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, Fourth Edition*. John Wiley & Sons Inc., New York.
- Bosch, R.J. van den (1993), *Schizofrenie. Subjectieve ervaringen & cognitief onderzoek*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem.
- Boyle, M. (1990), *Schizophrenia. A scientific delusion?* Routledge, New York/Londen.
- Conte, H.R. (1994), Review of research in supportive psychotherapy: an update. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 4, 494-504.
- Dewald, P.A. (1994), Principles of supportive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 4, 505-518.
- Erikson, E. (1968), *Identity, youth & crisis*. Faber & Faber, Londen.
- Holmes, J. (1995), Supportive psychotherapy. The search for positive meanings. *British Journal of Psychiatry*, 167, 439-445.
- Jonge, F. de, P. Rijnierse en R. Janssen (1987, 1988), Uitzicht op Inzicht I, II en III. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 13, 180-190; 14, 2-15 en 91-99.
- Kernberg, O.F. (1984), *Severe personality disorders*. Yale University Press, New Haven/Londen.
- Klerman, G.L., M.M. Weissman, B. Rounsaville e.a. (1984), *Interpersonal psychotherapy*. Basic Books, New York.
- Klerman, G.L., M.M. Weissman, J.C. Markowitz e.a. (1994), Medication and psychotherapy. In: A.E. Bergin en S.L. Garfield (red.) (1994), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, Fourth Edition* (Chapter 18). John Wiley & Sons Inc., New York.
- Kuipers, T. (1995), Territoriale aspecten van de paranoïde psychose. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 6, 449-460.
- Lansky, M.R. (1988), The subacute hospital treatment of the borderline patient – I: An educational component. *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 10, 1, 24-37.
- Legemaate, J. (red.) (1995), *De WGBO: van tekst naar toepassing*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.
- Milders, C.F.A. (1992), Psychiatrische psychotherapie: een omslachtig begrip met diepe gronden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 8, 559-570.
- Milders, C.F.A. (1994), The object relations theory of Kernberg and the group psychotherapy of psychosis. *Group Analysis*, 27, 419-432.
- Milders, C.F.A. (1996), Wendingen van de Januskop. In: C.F.A. Milders, P. Schnabel, A.L. Bouhuys e.a. (red.) (1996), *De Januskop van de psychiatrie. Waarden en wetenschap*. Van Gorcum, Assen.
- Pellegrino, E.D., en D.C. Thomasma (1981), *The philosophical basis of medical practice*. Oxford University Press, Oxford.
- Robbins, M. (1993), *Experiences of schizophrenia*. The Guilford Press, New York/Londen.

- Shea, S. (1988), *Psychiatric interviewing: the art of understanding*. Saunders, Philadelphia.
- Strauss, J.S. (1985), The course of psychiatric disorder, III: Longitudinal principles. *American Journal of Psychiatry*, 142, 3, 289-296.
- Strauss, J.S. (1989), Subjective experiences of schizophrenia: towards a new dynamic psychiatry – II. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 2, 179-187.
- Strauss, J.S. (1996), Subjectivity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 4, 205-212.
- Tilburg, W. van (1996), Diagnostiek als dialoog. In: C.F.A. Milders, P. Schnabel, A.L. Bouhuys e.a. (red.) (1996), *De Januskop van de psychiatrie. Waarden en wetenschap*. Van Gorcum, Assen.
- Wallerstein, R.S. (1986), *Forty two lives in treatment*. Guilford Press, New York/Londen.
- Yalom, I.D. (1980), *Existential psychotherapy*. Basic Books, New York.

Summary: Psychiatric psychotherapy. An introduction

Psychiatric psychotherapy is the methodical elaboration of the psychological dimension of the biopsychosocial model for the purpose of the psychiatric diagnostic process and treatment. A basic principle of this concept is the patient conceived as a person in relation to his/her psychopathology (vulnerability) and the environment. On this basis the psychiatrist-patient relation can be handled methodically. Psychiatric psychotherapy is always part of a total treatment plan. Monomethodical forms of psychotherapy can be integrated in this plan. The concept of psychiatric psychotherapy can help to develop psychological and psychotherapeutical dimensions of every psychiatric activity.

De auteur is als psychiater en A-opleider verbonden aan de Stichting GGZ Groningen. Correspondentieadres: Stichting GGZ Groningen, locatie Zuidlaren, E 6, 9471 KA Zuidlaren.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-12-1996.