

Pillen en praten

Ofte psychiatrie en psychoanalyse

(Lezing oktober 1998 in Leuven en Brugge in het kader van de postuniversitaire vorming van de KULeuven)

Mark Kinet

1. Inleiding

Toen Professor Igodt mij opbelde met de vraag of ik een lezing wou geven in het kader van de postuniversitaire vorming rond het thema farmacotherapie en psychotherapie was ik vereerd, maar vooral verwonderd. Ik beschouw mijzelf geenszins als een expert in deze materie, kan enkel op een persoonlijke en dus per definitie beperkte wijze getuigenis afleggen van mijn eigen klinische werkwijze als psychiater en psychoanalytisch therapeut. In het beste geval levert dit dan stof op tot discussie.

Sta mij toe met een preliminaire vaststelling te beginnen. Hoewel de Depressiekliniek wordt gefundeerd door een psychoanalytische behandelfilosofie en de afdeling klinisch psychotherapeutisch is gestructureerd, wordt bij pakweg twee derden van de opgenomen patiënten psychofarmaca voorgeschreven. Hieruit mag geredelijk blijken dat farmacotherapie in onze psychotherapeutische werking een aanzienlijke en daadwerkelijke rol speelt.

Dit is niet verwonderlijk. Vroeger heette deze afdeling 'Algemene Psychiatrie' en nog steeds komt een brede waaier aan psychopathologie op de afdeling terecht: Stemningsstoornissen, psychosen, ernstige neurotische en/of persoonlijkheidsstoornissen. De naamgeving fungeert als ingangspoort, als trechter en wordt weerspiegeld in het feit dat ongeveer twee derden van de patiënten zich o.a. met depressieve aanmeldingsklachten presenteren.

Sinds 1938 met ECT, 1940 met Fenytoïne, 1949 met Lithium, 1952 met Chloorpromazine, de jaren '50 met tricyclische antidepressiva en MAO-remmers en 1960 met chloordiazepoxide heeft de biologische behandeling een vaste en onmisbare plaats verworven in de psychiatrische praktijk en dan meer in het bijzonder voor de zgn. majeure psychiatrische stoornissen. Een oordeelkundig gebruik van psychofarmaca volgens the state of the art is een absolute must geworden voor elk rechtgeaard, ook psychotherapeutisch of psychoanalytisch geschoold psychiater.

Dit alles belet echter niet dat ik pillen spontaan aan de rand van het therapeutisch gebeuren op de Depressiekliniek zou situeren. Het is iets waar wij relatief weinig

aan denken of over spreken. En is dat omdat ik tot de collega's behoor die samen met Professor Van Den Hoofdakker, alias Rutger Kopland, hoogleraar te Groningen en eminent biologisch psychiater, geërgerd raken door het feit dat op congressen en in wetenschappelijke tijdschriften vnl. over psychiatrie wordt gesproken in termen van cijfers, neurotransmittoren en ratten?

Is het omdat ik eveneens een van de collega's ben die dit beroep veeleer hebben gekozen vanuit een fascinatie voor de mens en zijn psychodrama's, die vreemde rechtoplopende species waar zowel Dutroux als Gandhi, Joyce zowel als Eddy Wally toe behoren. Niet het natuurlijke als datgene wat de mens met andere levensvormen gemeen heeft, maar het culturele als dat wat hem daarvan onderscheidt, tot deze diepte wou ik immers doordringen. Tot het *menschliche*, *alzumenschliche*, die Grote Ander rondom en binnen mij.

Neen, het heeft niets met dergelijke allerindividueelste expressies van de allerindividueelste emoties te maken. Deze ogenschijnlijke contradictie tussen daad (psychofarmaca voorschrijven) en woord (psychotherapie bedrijven) vloeit voort uit de spanningsverhouding tussen twee alteriteiten: het medisch model en het psychoanalytisch model. En dan vnl. in zoverre zij een radicaal andere ethiek en epistemologie impliceren.

Ik zal hier zo summier mogelijk wat dieper op ingaan.

