

# Kanttekeningen bij het staken of verminderen van neuroleptische onderhoudsmedicatie bij schizofrene patiënten

door J. Th. P. M. Droës

## 1. Inleiding

Dit literatuuroverzicht is een verkenning van de medisch-psychiatrische en psycho-therapeutische overwegingen die een rol spelen bij het begeleiden van een medicatievermindering bij chronisch schizofrene patiënten.

De praktische beslissing om tot staken of verminderen van anti-psychotische onderhoudsmedicatie bij schizofrene patiënten over te gaan, wordt in de praktijk door verschillende overwegingen van therapeut en/of patiënt bepaald (Amarasingham, 1980; Appelbaum, 1980). Bekende overwegingen van medisch-psychiatrische aard zijn: het optreden van extrapiramidale bijwerkingen en depressies (Carney en Sheffield, 1975; Johnson, 1977), het trachten te voorkomen van tardieve dyskinesieën (Davis, 1975; Johnson 1979a), het proefondervindelijk identificeren van non-responders die zonder medicatie niet recidiveren (Davis e.a., 1980).

Deze medische overwegingen vormen in de praktijk echter slechts een deel van de argumentatie om de medicatie aan te passen of te staken. Van de zijde van de patiënt zijn bijvoorbeeld medicatieweigering en het verloren gaan van het contact tussen patiënt en therapeut belangrijke oorzaken van 'drop out' uit de behandeling (Carney en Sheffield, 1975; Johnson, 1977). Zoals Amarasingham (1980) opmerkte veroorzaken met name verschillen in interpretatie van medicatievoorschrift en -werking bij patiënt en therapeut dikwijls problemen in de medicamenteuze behandeling. Dit geldt ook voor eventuele verschillen van opvatting over ziekte en gezondheid.

De therapeut die de medicatieverandering moet begeleiden bevindt zich in het spanningsveld tussen hetgeen in medisch-psychiatrisch opzicht gewenst is enerzijds en de betekenis die het medisch handelen voor alle betrokkenen heeft anderzijds (Amarasingham, 1980). Dit vereist dus zowel inzicht in de verschillende betekenissen die voorschrift en gebruik van medicatie kunnen

hebben, als feitenkennis over de mogelijke consequenties van de ingreep in medisch-psychiatrische termen.

In de paragrafen 2 en 3 wordt op deze aspecten nader in gegaan. In paragraaf 4 worden enkele, voor de begeleiding van de medicamenteuze therapie relevante, aspecten van de psychotherapie bij schizofrenie besproken. In paragraaf 5 wordt getracht uit de verzamelde gegevens enkele praktische aanwijzingen te destilleren voor de psychotherapeutische begeleiding van medicatieveranderingen. Hierbij komen ook enkele eigen ervaringen van de auteur aan de orde.

## 2. Biologisch psychiatrische aspecten

### *Het therapeutisch effect van onderhoudsmedicatie met neuroleptica*

Het therapeutisch effect van onderhoudsbehandeling met neuroleptica wordt dikwijls uitgedrukt in de mate waarin de recidiefrequentie afneemt. De kans op recidief is daarbij, behalve van de farmacotherapie, afhankelijk van de duur van de observatieperiode, de selectie van de patiëntenpopulatie en de setting waarin de medicamenteuze behandeling plaatsvindt. Zonder medicamenteuze behandeling vindt men, afhankelijk van deze factoren, recidiefpercentages van 60 tot 80 procent in de twee jaar volgend op de eerste schizofrene psychose. Dit percentage wordt bij het instellen van neuroleptische onderhoudsbehandeling aanzienlijk lager. Volgens Schooler e.a. (1980) krijgt van een niet te zeer voorgeselecteerde groep patiënten, die wegens een schizofrene psychose worden opgenomen en bij wie met onderhoudsbehandeling wordt begonnen, ongeveer 28 procent binnen een jaar een recidief; na twee jaar bedraagt het recidiefpercentage ongeveer 41 procent (Johnson, 1976). Bij deze percentages zijn die patiënten inbegrepen die om de een of andere reden de medicatie hebben gestaakt. In minder a-selecte groepen vindt men dan ook lagere recidiefpercentages, veelal rond de 10 procent (Carney en Sheffield, 1975; Hirsch e.a., 1973; Quitkin e.a., 1978).

