

Medicatie in overdrachtelijke zin

L.J.A. Schalk

Samenvatting Farmacotherapeutische interventies zijn niet altijd effectief. Men kan medicatie effectiever inzetten door aandacht te besteden aan het hanteren van niet-farmacologische aspecten van de interventie. Een aantal van deze aspecten bespreek ik aan de hand van praktijkvoorbeelden: de invloed van therapeutische relatie, verwachtingen en betekenissen die aan de medicatie worden toegeschreven en constellaties rondom medicatievoorschriften in de overdracht en tegenoverdracht. Competent hanteren van de therapeutische relatie en overdracht en tegenoverdracht kan bijdragen aan meer effect van de interventie en vermindert de kans op een negatieve uitkomst.

Hoe kunnen we als psychiaters farmacotherapeutische interventies zo effectief mogelijk inzetten, met zo weinig mogelijk bijwerkingen? De klinische praktijk is immers weerbarstig: niet altijd werkt een medicament op de goede manier, vaak zijn er bijwerkingen of lijkt er sprake van medicatieresistentie of therapieontrouw. De laatste termen impliceren een probleem bij het geneesmiddel of bij de patiënt. Het handelen van de psychiater is hier natuurlijk ook van belang. Een belangrijk deel van de werking van de medicatie komt anders tot stand dan via een specifiek farmacologisch werkingsmechanisme (Priebe e.a. 2019); geschat wordt dat dit zelfs 37-60% van de variatie in uitkomst zou betreffen (Walach e.a. 2005). Dit artikel gaat over een aantal van deze aspecten, aan de hand van voorbeelden uit de behandelpraktijk.

Eerst ga ik in op de positieve bijdrage van een goede therapeutische relatie op het therapie-effect (Krell e.a. 2004). De manier waarop een medicatiecontact aangegaan wordt, hangt samen met een breder patroon van intermenselijk functioneren of hechtingsstijl.

Ten tweede besteed ik aandacht aan veelvoorkomende verwachtingen en ideeën over geneesmiddelen. Uit onderzoek naar placebo en samen beslissen (*shared decision making*) is te leren over de rol van verwachtingen; een placebo is immers werkzaam vanwege de te verwachte werking.

Ten derde ga ik in op opsceneringen rondom de medicatie in overdracht en tegenoverdracht. Door deze aspecten bewust te betrekken bij het voorschrijven kan men de interventie optimaler vormgeven. Als men bijvoorbeeld breuken in het contact tussen arts en patiënt tijdig herkent en herstelt, is therapieontrouw minder waarschijnlijk. Psychotherapeutische competenties die hierbij aansluiten, staan ook beschreven in het opleidingsplan van de NVvP 'De psychiater' (<https://www.nvvp.net/opleiding>).

Therapeutische relatie

Twee vignetten

Patiënt A is nu 3 jaar in behandeling bij een psychiater. Zij krijgt een antidepressivum voorgeschreven en volgt psychotherapie. Ze is erg tevreden over de medicatie; ze had al veel goede verhalen gehoord over de medicijnen die zij wilde gaan gebruiken en voelde zich begrepen door haar behandelaar en had er vertrouwen in dat deze haar kon helpen.

Patiënt B komt binnen en houdt zijn jas aan. Hij gaat zitten, maar het lijkt of hij elk moment weer kan opstaan en weglopen. Hij kijkt naar de klok en zegt: 'Nou, die pillen die u me voorschreef, werkten niet hoor, precies wat ik al dacht. Ik had veel bijwerkingen, hoofdpijn. Mijn broer dacht al van te voren dat het niets zou worden. Ik dacht dat ik het toch maar een kans moest geven, maar eerlijk gezegd denk ik dat het beter is als ik hier niet meer kom.'

Twee korte indrukken van heel verschillend lopende behandelingen, waarbij vertrouwen en verwachtingen sterk uiteen lopen. Patiënte A benadrukt in tegenstelling tot patiënt B het vertrouwen dat zij in haar arts heeft; een illustratie van het gegeven dat een positieve therapeutische relatie de therapie-uitkomst kan bevorderen. Bij onderzoek naar verschillende therapie-uitkomsten bij artsen kwam naar voren dat klachten bij de ene arts over het algemeen verbeterden, terwijl ze bij anderen juist bleken te verslechteren. Sommigen bleken met placebovoorschriften positievere veranderingen te bewerkstelligen dan anderen met medicatie (McKay e.a. 2006). En ook tussen psychotherapeuten zijn grote uitkomstverschillen gemeten (Crits-Christoph e.a. 1991). In onderzoek naar de werkzame factoren van psychotherapieën wordt het goed hanteren van de therapeutische

AUTEUR

Lucas J.A. Schalk, psychiater, ARQ Centrum '45 Oegstgeest.