2. *Medisch model vs. Psychoanalytisch model*

Farmacotherapie is bij uitstek een medische act. Psychofarmacotherapie is bij uitstek een medisch-psychiatrische act. Psychiatrie is een subspecialisme van de geneeskunde. En wat is geneeskunde? Geneeskunde is een toegepaste natuurwetenschap d.w.z. zij wil haar proefondervindelijk opgedane kennis over de natuur toepassen om de nood van mensen te lenigen, het lijden te verzachten, de ziekten te genezen. Zij gaat daarbij op zoek naar objectief vaststellen feiten want op een juiste inschatting hiervan berust volgens haar het succes van de behandeling.

Medisch-psychiatrisch bekeken is het symptoom een teken van ziekte. De psychiater heeft als geneesheer niet zozeer aandacht voor het particuliere in de patiënt maar voor wat in die patiënt verwijst naar een algemeenheid: een syndroom, een ziekte die een plaats heeft in de op dat moment geldende taxonomie, in de geneeskunde nosologie genoemd. Nosologie die moet toelaten de mensheid op te delen in wij de normalen en zij de abnormalen. In dit verband een dubbele kritische kanttekening. Ten eerste: sinds Sydenham huldigt de geneeskunde het ziektebegrip. Er bestaan ziektesoorten zoals er planten- en diersoorten bestaan. De DSM IV kunnen we in dit verband beschouwen als een gedegeneerde karikatuur van de nosologie. Stel u voor dat we voor de 'diagnose' van een roos zouden kunnen kiezen uit de volgende descriptieve (of zo u wil: morfologische) criteria. Er is sprake van een roos als drie van de zes volgende criteria zijn vervuld... Plantkundige zouden ons uitlachen met zulk een taxonomie!

Ten tweede: lange tijd heeft de geneeskunde een andere zienswijze gehuldigd dan deze van de ziekten en ziektesoorten, nl. deze van Hippocrates, waarbij ziekte beschouwd werd als resultante van of het symptoom van dysharmonische basale krachten. Ik vermeld dit hier omdat dit geneeskundig paradigma is terug te vinden in een meer psychodynamisch ziektebegrip alsook in wat ik zou noemen en later zal uitwerken: een psychodynamische farmacotherapie.

Maar we keren terug naar de draad van ons verhaal. Bij het symptoom als teken van ziekten, m.a.w. in het medisch model is het de taak van de geneesheer-psichiater zich op verantwoorde wijze over de patiënt te ontfermen d.w.z. met deskundige kennis van zaken verplicht en onmiddellijk bijstand te verlenen en dit volgens het paradigma van wat ik zou noemen een materiële act. Geen woorden maar daden en zonder dralen. Het symptoom moet weg, de dader betrapt, het euvel gelokaliseerd, de rotte plek weggesneden. Kortom het ziekte-teken moet weg en liefst *cito, tuto* en *iucunde*, d.w.z. snel, op betrouwbare wijze en met minimale hinder voor de patiënt. Dit alles is zeer belangrijk en waardevol en vormt één van de polen waardoor wij ons in ons optreden laten leiden.

Daartegenover staat echter een radicaal andere, psychoanalytische benaderingswijze. Hier wordt de patiënt niet louter gezien als een object dat drager is van klachten en symptomen, ziekte-tekens genaamd en waarover men een als objectief geldend weten zou kunnen ontwikkelen. Hij is geen kapot lijdend voorwerp dat behandeld wordt onder de verantwoordelijkheid van de arts. De arts die hiertoe de autoriteit of het recht ontleent aan zijn wetenschappelijkheid en die de patiënt opdraagt of voorschrijft dat medicijn te nemen of zich zo wel en zo niet te gedragen 'voor zijn gezondheid'. Neen, door zich zo veel mogelijk te onthouden van een voorschrift of een materiële act, door neutraliteit en door het opschorten van zijn weten kan een ruimte ontstaan waarin de particuliere waarheid van de patiënt aan het woord kan komen. De waarheid die de zich herhalende patronen van zijn leven stuurt en zijn bestaan beknot.

