

Pillen en praten

Over behandelingen waarbij een psychotherapeut en een psychiater betrokken zijn

door J. Spijker

Samenvatting

Overdrachtsproblemen en moeilijkheden rondom de verdeling van taken en verantwoordelijkheden worden als grootste struikelblokken gezien in behandelingen waarbij een psychotherapeut voor de psychotherapie en een psychiater voor de medicatie betrokken zijn. Uit een oriënterend onderzoek op een afdeling psychotherapie komt naar voren dat behandelaars en patiënten tevreden zijn over deze behandelvorm maar dat er onder de behandelaars veel verschil van mening is over de taakverdeling.

Inleiding

De samenwerking tussen psychotherapeuten en psychiaters is momenteel een 'hot issue' in de GGZ. In de discussies komen vooral de politieke en financiële overwegingen aan de orde, zoals blijkt uit het debat over de gevolgen van de 'verlengde-armconstructie'. Er is veel minder aandacht voor de inhoudelijke aspecten van de samenwerking, zoals die naar voren komen bij de gezamenlijke behandelingen. Onder een gezamenlijke behandeling wordt verstaan een behandeling van een patiënt waarbij de psychotherapeut de psychotherapie verricht (het praten) en de psychiater de patiënt ook regelmatig ziet om de medicatie te controleren (de pillen). In de USA lijkt deze vorm van behandelen een grote vlucht te nemen (Pilette 1988) en het is aannemelijk dat ook in Nederland grote groepen patiënten op deze wijze behandeld worden. Behoudens in de kinder- en jeugdpsychiatrie (Geertjens 1991) is er weinig over dit onderwerp gepubliceerd, terwijl het toch van belang is de voor- en nadelen van deze behandelvorm te kennen. Dit vormde de aanleiding om een oriënterend onderzoek op een afdeling psychotherapie te verrichten met als doel de ervaringen en meningen van behandelaars en patiënten te peilen. In dit artikel zullen de bevindingen van het onderzoek besproken worden voorafgegaan door een beknopte literatuurbespreking.

Gezamenlijke behandeling

De literatuur over de gezamenlijke behandeling is voornamelijk afkomstig uit de USA. Naast de voordelen die gezamenlijke behandeling kan bieden zoals de mogelijkheid van overleg met en ondersteuning van een collega (Pilette 1988), worden er vooral problemen gesignaleerd die niet onoverkomelijk hoeven te zijn maar wel de aandacht behoeven. Deze problemen zijn globaal in te delen in:

- Ideologische tegenstellingen. Hiermee wordt bedoeld dat in de praktijk de twee behandelaars zeer verschillende meningen kunnen hebben over de werkzaamheid van medicatie en psychotherapie in het algemeen. Deze verschillen kunnen een uiting zijn van de tegenstelling tussen de biologische versus de psychologische benadering van psychisch lijden.

- Overdracht en tegenoverdracht. De introductie van een tweede behandelaar is een essentiële verandering in het therapeutisch proces; de overdracht die in de twee-relatie bestaat wordt nu verspreid over drie personen (Bradley 1990). De overdrachtgevoelens van de patiënt bij de introductie van een psychiater kunnen uiteenlopend zijn. Er kan een positieve reactie zijn, wanneer de verwijzing wordt beleefd als een teken van zorg. De situatie met twee behandelaars kan een gevoel van veiligheid geven, het gevoel een speciaal iemand te zijn en kan zelfs de illusie oproepen twee ouders te hebben, zeker indien de behandelaars van verschillend geslacht zijn. Bij een negatieve reactie is de patiënt beledigd en boos: de verwijzing is een narcistische krenking. De verwijzing naar een psychiater kan ook als een straf worden gevoeld voor te heftige gevoelens die de patiënt heeft laten zien bij de psychotherapeut. Bij patiënten die 'splitting' als afweermecanisme gebruiken is het creëren van een triadische relatie een zeer moeilijke situatie. Nu zijn er in werkelijkheid twee therapeuten, de één wordt als passief en terughoudend beleefd en de ander juist als actief en zorgend. Het ligt in de aard van het medicatiecontact dat de psychiater dan de actieve en zorgende rol krijgt toebedeeld. Bij de beide behandelaars kunnen tegenoverdrachtgevoelens een rol spelen. Een verwijzing naar een psychiater moet voor de psychotherapeut geen manier worden om een negatieve therapeutische reactie af te weren of om een impasse in de therapie te doorbreken. Voor de psychiater schuilt onder andere het gevaar in de idealiserende overdracht die snel kan ontstaan in een medicatiecontact.

Tussen de twee behandelaars kan zich ook een heel scala aan overdrachtgevoelens afspelen, variërend van sterke competitiedrang, bedreigd voelen door de collega, vijandigheid, tot minderwaardigheidsgevoelens en een irrationele idealisering (Smith 1989).

- Organisatieproblemen.

- Verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Deze twee punten zijn sterk met elkaar verbonden en worden gezamenlijk besproken.