Correspondentie

Lucas J.A. Schalk (l.schalk@arq.org).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-4-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(7):462-465

relatie als belangrijke bijdragende factor genoemd (Van 2019).

Patiënte A uit het vignet heeft kunnen profiteren van de therapie. Het zou kunnen dat ze het met haar psychiater heeft getroffen. Ook haar manier van het contact aangaan met deze psychiater maakt uit. Het lijkt erop dat zij in staat is de psychiater te vertrouwen. Een basaal vertrouwen kan ontstaan als in de ontwikkeling de interactie tussen moeder en kind over het algemeen voorspelbaar verloopt. Anderen worden dan later over het algemeen eveneens als redelijk voorspelbaar en betrouwbaar ingeschat (Caldwell & Robinson 2016). Epistemisch vertrouwen is de bereidheid om nieuwe kennis als betrouwbaar en voor zichzelf relevant te beschouwen.

Dat lijkt er bij patiënt B minder te zijn. Patiënten met een onveilige hechtingsstijl zullen eerder geneigd zijn zich terug te trekken of zich juist op een aanklampende manier te gedragen. Personen met een gedesorganiseerde hechtingsstijl kunnen de poging tot het maken van contact door de psychiater zelfs als beangstigend ervaren, waarop een vlucht- of aanvalsreactie volgt.

Verwachtingen en placebo

Deze patronen in het contact hangen samen met verwachtingen. Patiënte A refereerde aan de positieve verwachtingen die ze had. Patiënt B nam het geneesmiddel met een tegengesteld idee. In de klinische ontmoeting neemt de patiënt verwachtingen over de psychiater en de behandeling met zich mee. Over manieren waarop verwachtingen zich manifesteren en hoe ze te beïnvloeden zijn, kunnen we veel leren uit onderzoeken naar het placebo-effect. Bij het toedienen van een inert middel wordt dan namelijk toch een effect gezien, terwijl er in werkingsmechanisme niet veel meer is dan de verwachting van een werking. Zo blijkt een zichtbaar toegediend middel beter te werken dan wanneer datzelfde middel onzichtbaar wordt toegediend (Colloca e.a. 2004). Verwachtingen die bijdragen aan het placebo-effect zijn gevormd door conditionering of sociaal leren. Na conditionering met een actieve stof kan het lichaam na toediening van een placebo toch een bepaalde reactie laten zien, zelfs tot op het niveau van het immuunsysteem (Benedetti 2013).

En als mensen in de omgeving van een proefpersoon zichtbaar lijken te profiteren van bijvoorbeeld een pijnstillers, zal het pijnstillende effect bij een proefpersoon ook aanzienlijk groter kunnen zijn (Colloca & Benedetti 2009). En omgekeerd: als iemand van anderen negatieve ervaringen vernomen heeft, is er meer kans op angst en pijn na het innemen van het medicijn (Faasse & Petrie 2013).

Ook meningen en standpunten uit de grotere maatschappelijke en culturele kring komen mee de spreekkamer in. Hier is ook op gewezen tijdens de coronapandemie: dat de toen dominante negatieve berichtgeving via de negatieve verwachtingen ook de prognose van de ziekte kan verslechteren (Amanzio e.a. 2020). Naar analogie in interactie rondom medicatie is te verwachten dat bij positieve verwachtingen het risico op bijwerkingen lager zal zijn.

Verwachtingen over de werking van een medicijn zullen sterker zijn als ze aansluiten bij de hulpvraag van de patiënt en als deze meebeslist. Samen beslissen (*shared decision making*), met actieve participatie van de patiënt in het behandelproces, geeft meer vertrouwen in de behandeling en realistischere verwachtingen (Hauser e.a. 2015). Het maken van oogcontact, een verandering in de toon van de stem of andere manieren die duidelijk maken dat er iets relevant wordt overgedragen (*ostensive cues*) vergroten het epistemisch vertrouwen. Maar het is ook zo dat patiënten met een pessimistisch karakter meer kans op een negatieve uitkomst hebben als ze uitgebreide uitleg krijgen over de bijwerkingen die kunnen optreden (Geers e.a. 2005).