Voor de psychoanalyse is het symptoom iets anders dan een ziekte-teken dat zo snel mogelijk moet verwijderd worden. Wat is immers de psychoanalytische definitie van een symptoom? Het is een onwillekeurig verschijnsel, waarvan de patiënt noch de oorzaak, noch de betekenis, noch de herhaling beheerst. Het is bovendien een betekenisvolle en creatieve poging met ondraaglijke psychische inhouden om te gaan en is in die zin een poging tot zelfgenezing. Het symptoom is niet alleen een plaats van lijden maar levert ook een zekere winst op, primair en secundair. Het is voor het onbewuste ook een plaats van (een vreemd, morbide) genot. Alles kan bovendien een symptoom zijn. Niet alleen hoofdpijn, depressie of frigiditeit. Ook de wens mooi te zijn, een bepaalde partner- of beroepskeuze, het telkens opnieuw uitlokken van verwerping of straf.

De psychiatrie bekeek het symptoom als een teken van ziekte. De psychoanalyse beluistert het als een betekenisvol verhaalelement. De psychoanalyse gaat er volgens het principe 'de patiënt heeft altijd gelijk' van uit dat symptomen zin en betekenis hebben. Ze zijn gebaseerd op de psychische realiteit van de patiënt en hebben bestaansrecht. Essentieel gaat het hem in dit alles om het Onbewuste. Dit onbewuste is actief en driftmatig. Het draagt in zich het weten van de herhaling en het kan aan bod komen via de vrije associatie, zijnde het spreken van de patiënt

wanneer hij niet meer weet wat hij zegt en bij wijze van spreken zijn mond voorbij praat.

Maar ik keer terug naar de kliniek om het thema farmacotherapie vs. Psychotherapie her op te nemen. In wezen fungeert het psychoanalytisch gedachtegoed binnen de Depressiekliniek in de eerste plaats o.w.v. ethiek, haar epistemologie en haar pathogenese als fundament. Niët omwille van haar techniek.

Zoals jullie allen weten is in deze benaderingswijze de hulpverlener voor de patiënt een verondersteld-wetend-subject (*sujet-supposé-savoir*). De hulpverlener schort evenwel zijn weten op zodat de therapie voor de patiënt zoveel mogelijk een scheppende act kan worden. De hulpverlener houdt zijn *docta* achter zijn *ignorantia* verborgen en helpt de patiënt op zoek gaan naar de waarheid omtrent zijn (ook door hemzelf) onbegrepen psychisch lijden. Bovendien verzaakt hij aan de therapeutische hoogmoed door zich niët te vereenzelvigen met de idealiserende overdracht van de patiënt. Hij verzaakt aan de verleiding de God te zijn, waarvan gezegd wordt 'En Hij schiep de mens naar zijn gelijkenis'. Verandering wordt zo veel mogelijk nagestreefd d.m.v. een doorleefd inzicht in de genese en de dynamiek van het eigen dysfunctioneren. De patiënt is dan niet louter een object, een lijdend voorwerp dat wordt behandeld door het weten en het voorschrift van de geneesheer. De patiënt is ook en vooral een subject dat in zijn gedeeldheid bewust/onbewust, kwaliteiten en gebreken, goede en slechte kanten, liefde en haat, willen-weten en niet-willen-weten moet gehoord en erkend worden en dat ertoe moet gebracht worden de verantwoordelijkheid voor zijn problemen op zich te nemen. Hij is een verondersteld-verlangend-subject (*sujet-supposé-désirer*).

Dit alles belet niet dat er binnen deze setting gebruik gemaakt wordt van het ganse arsenaal de psychiatrie en de psychotherapie eigen: ECT, medicatie, psychotherapie, sociotherapie, gedragstherapie, gezinstherapie enz. Dit echter op zodanige wijze dat middelen en methoden op coherente en convergente wijze zijn afgestemd op het hierboven beschreven doel.

Farmacotherapie kunnen we in deze optiek beschouwen als iets dat een ruimer therapeutisch gebeuren omkadert. Het woord 'kader' dat voor psychotherapeuten een welbepaalde betekenis heeft als 'datgene wat de voorwaarden vastlegt waarbinnen psychotherapie mogelijk en werkzaam kan zijn' (Pierloot en Thiel, 1986 p.4). En dit dan in tegenstelling met een farmacotherapie die gezien wordt als een *passé-partout* t.t.z. een sleutel die op alle slotjes past.