Naast een verlaging van de recidiefrequentie zijn er andere positieve effecten van de medicatie denkbaar. Zo meent Tissot (1977) dat een chronisch progressief verlopende psychose onder invloed van de medicatie kan veranderen in een intermitterend verlopende. Veel auteurs vermelden het feit dat farmacotherapie een voorwaarde is voor psychotherapeutische of sociaal revaliderende bemoeienis (Davis e.a., 1980). May (1968) suggereerde dat het geven van een adequate farmacotherapie in de eerste fase van de psychose een gunstige invloed heeft op het resultaat van latere onderhoudsbehandeling. Een steeds terugkerend probleem wordt gevormd door het feit dat men tot nu toe niet in staat is responders en non-responders te identificeren vóór men met de behandeling begint. Davis e.a. (1980) vermelden dat 25 procent van de schizofrene patiënten ook op placebo significant verbeteren. Anderzijds is het onzeker of bijvoorbeeld 'goede prognose'-patiënten meer of juist minder voordeel van langdurige behandeling met neuroleptica hebben (Gelder en Kolakowska, 1979).

### *De recidiefkans bij het staken van neuroleptische onderhoudsmedicatie*

In de jaren volgend op het geleidelijk staken van onderhoudsmedicatie vonden de meeste auteurs tussen de 60 en 80 procent recidieven (Capstick, 1980; Hogarty, 1979; Johnson, 1977; Rifkin e.a., 1977). De vergroting van de kans op een recidief wordt drie maanden na het staken van de medicatie statistisch significant (Johnson, 1979b). De kans op een recidief is het grootst in het eerste halfjaar. Volgens Johnson recidiveert 60 procent in het eerste jaar, 11 procent in het tweede jaar en vervolgens twee à drie procent per jaar in de volgende jaren (Johnson, 1979a). De recidiefkans bij staken van de medicatie is na een jaar zonder recidief op depotmedicatie even groot als na drie of vier jaar.

Ook met betrekking tot het voorspellen van recidieven na medicatie-onttrekking is het tot nu toe niet mogelijk gebleken de patiënten die geen recidief zullen krijgen tevoren te identificeren. Wel bestaat de indruk dat het recidiefpercentage hoger uitvalt naarmate de groep onderzochte patiënten zorgvuldiger op de depotmedicatie was ingesteld, zoals bijvoorbeeld in de studie van Dencker e.a. (1980). Bij langdurig gehospitaliseerde patiënten ouder dan 50 jaar is de kans op recidief bij staken van de medicatie kleiner (Kurucz e.a., 1980), bij patiënten die een hoge onderhoudsdosering nodig hebben groter (Davis, 1975).

### *De vorm van het recidief*

Recidiefpsychosen kunnen optreden tijdens het onttrekken van de medicatie, relatief kort nadat de medicatie gestaakt is en na langere tijd (Andrews e.a., 1976; Capstick, 1980; Tissot, 1977).

Capstick vestigde de aandacht op het feit dat patiënten kunnen recidiveren met dezelfde symptomatologie als bij de oorspronkelijke psychose, maar dat er ook veranderingen kunnen optreden. Volgens deze auteur ziet men vaker een reactief begin van de psychose en een andere dan de oorspronkelijke symptomatologie bij patiënten die een recidief krijgen tijdens de medicatie-onttrekking.

Andrews e.a. (1976) menen dat aan het recidief dikwijls (maar soms niet) een periode van acht tot vijftien weken vooraf gaat waarin de patiënt een sterk wisselend sociaal gedrag vertoont. Volgens Dencker (1981) wordt het recidief voorafgegaan door een periode waarin de symptomatologie geleidelijk toeneemt; vooral opvallend is het zeer frequent toenemen van slaapstoornissen. De meerderheid van de patiënten vertoont hierbij een afname van de slaapduur gecombineerd met een toename van rusteloosheid, spanning, angst, agitatie en ambivalentie. Een minderheid vertoont een toename van de slaapduur gepaard aan een toename van vermoeidheidsgevoel, initiatiefverlies, remming, teruggetrokkenheid en autisme.