Het gaat er dan ook om hoe en met welke woorden een psychiater het geneesmiddel aanprijst zodat het placebo-effect maximaal en het tegenovergestelde nocebo-effect (de verwachting van een negatieve uitkomst) minimaal zal zijn. De psychiater dient bij het bespreken van de informatie en het bereiken van een *informed consent* natuurlijk geen informatie achter te houden. Het kan echter geen kwaad de te verwachten positieve werking te benadrukken (Planès e.a. 2016).

Overdracht en tegenoverdracht

Het maakt daarbij uit hoe verwachtingen over de therapie in de therapeutische relatie worden gehanteerd

(Meissner e.a. 2011). Psychiater en patiënt komen in een medicatiecontact namelijk als vanzelf in een bepaalde rolverdeling terecht. Veelvoorkomende overtuigingen over het geneesmiddel zijn die van het 'almachtige' geneesmiddel en het 'kwaadaardige' geneesmiddel. Vanuit de psychiater en/of de patiënt kan de overtuiging (of de hoop) bestaan dat het geneesmiddel een magische werking heeft. De symptomen (en het leed) zouden dan in één keer door het medicijn kunnen worden weggevoerd. Dat is een sterk positieve verwachting en in die zin zou deze kunnen bijdragen aan een positief effect van de medicatie.

Er kleven ook nadelen aan deze overtuiging. Als er bijwerkingen zijn, dan zullen deze bij een als zeer sterk ervaren middel ook eerder als moeilijk overkomelijk ervaren worden. Het magische middel kan in een kwaadaardig middel veranderen. Een middel dat mensen andere dingen laat doen of voelen. Natuurlijk komen bijwerkingen als vervlakking voor en moeten we deze niet alleen toeschrijven aan overtuigingen. De betekenis die in de symptomen wordt gezien, zal per persoon verschillend zijn.

De psychiater die deze krachtige middelen kan voorschrijven, zal bij deze overtuiging als een machtig iemand worden beschouwd, die tegenover een afhankelijke en onmachtige patiënt staat (Alfonso 2009). Als het geneesmiddel dan onverhoopt niet werkt, kan bij de psychiater het gevoel ontstaan tekort te schieten. Vanuit machteloosheid schrijft hij of zij dan een nieuw medicament voor (met weer tegenvallend resultaat), of houdt juist vast aan iets wat al lang niet werkt. En de machteloosheid kan ook boos maken, een boosheid die zich wil ontladen en zo kan de neiging ontstaan om te willen straffen (Powell 2012). De psychiater heeft in de vorm van het geneesmiddel een gif in handen. En door een niet werkzame dosering voor te schrijven of de patiënt in een te lage frequentie te spreken kan het lijden van de patiënt langer in stand worden gehouden (Alfonso 2009). Voor de patiënt zijn er vanuit de als onmachtig ervaren positie weinig manieren om zich te verweren. Wel kan bijvoorbeeld informatie over (bij)werking worden weggehouden of overdreven, in een poging controle terug te nemen (Mintz & Belnap 2006). Of de patiënt neemt het geneesmiddel simpelweg niet in. Door niet op te knappen wordt de anders zo machtig geachte psychiater dan als het ware gestraft.

Over veranderingen die door het gebruik van medicatie plaatsvinden, kan overigens een ambivalent gevoel bestaan. Het gevoel dat iets van buiten een wezenlijke invloed heeft op de eigen gevoelens kan weerstand oproepen en een verandering van een bekende situatie naar een nog onbekende kan gepaard gaan met angst. Scenario's zoals hier beschreven illustreren hoe de betekenis van het geneesmiddel in de relatie tussen psychiater en patiënt de effectiviteit van het geneesmiddel in de weg kan staan. Ook het omgekeerde is mogelijk. Een geneesmiddel kan bijvoorbeeld ook worden ervaren als een cadeau dat de psychiater geeft en de patiënt

ontvangt (Yeomans & Clarkin 2015). Dat klinkt in eerste instantie positief. De psychiater kan echter ook het verlangen hebben bewonderd te worden en daarom cadeaus willen blijven geven die de bewondering van de patiënt oproepen. Een scenario waarbij de psychiater telkens verlichtende geneesmiddelen voorschrijft en de patiënt daarvan afhankelijk blijft, ligt dan op de loer. De psychiater zal dus, zoals steeds in ons vak, rekening moeten houden met overdracht- en tegenoverdrachtsgevoelens; dit leidt tot betere therapie-uitkomsten (Hayes e.a. 2018). Een verdere illustratie:

Moeten handelen

Vignet

Patiënt Z staat bij de balie van de polikliniek. Hij slaapt al 3 dagen slecht, sinds zijn vrouw hem heeft verlaten. Hij zegt met luide stem dat hij slaappillen nodig heeft, zo kan iemand toch niet behandeld worden in dit land? Is het soms nodig dat hij tegen een lantaarnpaal aan rijdt? De psychiater schrijft een benzodiazepine voor. Patiënt kalmeert. Een paar dagen later staat het potje medicijnen onaangeroerd naast zijn bed.

Het gevoel dat er gehandeld moet worden en dat er iets gedaan moet worden, kan sterk zijn. Het mentaliserend vermogen is dan verminderd. Het lijkt er op dat alleen een tastbare handeling nog te begrijpen is, zoals bij de teleologische modus bij de *mentalisation-based treatment* (MBT) wordt beschreven. Patiënt Z lijkt sterk te verlangen naar een interventie die hem van zijn slapeloosheid af helpt. Dat is invoelbaar, hij lijdt sterk onder de slapeloze nachten. De gepleegde interventie lijkt op het eerste gezicht ook effect te sorteren: patiënt is gekalmeerd en gaat naar huis. Het lijkt erop dat het concrete beschikbaar hebben van het potje pillen al voldoende is. Toch is het de vraag of het ingrijpen door een geneesmiddel voor te schrijven de meest passende handeling was bij zijn gedrag. Hij is ook duidelijk niet meer in staat zijn emoties te hanteren en te begrijpen en doet een beroep op iemand anders om hem daarbij te helpen. Een andere interventie had zich daarop kunnen richten. Door te erkennen dat er heftige en moeilijk te verdragen gevoelens bij hem zijn opgekomen in deze situatie, was er wellicht ruimte gekomen om het mentaliserend vermogen te herstellen en om deze gevoelens gezamenlijk op een andere manier te begrijpen en te verdragen. Het had hem ook de ervaring gegeven dat de gevoelens te verdragen zijn en dat deze niet alleen met medicatie zijn te beheersen.

Echter, het idee dat er ondersteuning is door een medicament kan ook een bijdragende steun zijn. Het middel wordt als versterker ervaren en kan zo de patiënt bijstaan op de weg naar heling. Het geneesmiddel leent zich er goed voor in zijn concrete vorm een symbool te zijn. Een betrokken en empathische psychiater wordt bijvoorbeeld symbolisch meegenomen in het tablet - als een transitioneel object; met het innemen ervan wordt

er dan ook iets van het geruststellende van de psychiater ingenomen. Maar het middel kan ook symbool staan voor de gevoelde afhankelijkheid van anderen. Elke keer dat de patiënt het moet innemen, bekrachtigt dit de afhankelijkheid van het middel en van de betrokken hulp van anderen.

Betekenenissen

Het loont - kortom - aandacht te hebben voor de betekenis die wordt toegeschreven aan wat zich zoal ontvouwt in het contact tussen psychiater en patiënt. Wat zich in de interactie over de medicatie afspeelt, geeft een aanwijzing hoe de patiënt de wereld, de ander en zichzelf ziet. Het geneesmiddel is een concreet ding, dat we ook daadwerkelijk kunnen vasthouden, bekijken en beknippen. In de tastbare zin kan het medicijn als 'een derde' in de psychiater-patiëntinteractie geplaatst worden (Tutter 2006).

Van beide kanten kan men betekenissen toeschrijven aan het middel die men vervolgens kan onderzoeken. Dat wordt meer mogelijk doordat het geneesmiddel een echt object is buiten de psychiater en de patiënt en dat we daarom van alle kanten goed kunnen bekijken. Het gesprek over betekenis en verhoudingen tot anderen kan ook op een andere manier worden gefaciliteerd door deze positie. Onverdraaglijke gevoelens die niet te hanteren zijn in het directe contact kunnen we tijdelijk toeschrijven aan het geneesmiddel in plaats van aan de psychiater, waardoor het bespreken van deze gevoelens met meer distantie kan plaatsvinden.