3. *Psychiatrische vs. Psychodynamische farmacotherapie*

Ik zal nu op de farmacotherapie als kader wat dieper ingaan en het hierbij eerst hebben over opgenomen psychiatrische patiënten. Daartoe eerst nog enkele woordjes over de setting, waarvan sprake. De Depressiekliniek is een afdeling voor plusminus 55 patiënten, waarvan ong. een 15-tal in dagbehandeling als tweede fase in hun therapeutisch proces. Ze is opgedeeld in 6 behandelgroepen en 1 opnamegroep.

De behandelgroepen worden samengesteld in functie van gelijkaardige behandelbehoeften, behandelmogelijkheden en/of behandelvragen en situeren zich op een continuüm dat kan gedefinieerd worden aan de hand van een aantal polariteiten zoals steunegend vs. Inzichtgend, psychiatrisch vs. Psychoanalytisch, gericht op syndromale opklaring vs. Persoonlijkheidsgroei etc.

Na één week observatie heeft er een opnameteam plaats. In dit opnameteam wordt de psychiatrische diagnose gesteld en worden alle mogelijke pathogenetische determinanten tegen elkaar afgewogen. Er is daarbij tegelijkertijd oog voor endogen, exogene, psychogene en onbewuste aspecten die stuk voor stuk in de therapeutische strategie worden verdisconteerd. Ook wordt er rekening gehouden met de behandelbehoeften, -mogelijkheden en de hulpvraag van de patiënt en zijn omgeving. In deze vergadering wordt het kader en de krijtlijnen van de behandeling uitgezet en daartoe behoort ook het medicamenteus beleid. Bij dit alles trachten we uitdrukkelijk een onderscheid te maken tussen een psychiatrische en een psychoanalytische benadering van het symptoom, zoals ik ze zojuist heb omschreven.

De farmacotherapie is in eerste instantie gericht op de psychiatrische ziektebeelden: antidepressiva, stemmingsstabilisatoren, antipsychotica en dit alles in functie van actuele (biologisch) psychiatrische inzichten. We proberen ons voorschrijfgedrag hier zo eenvoudig, eenduidig mogelijk te houden waarbij het *farmacon* zoveel mogelijk ten dienste van het woord kan komen te staan en niet het woord ten dienste van het *farmacon*. Dit medicatiebeleid blijft in de regel ongewijzigd, tenzij die zeer uitzonderlijke gevallen wanneer bijsturing zich opdringt. Dit gebeurt dan principieel alleen binnen de teamvergadering teneinde zich in een veranderend voorschrijfgedrag manifesterend tegenoverdrachtelijk reageren tot het strikte minimum te beperken. Ik zou dit psychiatrische farmacotherapie noemen en zij is bij majeure psychiatrische stoornissen altijd een *conditio sine qua non* voor verdere klinische of ambulante psychotherapie.

Voor dysthyme, angst- of andere neurotische symptomatologie geldt: geen of zo min mogelijk medicatie, waarbij het al dan niet invaliderend karakter en/of de lijdensdruk die met de symptomen gepaard gaan het voorschrijfgedrag bepaalt. Immers, wanneer deze symptomen een te groot volume hebben kunnen ze door de patiënt niet meer als betekenaar worden beschouwd en verliezen ze hun indicatieve waarde in het psychotherapeutisch proces. Farmacotherapie is in die optiek soms een noodzakelijk en veelal tijdelijk *adjuvans* voor psychotherapie.

Met name bij persoonlijkheidsstoornissen kan de psychopathologie zodanig disruptief zijn –en ik denk bijv. aan fugues, destructieve acting-out, automutilatie– dat de totstandkoming of het behoud van een samenwerkingsalliantie wordt onmogelijk gemaakt. In dat geval kan medicatievoorschrift deel uitmaken van pogingen tot limit-setting, waarbij naast gedragsregulerende maatregelen ook de farmacotherapie met de patiënt wordt onderhandeld en waarbij naast de nood aan toezicht ook de nood aan medicatie als parameter kan fungeren voor de therapeutische evolutie.

In beide gevallen zouden we van psychodynamische farmacotherapie kunnen spreken. De psychofarmaca richten zich niet op een ziektebeeld, maar worden

benut om in te spelen op dysharmonische psychische functies of krachten. Zowel de opvattingen van de late Van Praag als van Szondiaans mensbeeld waarbij de patiënt wordt opgevat als een conglomeraat van vectoren en driften werken in dit verband inspirerend.