Hirsch (1975) onderzocht of er verschillen waren tussen recidiefpsychosen tijdens medicatiegebruik en na onttrekken van de medicatie (bij vervanging door placebo). Hij vond dat recidieven op

medicatie vaker partiële recidieven zijn, gekenmerkt door psychotische verschijnselen óf sociaal gestoord gedrag, terwijl bij recidieven op placebo doorgaans psychotische symptomen en gedragsstoornissen tesamen verergeren.

De geciteerde onderzoeken doen het vermoeden rijzen dat recidiefpsychosen tijdens ongewijzigd gebruik of tijdens verminderen van de medicatie dikwijls een ander patroon vertonen dan psychosen die na het staken van medicatie optreden. Het is overigens bekend dat er ook spontane (d.w.z. niet met de behandeling samenhangende) veranderingen in de vorm van de psychose kunnen optreden. Depue en Woodburn (1975) wezen bijvoorbeeld op het gaandeweg verminderen van het aantal patiënten met overwegend paranoïde symptomen in een groep met (drie of meer) recidiefpsychosen.

### 3. Betekenis van medicatie en recidief

#### *De betekenis van medicatiegebruik*

Volgens Amarasingham (1980) zijn allereerst de sociale en culturele opvattingen over ziekte en medicatiegebruik van belang. Veel patiënten hebben een verklaringsmodel van (hun) ziekte dat grotendeels wordt bepaald door hun socio-culturele achtergrond en dat soms grondig verschilt van het medisch-biologische of psychosociale model dat de hulpverlener hanteert. In relatie tot medicatiegebruik betekent dit dat de patiënt van het begin af zijn eigen systeem van rubriceren en waarden van medicatie hanteert. Hoe coherenter en bevredigender dit systeem is, hoe minder gemotiveerd de patiënt is om andere verklaringsmodellen te gaan hantieren.

Een tweede gebied dat van belang is, is de communicatieve betekenis van het omgaan met medicatie in de context van de individuele behandeling. Het voorgeschreven krijgen van medicatie betekent een bevestiging van ziekte of de ziekenrol, het voorschrijven definieert de rol van de therapeut als een medische. Van speciaal belang in dit opzicht is de dikwijls optredende (en door veel patiënten niet geaccepteerde) paradox dat resocialisatie (dus 'minder ziek zijn') alleen mogelijk is bij langdurig medicatiegebruik (een teken van 'meer ziek zijn'). Ook de therapeutische setting waarin een bepaalde maatregel plaats vindt is van belang. Zo kan het krijgen van medicatie in de ene setting een zekere statuswaarde hebben die het in de andere setting niet heeft (Amarasingham, 1980).

Een derde factor die bepalend kan zijn voor de betekenis van het medicatiegebruik is dus de therapeutische setting. Amarasingham wees op het verschil van waardering van medicatiegebruik in het ziekenhuis en in de ambulante zorg. Pullen (1980) merkt op dat, met name in een intramurale setting, steeds duidelijk gemaakt moet worden of de medicatietoediening geschiedt om het gedrag van de patiënt voor anderen draaglijker te maken of om het bestaan van de patiënt draaglijker te maken voor hemzelf. Hartman (1980) beschrijft de verschillen van attitude ten aanzien van medicatie in

verschillende vormen van therapeutische gemeenschap. De arts-patiënt relatie is in verschillende therapeutische settingen ook op verschillende wijzen in het totaal van de behandeling ingebouwd, hetgeen van invloed is op de betekenis van de medicamenteuze behandeling. Men is het er in alle gevallen wel over eens dat de arts die de medicatie voorschrijft een traditioneel-rituele rol vervult, waarin het geven van medicatie snel tot een sterke overdracht leidt en waarin de medicatie dikwijls een individueel bepaalde symbolische waarde heeft (Hartman, 1980). De waardering van deze fenomenen verschilt echter nogal met de therapeutische setting.

Tenslotte kunnen de individuele eigenschappen van de patiënt bepalend zijn voor de betekenis van het medicatiegebruik.