Bij de verdeling van taken gaat het om vragen als: Wie houdt het dossier bij? Wie handelt er in geval van crisis of opname? Wat te doen bij afwezigheid van een van de behandelaars en wie is bereikbaar buiten kantoor tijden? Het belangrijkste item rondom verantwoordelijkheden betreft de medisch-psychiatrische verantwoordelijkheid en de afspraken daaromtrent variëren per organisatiestructuur. Uitgaande van de Nederlandse situatie is de RIAGG de plek bij uitstek waar veel wordt samengewerkt tussen psychiaters en psychotherapeuten. Over deze samenwerking is onder andere gepubliceerd door Schwarz (1987), Van den Boom (1987) en Festen (1991); overigens komt het onderwerp van de gezamenlijke behandeling niet expliciet aan de orde.

Binnen de RIAGG blijkt de medisch-psychiatrische verantwoordelijkheid lang niet altijd helder te zijn geregeld en er ontstaan ook makkelijk conflicten hierover. Over het algemeen rekenen de psychiaters de ernstige vormen van psychopathologie tot hun werkterrein en het voorschrijven van medicatie wordt als een belangrijke taak gezien (Schwarz 1987). Ook de medisch-psychiatrische diagnostiek wordt als een taak van de psychiater beschouwd (Festen 1991). Wat de samenwerking betreft, wordt er steeds gehamerd op de eigen professionele verantwoordelijkheid van de verschillende disciplines. Men dient elkaar aan te vullen en vanuit verschillende invalshoeken tot een beslissing te komen (NVAGG 1985). In een nota over de plaatsbepaling van de klinisch psycholoog in het algemeen ziekenhuis wordt ook gewezen op de eigen beroepsverantwoordelijkheid van de klinisch psycholoog ten opzichte van de psychiater (NRV 1985).

Voor de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten is er weinig vastgelegd ten aanzien van de onderlinge samenwerking. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie laat in een recente nieuwsbrief (maart 1993) weten dat de vraag of er sprake is van een psychiatrische mede- of eindverantwoordelijkheid afhangt van de samenwerkingsrelatie en de structuur van de kwaliteitsbewaking.

Uit het bovenstaande wordt in ieder geval niet duidelijk hoe de praktijk van de gezamenlijke behandeling er uit ziet.

Het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd op de afdeling psychotherapie van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg RNO, waar ten tijde van het onderzoek 27 psychotherapeuten, 5 psychiaters en één arts-assistent psychiatrie werkzaam waren. Aan het hoofd van de afdeling staat een psychiater, die de medische verantwoordelijkheid draagt. De werkwijze op de afdeling is dat alle intakes worden besproken in een multidisciplinair samengesteld overleg ten einde een globale therapie-indicatie te kunnen stellen. Bij deze bespreking kan behalve de indicatie voor psychotherapie, ook de indicatie voor een psychiatrisch onderzoek worden

gesteld als medicamenteuze behandeling noodzakelijk lijkt. Op deze wijze kan vanaf de intake een gezamenlijke behandeling ontstaan. Ook is het mogelijk dat een psychotherapeut een consult aanvraagt bij een psychiater voor een patiënt die al in behandeling is, wat eventueel kan uitlopen op een gezamenlijke behandeling.

Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van vragenlijsten. In eerste instantie werd de psychiaters gevraagd informatie te geven over de gezamenlijke behandelingen waarbij ze in de maand april 1992 betrokken waren. Vervolgens kregen alle behandelaars vragenlijsten ten dele bestaand uit vragen met meerkeuzeantwoorden en ten dele uit stellingen en werden patiënten schriftelijk benaderd met het verzoek ook een vragenlijst in te vullen. Er is geen statistiek bedreven op de uitkomsten van het onderzoek. De wetenschappelijke relevantie van het onderzoek is uiteraard beperkt.

De uitkomsten

Er werden 28 patiënten (20 vrouwen en 8 mannen) behandeld door de psychiaters in het kader van een gezamenlijke behandeling. Dit vormde slechts een zeer gering percentage van het totaal aantal behandelingen op de afdeling. De meest gestelde diagnoses waren de depressies en de angst- en paniekstoornissen en de medicatie bestond voor het overgrote deel uit antidepressiva, soms aangevuld met sedativa. De duur van de medicatiecontacten was overwegend 15 minuten en de frequentie van de contacten was gemiddeld één keer per drie weken. Er werd praktisch altijd overleg gevoerd met de psychotherapeut. Dit overleg vond in de wandelgangen plaats en was incidenteel. Er werden bij ongeveer een kwart van de patiënten wel eens gemeenschappelijke sessies met beide behandelaars en de patiënt gehouden.

Alle behandelaars waren wel eens betrokken bij gezamenlijke behandelingen. Over het algemeen was er een positief oordeel over deze behandelvorm, de onderlinge samenwerking werd als steun ervaren. Grote bezwaren bij deze behandeling werden niet gezien hoewel het gevaar van splitsen door de patiënt wel werd onderkend. De onderlinge verhouding werd als gelijkwaardig beschouwd met een eigen verantwoordelijkheid voor elke behandelaar.