Deze meer psychodynamische farmacotherapie heeft m.i. enkel een plaats in de residentiële psychoanalytisch psychotherapeutische behandeling. Zij heeft m.i. geen plaats in een ambulante psychoanalytische therapie. In dit verband wil ik aanstippen het wel degelijk alleen over psychoanalytisch geïnspireerde therapievormen te hebben en niet over bijv. gedrags- of systeemtherapie. Ook wil ik in dit verband wijzen op de stringente definitie van psychotherapie als 'een gestructureerde en methodisch opgezette vorm van hulpverlening, vertrekkend van een vrijwillig aangegane overeenkomst of contract, bestaande uit een relationele interactie van een deskundig therapeut met één of meerdere patiënten, steunend op een bepaalde theoretische visie van een psychisch en relationeel functioneren en leidend tot zekere veranderingen in het psychisch functioneren van een individu of in de relationele interacties binnen een systeem.' (Pierloot en Thiel, 1986 p.9) omdat tegenwoordig wel eens de neiging ontstaat elk spreken met de patiënt als 'gespreksterapie' aan te duiden.

Dus waarom alleen psychiatrische en geen psychodynamische farmacotherapie bij ambulante patiënten? Omdat het in een ambulante setting verondersteld is te gaan om patiënten die buiten de zittingen goed genoeg functioneren. Realiteitstoetsing, frustratietolerantie, impulscontrole en de kwaliteit van hun objectrelaties zoals ze ondermeer blijkt uit hun socioprofessionele inschakeling zijn goed en constant genoeg van niveau. Patiënten in een klinische setting daarentegen verblijven daar per definitie omdat ze dysfunctioneren. Zij zijn zij het door een persoonlijkheidsstoornis, zij het door regressie of door een syndromale aandoening in hun Ik verzwakt, wat impliceert dat ze naast een inzichtgevende benadering ook meer behoefte hebben aan externe steun, structuur of psychofarmaca.

4. *Besluit*

Ondanks een uitgesproken psychotherapeutische en psychoanalytische belangstelling en oriëntatie kan ik mij niet terugvinden in de verkettering van een psychiatrisch en psychofarmacologisch interveniëren, wat men nogal eens hoort van bepaalde –veelal analytische psychotherapeuten.

Vanuit de dagdagelijkse klinische realiteit, dewelke zich kenmerkt door de alomtegenwoordigheid van complexe psychopathologie waarbij er een naast elkaar bestaan is van psychiatrische stoornissen i.e.z. en van meer neurotische of persoonlijkheidsstoornissen pleit ik voor een rationele farmacotherapie. Deze dient gestoeld te zijn op actuele biologisch psychiatrische inzichten in het geval van psychiatrische farmacotherapie en op een doordachte en weloverwogen psychotherapeutische strategie in het geval van psychodynamische farmacotherapie.

Ze mag niet geïnspireerd zijn op de onmiddellijke evacuatie van onlust- of onmachtsgedragens hetzij vanwege de patiënt, hetzij vanwege de psychiater m.a.w. ze mag niet plaatsvinden *à la carte* of *à demande*.

Farmacotherapie is immers vaak een noodzakelijke voorwaarde en een dankbaar hulpmiddel om diepgaandere groei bij onze patiënten mogelijk te maken. In de meeste gevallen bewerkstelligt dit een stabilisatie van het ziektebeeld met de daarbij horende verhoging in het niveau van functioneren. Bovendien kan op deze manier ook met zwaardere psychiatrische patiënten substantieel psychotherapeutisch werk worden geleverd.

Anderzijds kan ik mij niet terugvinden in een eenzijdige biologisch psychiatrische benadering die vaak de dekmantel en het alibi is voor een psychotherapeutisch nihilisme waarbij de patiënt wordt gereduceerd tot een geDSM-IViseerd object, dat behandeld wordt en in zijn unieke subjectiviteit wordt miskend. Als psychiater, werkzaam in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis dat niet afkerig is van zware en moeilijke psychopathologie, beschouw ik pillen als een deel van het kader dat mij als psychotherapeut bij het ontsluiten van de innerlijke belevingswereld en het onbewuste *niet* belemmert.