Appelbaum (1980) noemt de aanwezigheid van paranoïde wanen, grootheidswanen, afkeer van maatregelen die tot sociale aanpassing moeten leiden en kennis over psychiatrische behandelmethoden als redenen voor medicatieweigering.

Rüger (1979) vestigt de aandacht op het feit dat vooral bij schizofrene patiënten medicatievoorschrift en -werking nogal eens beleefd worden als een speciaal op de patiënt gerichte, symbolische vorm van communicatie.

Singh en Kay (1979) beschrijven een groep patiënten die een, mogelijk biologisch bepaalde, dysfore reactie op neuroleptica vertonen. In het algemeen kunnen individuele reacties op medicatie (of vroegere ervaringen in dat opzicht) de attitude van de patiënt méér bepalen dan bijvoorbeeld de eventuele anti-psychotische werking.

#### *De betekenis van recidiefpsychosen*

Evenals voor de betekenis van medicatiegebruik, zijn socio-culturele, communicatieve, psychotherapeutische en individuele factoren bepalend voor de wijze waarop men naar recidiefpsychosen kijkt. Een recidiefpsychose bij een langdurig opgenomen patiënt heeft dikwijls een andere betekenis dan een recidief bij iemand die in het eigen gezin verblijft. De mate waarin een recidief als een onaangename of ernstige gebeurtenis ervaren wordt verschilt nogal van geval tot geval.

De communicatieve betekenis van een recidief kan variëren van: 'ik heb jullie nog nodig' tot 'ik doe wat ik wil'.

Objectieve gegevens over de betekenis van de recidieven voor de uiteindelijke prognose van de individuele patiënt zijn er nauwelijks. Het lijkt erop dat de uiteindelijke prognose meer bepaald wordt door de sociale disruptie tengevolge van de psychose, dan door de psychose zelf (Ciompi, 1980).

De ernst van de sociale verstoring hangt op haar beurt vooral af van de mate waarin de psychotische ontregeling continu, gedurende langere tijd aanwezig is (Tissot, 1977).

#### **4. Medicatie en psychotherapeutische begeleiding**

In zijn uitgebreide literatuuroverzicht over psychotherapie en far-

macotherapie stelde De Jonghe (1981) dat 'op grond van empirische gegevens moet worden gesteld dat psychofarmaca alleen nooit geïndiceerd zijn: altijd dienen zij te worden gecombineerd met psychotherapie'. Ook in het 'klassieke indicatiegebied van de psychofarmaca' doet de gecombineerde therapie het beter dan farmacotherapie alleen. Anderzijds kan de psychotherapie bij ik-zwakke patiënten niet zonder de farmacotherapie. Van psychotherapeutische zijde is wel betoogd dat de farmacotherapie soms de voorwaarde moet scheppen om psychotherapie plaats te kunnen laten vinden (Kernberg, 1977; Rosenfeld, 1977).

Een voor ons doel bruikbaar uitgangspunt voor de psychotherapeutische begeleiding van schizofrene patiënten wordt gegeven door Haley (1972). Volgens deze systeemtherapeut gaat het er vooral om situaties te scheppen waarin de patiënt, door het soort relatie dat hij met de therapeut heeft te definiëren, een normaler communicatief gedrag gaat vertonen. Enerzijds moet de patiënt dus in de gelegenheid zijn de relatie te definiëren, anderzijds echter blijft de therapeut in de positie van degene die dit toelaat (en uitlokt). Haley benadrukt in zijn beschrijving van de therapeutische interactie vooral dat er sprake moet zijn van een speels rollenspel, waarin de patiënt kan oefenen in het op verschillende wijzen definiëren van de relatie. Naast dit uitgangspunt somt Haley een aantal situaties op die in de psychotherapie vermeden moeten worden, zoals: het afhankelijk houden van de patiënt wanneer die juist om meer zelfstandigheid vraagt; het opdringen van zelfstandigheid wanneer de patiënt om meer verzorging vraagt; het ontkennen van de juistheid van (terechte) opmerkingen van de patiënt over therapeut of therapie.