Ten aanzien van de taken van de twee behandelaars in een gezamenlijke behandeling bleek er veel verschil van mening te bestaan, ook binnen de eigen disciplines. Opvallend was dat de psychotherapeuten een grotere taak zagen voor de psychiaters dan de psychiaters zelf ten aanzien van de volgende onderdelen: overleg met de andere medische disciplines; zo nodig overnemen van de behandeling bij afwezigheid van de psychotherapeut en het volgen van de voortgang van de psychotherapie. De psychiaters rekenden de inschatting van suïcidegevaar en de beoordeling van de noodzaak tot opname duidelijk tot hun taak.

Bij de patiënten was de respons 60 procent. Over het algemeen was men positief over de gezamenlijke behandeling maar desgevraagd was er toch een voorkeur om één behandelaar te hebben. De psychotherapeut werd gezien als degene die de 'echte' behandeling doet, terwijl de psychiater voor de medische aspecten nodig geacht werd.

Commentaar

Gezien de beperkte doelstelling kunnen aan het onderzoek geen conclusies verbonden worden maar er komt wel een beeld naar voren over de gezamenlijke behandeling. De ervaringen van de betrokken behandelaars met de gezamenlijke behandelingen zijn over het algemeen positief. Er zijn geen grote problemen rondom de medisch-psychiatrische verantwoordelijkheid wat waarschijnlijk te danken is aan de duidelijke afspraken hieromtrent op de afdeling. De taakverdeling daarentegen geeft verschil van mening. Ook patiënten zijn tamelijk tevreden over gezamenlijke behandelingen en zien de psychotherapeut als hoofdbehandelaar.

Het onderzoek heeft slechts een beeld geschetst van de situatie op een afdeling psychotherapie van een RIAGG. Het zou de moeite waard zijn om te vernemen op welke wijze in andere settings gezamenlijk patiënten worden behandeld om daarmee de discussie over dit onderwerp te verbreden. Het is in ieder geval van belang dat psychotherapeuten en psychiaters onderling en met elkaar in gesprek gaan om een aantal zaken rondom gezamenlijke behandelingen goed te regelen, waarbij de vragen naar de verantwoordelijkheden in de behandeling en de onderlinge verdeling van de taken de grootste prioriteit hebben.

Literatuur

- Boom, F. van den (1987), *De RIAGG en de psychiater. Een onderzoek naar de samenhang tussen de ontwikkeling van het RIAGG-takenpakket en de positie van de psychiater in de AGGZ*. NcGv, Utrecht.
- Bradley, S.S. (1990), Non physician psychotherapist-physician pharmacotherapist: a new model for concurrent treatment. *Psychiatric Clinics of North America* 13, 307-322.
- Festen, Th. (1991), *Handboek RIAGG-hulpverlening, op inhoud en kwaliteit gerichte beschrijving van het RIAGG-hulpaanbod*. NVAGG, Utrecht.
- Geertjens, L.J.J.M. (1991), 'Wat een merkwaardig gevoel' Psychotherapie en psychofarmacagebruik, consequenties voor de behandelrelatie. *Kinder- en jeugdpsychotherapie* 18, 214-231.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1988), *Advies klinisch psycholoog in ziekenhuizen en verpleeghuizen*.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1993), *Nieuws en mededelingen* 2, 90.
- NVAGG (1985), *De medische en psychiatrische verantwoordelijkheid binnen de RIAGG*.
- Pilette, W.L. (1988), The rise of the three-party treatment relationships. *Psychotherapy* 25, 420-423.

- Schwarz, R. (1987), *De psychiater in de RIAGG. Een sociaal-psychiatrische studie naar de positie van een beroepsgroep in het spanningsveld van de AGGZ*. McGv, Utrecht.
- Smith, J.M. (1989), Some dimensions of transference in combined treatment. In: J.M. Ellison (red.), *The psychotherapist's Guide to psychotherapy Yearbook*. Medical Publishers Inc., Chicago, 79-95.

Summary: Pills and talking: on treatment where a psychotherapist and a psychiatrist are involved

Complicated transference reactions and problems with allocation of duties and responsibilities are mentioned as the most important issues in therapies that integrate psychotherapy and pharmacotherapy involving the services of a psychotherapist and a psychiatrist. In a study carried out on a department for psychotherapy, the results show that therapists and patients are content with this treatment mode but psychotherapists and psychiatrists differ in their opinions on the allocation of duties.

Met dank aan de medewerkers van de afdeling psychotherapie voor hun enthousiaste deelname aan het onderzoek en speciaal aan H. van der Berg, psychiater en opleider psychotherapie, voor zijn begeleiding bij de uitvoering van het onderzoek.

J. Spijker, destijds AGIO op de afdeling psychotherapie van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg RNO. Correspondentieadres: Psychiatrische Deeltijdbehandeling Tiel, Gasthuisstraat 30, 4001 BE Tiel.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-6-1993.