Conclusie

Een goed gehanteerde therapeutische relatie geeft bij psychotherapie een betere uitkomst. Het is aannemelijk dat dezelfde processen ook bij de interacties rondom farmacotherapie een rol van betekenis spelen. In dit artikel ging ik in op hechtingsstijl en de rol van verwachtingen. Het competent hanteren van de therapeutische relatie en overdracht en tegenoverdracht kan bijdragen aan een groter effect van de interventie en vermindert de kans op een negatieve uitkomst.

LITERATUUR

Alfonso CA. Dynamic psychopharmacology and treatment adherence. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2009; 37: 269-85.
 Amanzio M, Howick J, Bartoli M, e.a. How do nocebo phenomena provide a theoretical framework for the COVID-19 pandemic? *Front Psychol* 2020; 11: 589884

Benedetti F. Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiol Rev* 2013; 93: 1207-46.
 Caldwell L, Robinson HT. Collected works of DW Winnicott, volume 9 1969-1971; The building up of trust, talking to parents. Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 121-34.
 Colloca L, Benedetti F. Placebo analgesia induced by social observational learning. *Pain* 2009; 144: 28-34.
 Colloca L, Lopiano L, Lanotte M, e.a. Overt versus covert treatment for pain, anxiety, and Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 2004; 3: 679-84.
 Crits-Christoph P, Baranackie K, Kurcias J, e.a. Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research* 1991; 1: 81-91
 Faasse K, Petrie KJ. The nocebo effect: patient expectations and medication side effects. *Postgrad Med J* 2013; 89: 540-6.
 Geers AL, Helfer SG, Kosbab K, e.a. Reconsidering the role of personality in placebo effects: dispositional optimism, situational expectations, and the placebo response. *J Psychosom Res* 2005; 58: 121-7.
 Hauser K, Koerfer A, Kuhr K, e.a. Outcome-relevant effects of shared decision making. *Deutsches Arzteblatt international* 2015; 112: 665-71.
 Hayes JA, Gelso CJ, Goldberg S, ea. Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy* 2018; 55: 496-507.
 Krell HV, Leuchter AF, Morgan M, e.a. Subject expectations of treatment effectiveness and outcome of treatment with an experimental antidepressant. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1174-9.
 McKay KM, Imel ZE, Wampold BE. Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *J Affect Disord* 2006; 92: 287-90.
 Meissner K, Kohls N, Colloca L. Placebo effects in medicine, mechanisms and clinical implications. Theme issue. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2011; 366: 1781-930.
 Mintz D, Belnap B. A view from Riggs: treatment resistance and patient authority - III. What is psychodynamic psychopharmacology? An approach to pharmacologic treatment resistance. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2006; 34: 581-601.
 Planès S, Villier C, Mallaret M. The nocebo effect of drugs. *Pharmacol Res Perspect* 2016; 17: e00208.
 Priebe S, Conneely M, McCabe R, e.a. What can clinicians do to improve outcomes across psychiatric treatments: a conceptual review of non-specific components. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019; 29: e48.
 Powell A. Medication life. *J Psychother Pract Res* 2001; 10: 217-22.
 Tutter A. Medication as object. *J Am Psychoanal Assoc* 2006; 54: 781-804.
 Van HL. Betere uitkomsten door het toepassen van de evidentie over werkzame psychotherapiefactoren. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2019; 45: 391-402.
 Walach H, Sadaghiani C, Dehm C, e.a. The therapeutic effect of clinical trials: understanding placebo response rates in clinical trials - A secondary analysis. *BMC Med Res Methodol* 2005; 5: 26.
 Yeomans F, Clarkin J. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder; Washington. American Psychiatric Association Publishing; 2015.

SUMMARY

L.J.A. Schalk

Medication in a transference sense

Pharmacotherapeutic interventions are not always effective. It is argued that by paying attention to the handling of non-pharmacological aspects of the intervention, medication can be used more effectively. Some of those aspects are discussed: the influence of therapeutic relationship, expectations and meanings ascribed to the medication and constellations around medication prescriptions in the transference and countertransference.