Vanuit een analytisch gezichtspunt noemt Rürger (1979) als bijzondere complicaties van de psychotherapie in een gecombineerde behandeling vooral de aard van overdracht en tegenoverdracht. De traditionele medische rol die de therapeut door het voorschrijven van de medicatie op zich neemt zorgt gemakkelijk voor een sterke overdracht, waarbij magische voorstellingen over de macht van de therapeut niet ongebruikelijk zijn. De reacties van de patiënt op het medicatievoorschrift (bv. weigering) zijn soms te interpreteren als manoeuvres in het kader van het afwikkelen van de overdrachtsrelatie. Wat betreft de tegenoverdracht leiden een gevoel van insufficiëntie of een overbezorgde attitude bij de therapeut tot teveel, overschatting van de eigen psychotherapeutische mogelijkheden daarentegen tot te weinig medicatie. Dencker e.a. (1980) benadrukken evenals Rürger het belang van een goede dialoog tussen therapeut en patiënt over de betekenis en de doelstelling van de medicatie. De patiënt moet worden geaccepteerd als een volwaardige gesprekspartner hetgeen o.a. inhoudt dat er adequate informatie wordt verstrekt en dat er bij veranderingen een contract wordt gesloten over de verdere behandeling (controle bezoeken enz.).

Soskis en Jaffe (1979) stellen voor de reden van medicatieverstreking en het eventuele optreden van bijwerkingen tot onderwerp

van exploratieve gesprekken te maken. Amarasingham (1980) bepleit het exploreren (en eventueel gebruiken) van het verklaringsmodel dat de patiënt met betrekking tot de medicatie hanteert en van de sociale betekenis van het medicatiegebruik.

Dencker e.a. (1980) rapporteren dat een aantal patiënten het staken van de medicatie als leerervaring kan benutten. Zo is het mogelijk om precipiterende factoren of de eerste verschijnselen van een recidief met de patiënt te bespreken. Ook het inzicht van de patiënt over de rol die de neuroleptische medicatie speelt in het bewaren van een acceptabel geestelijk evenwicht kan door dit soort ervaringen toenemen.

Rüger en Dencker e.a. menen dat dit soort psychotherapeutische begeleiding het best gegeven kan worden door dezelfde therapeut die ook de medicatie voorschrijft.

## 5. conclusies en eigen ervaringen

Zoals iedere therapeutische beslissing behoort ook de beslissing om een neuroleptische onderhoudsbehandeling te staken of om de dosering te verminderen gebaseerd te zijn op een afweging van de voor- en nadelen. Bij beslissingen over de onderhoudsbehandeling van patiënten met een recidiverende of chronische psychose moeten bij deze afweging bovendien twee zaken in aanmerking worden genomen:

- de patiënt dient zelf bij de beslissing betrokken te worden;
- de betekenis van de beslissing moet derhalve niet alleen in medisch opzicht maar ook in cultureel, sociaal en psychotherapeutisch opzicht worden beoordeeld.

Over de wenselijkheid van het bij de beslissing betrekken van de patiënt is men in de literatuur opvallend eenstemmig. Over de wijze waarop dit moet gebeuren worden echter nogal uiteenlopende suggesties gedaan. Mijns inziens hebben de meeste suggesties gemeen dat ze beogen de patiënt de aard van de relatie met de therapeut (mede) te laten definiëren (cf 4). Of de patiënt zich daarbij symmetrisch of complementair ten opzichte van de therapeut opstelt doet minder ter zake dan het feit dat hij de relatie mede definieert.

Vanuit dit gezichtspunt kan men de suggesties in de literatuur over de wijze waarop de patiënt bij de beslissing betrokken moet worden, verdelen in suggesties die verwijzen naar een symmetrische, en suggesties die verwijzen naar een complementaire definitie van de relatie.

Voorbeelden van een symmetrische definitie zijn bv. het principeel accepteren van de mogelijkheid dat de patiënt de medicatie weigert (Appelbaum, 1980), het accepteren van de eigen sociaal en cultureel bepaalde visie van de patiënt op medicatie (Amarasingham, 1980), het accepteren van de patiënt als volwaardige gesprekspartner (Rüger, 1979), het opstellen van een behandelcontract (Dencker e.a., 1980). Voorbeelden van meer complementaire verhoudingen zijn het definiëren van de interactie als een tradi-

tionele arts-patiënt relatie, het geven van medische informatie over werkingen en bijwerkingen van de medicatie en over de risico's van staken of verminderen (Dencker e.a., 1980), het bestempelen van wensen van de patiënt als overdrachtsproblematiek.

De inbreng van de patiënt bij het definiëren van de relatie wordt natuurlijk niet bepaald door hoe de relatie er daarna gaat uitzien. Een patiënt die duidelijk te kennen geeft een complementair type relatie met de therapeut te willen gedraagt zich op dat moment tamelijk symmetrisch. Waar het om gaat is dat patiënt en therapeut uit de hierboven genoemde mogelijkheden kunnen kiezen en dat zij, wanneer hun keuzen verschillend uitvallen, moeten onderhandelen tot zij een gemeenschappelijke definitie van de relatie hebben bereikt.

Mijn ervaring is dat patiënten, in een gesprek over hun onderhoudsmedicatie, door het kiezen van een van de genoemde uitwerkingen duidelijk plegen aan te geven hoe zij de relatie met de therapeut op dit punt wensen te definiëren. In navolging van Haley begin ik met de eigen definitie van de patiënt (als een op zichzelf symmetrische communicatieve manoeuvre) te accepteren. Alleen een reactie bestaande uit symptomatisch gedrag (verwardheid, wanen) betekent dat de patiënt het definiëren van de relatie niet aankan of weigert. In dat geval heeft de therapeut geen andere keus dan de leiding over te nemen. In het verdere verloop van de behandeling blijft de mogelijkheid om de definitie van de relatie te herzien voortdurend aanwezig. Van de kant van de therapeut zijn het bespreken van de eerste verschijnselen van of aanleidingen tot een recidief, het attenderen van de patiënt op sociaal niet geaccepteerde gedragingen, het corrigeren van waarnemingsvervalsingen, het in herinnering brengen van eerder gemaakte afspraken voorbeelden van communicatie waarin de oorspronkelijke definitie van de relatie kan worden bevestigd of juist gewijzigd. Van de kant van de patiënt kunnen bijvoorbeeld het uiten van kritiek, het willen praten over bijwerkingen, het vragen om medicatieverandering of het betuigen van instemming met de gegeven behandeling de tot dan toe gehanteerde definitie van de relatie bevestigen of juist wijzigen. Ook hier geldt dat een reactie met psychotisch gedrag betekent dat de patiënt de aard van de relatie niet langer op een min of meer symmetrische basis kan definiëren.

De betekenis die de patiënt aan de beslissing tot medicatieverandering toekent, bepaalt het referentiekader (en daarmee voor een belangrijk deel het jargon) waarin de bovengenoemde communicatie plaatsvindt.

Mogelijkheden zijn: een medisch referentiekader, een sociaal en cultureel bepaalde optiek, het referentiekader van de sociotherapeutische setting, een psychotherapeutisch referentiekader. In sommige gevallen is er een niet in deze rubrieken onder te brengen individueel bepaalde, symbolische betekenis van de medicamenteuze behandeling zoals aangeduid door Rùger.

Ook op dit punt geeft de patiënt in het gesprek meestal wel aan in welke termen hij gewend is te denken. Naar mijn ervaring is het van



belang enerzijds de terminologie en het referentiekader van de patiënt te accepteren, doch anderzijds in elk geval de medische en psychotherapeutische gezichtspunten consistent naar voren te brengen. Dit houdt in dat men naast de sociaal, cultureel of emotioneel bepaalde mening van de patiënt in elk geval een aantal gegevens met betrekking tot het optreden van recidiefpsychosen en een aanduiding van de overdrachtsproblematiek ter sprake brengt. Aldus maakt men ook referentiekader en terminologie van de discussie tot onderwerp van een beslissing waaraan de patiënt een eigen bijdrage kan leveren.

Naast de betekenis van het medicatiegebruik kan ook de betekenis die de patiënt aan een mogelijke recidiefpsychose toekent de discussie nogal bepalen. Dit geldt in het bijzonder wanneer de patiënt en zijn omgeving diepgaand van mening verschillen over de consequenties van een eventueel recidief. In dit verband moet worden gewezen op de mogelijkheid dat de patiënt de medicatieverandering en de gevolgen daarvan benut als leerervaring (Dencker e.a., 1980). Op het communicatieve vlak betekent dit mijns inziens dat de patiënt kiest voor een referentiekader en een terminologie die voor de therapeut acceptabeler zijn. Het omgekeerde, dat namelijk een dergelijke periode leidt tot veranderingen in de beschouwingswijze en het spraakgebruik van de therapeut, is overigens ook heel goed mogelijk.

De hier geschetste behandelwijze is mijns inziens alleen uitvoerbaar wanneer medicatievoorschrift en psychotherapeutische begeleiding door één therapeut plaatsvinden. Dit standpunt wordt ook door Dencker e.a. (1980) en Rüger (1979) ingenomen. De voornaamste argumenten hiervoor zijn dat de duidelijkheid in de behandeling voor de patiënt optimaal is en dat de overdrachtsrelatie die op basis van het medicatievoorschrift ontstaat therapeutisch kan worden benut.

Behandeling door twee therapeuten (één voor de psychofarmacologische en één voor de psychotherapeutische begeleiding) vereist bovendien een zodanig intensieve samenwerking dat de behandeling alleen daardoor al een grote kans heeft om te mislukken (Rüger, 1979).

Het spreekt vanzelf dat deze benadering heel goed parallel kan lopen met socio-therapeutische of ambulante behandelprogramma's. De uiteindelijke beslissing over een medicatieverandering wordt echter genomen in het gesprek tussen de patiënt en de arts die de medicatie voorschrijft; in dit contact moet de verandering ook psychotherapeutisch worden begeleid.

## Literatuur

- Amarasingham, L. R. (1980), Social and Cultural Perspectives on Medication Refusal, *Amer. J. Psychiat.*, 137, 353-358.
- Andrews, P., J. N. Hall en R. P. Snaith (1976), A controlled Trial of Phenothiazine Withdrawal in Chronic Schizophrenic Patients, *Brit. J. Psychiat.*, 128, 451-455.
- Appelbaum, P. S. en T. G. Gutheil (1980), Drug Refusal: A Study of Psychiatric Inpatients, *Amer. J. Psychiat.*, 137, 340-346.

- Capstick N. (1980), Long-term fluphenazine decanoate maintenance dosage requirements of chronic schizophrenic patients, *Acta Psychiat. Scand.*, 61, 256-262.
- Carney, M. W. P., B. F. Sheffield (1975), Forty-two months experience of flupenthixol decanoate in the maintenance treatment of schizophrenia, *Curr. Med. Res. and Opinion*, 3, 447-452.
- Ciampi, L. (1980), The Natural History of Schizophrenia in the Long-term. *Brit. J. Psychiat.*, 136, 413-420.
- Davis, J. M. (1975), Overview: Maintenance Therapy in Psychiatry: I. Schizophrenia, *Amer. J. Psychiat.* 132, 1237-1245.
- Davis, J. M., C. B. Schaffer, G. A. Killian, C. Klinard en C. Chan (1980), Important Issues in the Drug Treatment of Schizophrenia, *Schizophr. Bull.*, 6, 70-87.
- Dencker, S. J., M. Lepp en U. Malm (1980), Do schizophrenics well adapted in the community need neuroleptics? *Acta Psychiat. Scand. Suppl.* 279, vol. 61, 64-76.
- Dencker, S. J. (1981), The need for long term neuroleptic treatment in schizophrenia, *Acta Psychiat. Scand. Suppl.* 291, vol. 63, 29-39.
- Depue, A., en L. Woodburn (1975), Disappearance of Paranoid Symptoms with Chronicity, *J. Abn. Psychol.*, 84, 84-86.
- Gelder, M. en T. Kolakowska (1979), Variability of Respons to Neuroleptics in Schizophrenia: Clinical, Pharmacologic and Neuroendocrine Correlates, *Compr. Psychiat.*, 20, 397-408.
- Haley, J. (1972), *Strategies of Psychotherapy*, 7e druk, Grune & Stratton, New York.
- Hartman, J. (1980), Medication: A Necessary Evil? *Int. J. Therap. Comm.* 1, 121-124.
- Hirsch, S. R., R. Gaidn, P. Rohde, B. C. Stevens en J. K. Wing (1973), Outpatient maintenance therapy of Chronic Schizophrenic patients with long-acting fluphenazine double-blind placebo trial, *Brit. Med. J.*, I, 633-637.
- Hirsch, S. R., (1975), The interaction between depot-phenothiazines and the social and clinical manifestations of behaviour in patients with stabilised chronic schizophrenia, In: H. M. van Praag (ed.), *On the origin of Schizophrenic psychoses*, Bohn, Amsterdam.
- Hogarty, G. E. (1979), Aftercare treatment of schizophrenia: Current status and future direction. In: H. M. van Praag (ed.), *Management of Schizophrenia*, Van Gorcum, Assen.
- Johnson, D. A. W. (1976), The Expectation of Outcome from Maintenance therapy in Chronic Schizophrenic Patients, *Brit. J. Psychiat.*, 128, 246-250.
- Johnson, D. A. W. (1977), Practical Considerations in the Use of Depot Neuroleptics for the Treatment of Schizophrenia, *Brit. J. Hosp. Med.* 546-558.
- Johnson, D. A. W. (1979a), Clinical Considerations in the Use of Depot Neuroleptics for the treatment of Schizophrenia, In: H. M. van Praag (ed.), *Management of Schizophrenia*, Van Gorcum, Assen.
- Johnson, D. A. W. (1979b), Further Observations on the Duration of Depot Neuroleptic Maintenance therapy in Schizophrenia, *Brit. J. Psychiat.*, 135, 524-530.
- Jonghe, F. de (1981), Psychotherapie en farmacotherapie? *T. v. Psychiat.* 23, 34-45.
- Kernberg, O. F. (1977), Clinical observations regarding the diagnosis, prognosis and intensive treatment of chronic schizophrenic patients, In: C. Chiland (ed.), *Long-term Treatment of Psychotic States*, Human Science Press, New York.
- Kurucz, J. en J. Fallon (1980), Dose Reduction and Discontinuation of Antipsychotic Medication, *Hosp. Comm. Psychiat.*, 31, 117-119.
- May, P. R. A. (1968), *Treatment of Schizophrenia: A Comparative Study of Five Treatment Methods*. New York, Science House.
- Pullen, G. (1980), Communal Medication, *Int. J. of Therap. Comm.*, 1, 125-127.
- Quitkin, F., A. Rifkin, J. Kane, J. R. Ramos-Lorenzi en D. F. Klein (1978),

- Long-Acting Oral vs. Injectable Antipsychotic Drugs in Schizophrenics, *Arch. Gen. Psychiat.*, 35, 889-892.
- Rüger, U. (1979), Kombinationen von Psychiatrischer Pharmakotherapie und Psychotherapie. *Nervenarzt*, 50, 491-500.
- Rifkin, A., F. Quitkin, C. J. Rabiner en D. F. Klein (1977), Fluphenazin Decanoate, Fluphenazine Hydro-chloride given Orally, and Placebo in Remitted Schizophrenics, *Arch. Gen. Psychiat.*, 34, 43-47.
- Rosenfeld, H. A., (1977), Notes on the psycho-analytic treatment of psychotic states. In: C. Chiland (ed.), *Long-term Treatment of Psychotic States*, Human Science Press, New York.
- Schooler, N. R., J. Levine, J. B. Severe, B. Branzer, A. Dimascio, G. L. Klerman en V. B. Tuason (1980), Prevention of Relapse in Schizophrenia, *Arch. Gen. Psychiat.*, 37, 16-24.
- Singh, M. M. en S. R. Kay (1979), Dysphoric Response to Neuroleptic Treatment in Schizophrenia: Its Relationship to Autonomic Arousal and Prognosis, *Biol. Psychiat.*, 14, 277-294.
- Soskis, D. A. en R. L. Jaffe (1979), Communicating with Patients about Antipsychotic Drugs. *Compr. Psychiat.* 20, 126-131.
- Tissot, R. (1977), Long-term Drug Therapy in Psychosis, In: C. Chiland (ed.), *Long-term Treatment of Psychotic States*, Human Science Press, New York.