

# Het medicatiespreekuur in een schematherapeutische groepsbehandeling

Binnen de kliniek en deeltijd schematherapie van Altrecht worden ook de medicatiecontacten vormgegeven in de groep. Hoewel er geen medicatie bestaat voor het behandelen van een persoonlijkheidsstoornis, heeft medicatie wat Altrecht betreft wel degelijk een duidelijke plek binnen de behandeling. Met het aanbieden van het medicatiespreekuur als groepstherapie wordt expliciet verbinding gemaakt met de overige onderdelen van dit intensieve behandelprogramma. Tevens helpt de groep bij het maken van goede inschattingen over de toepasbaarheid van de medicatie.

Door Marjolein den Hartog

Er is geen medicatie die specifiek geregistreerd is voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Dat betekent echter niet dat medicatie in de behandeling geen rol speelt.

Er zijn twee redenen om medicatie te starten bij een patiënt met een persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose, namelijk reductie van symptomen of de behandeling van comorbiditeit.

Als we het hebben over symptoomreductie is het belangrijk om helder te zijn over het feit dat we zeker niet alle symptomen van de persoonlijkheidsstoornis weg willen maken. Het concept van een intensief psychotherapeutisch programma is juist om iemand met behulp van psychotherapie, gecombineerd met een specifiek milieutherapeutisch klimaat daaromheen, te leren om de symptomen te herkennen als gevolg van innerlijke en interpersoonlijke dynamiek en te stimuleren juist in genoemde dynamieken verandering te bewerkstelligen. Het volledig onderdrukken van de symptomen met behulp van medicatie zou dit leerproces juist verstoren. Maar soms zijn symptomen zo sterk aanwezig dat het iemand te zeer belemmert om in een therapeutisch veranderingsproces te komen; de *window of tolerance* is dan te smal. Dan kan een

tijdelijke symptoomreductie nodig zijn om de behandeling mogelijk te maken. Ik gebruik vaak de vergelijking met leren zwemmen: hoewel het niet de bedoeling is dat je de rest van je leven alleen met drijfmiddelen kunt zwemmen, is het om de beenslag echt goed te leren belangrijk om te oefenen met een plankje, zodat je alle aandacht kunt geven aan hoe je die beenslag vormgeeft, zonder de angst te verdrinken. Zo kun je ook medicatie inzetten om iemand de ruimte te geven om met de psychotherapeutische inzichten aan de slag te gaan, zonder het risico overspoeld te raken. Antidepressiva of laag-gedoseerde antipsychotica kunnen hierbij heel helpend zijn.

### *Het spreekuur is een vast onderdeel, dus ook patiënten die geen medicatie gebruiken zijn aanwezig*

Comorbiditeit komt veel voor bij onze patiëntenpopulatie. En dat zal deels zijn omdat we een selecte groep patiënten zien die bij andere, minder intensieve behandelingen onvoldoende geholpen zijn. En deels omdat een persoonlijkheidsstoornis gewoon zelden alleen komt. Als er een comorbide stoornis gediagnosticeerd kan worden, is het belangrijk deze ook goed te behandelen, en daar hoort medicatie vaak bij.

#### **Medicatiespreekuur als groepstherapie**

Zoals alle therapieën in de kliniek en deeltijd, wordt ook medicatie in de groep

besproken. In de groep inventariseer ik wat iemand aan medicatie gebruikt, of er wensen zijn ten aanzien van medicatiegebruik (zoals afbouw of juist starten) en bespreken we met elkaar de overwegingen die daarbij horen. Er is veel ruimte voor vragen, zowel over medicatie als over thema's als middelengebruik.

In ons programma is het medicatiespreekuur een vast onderdeel. Dus ook patiënten die geen medicatie gebruiken zijn bij dit onderdeel aanwezig. Hierdoor is het al dan niet gebruiken van medicatie (met alle voor- en nadelen van dien) volledig geïntegreerd in het therapeutisch programma. Er zijn diverse redenen om medicatie in de groep te bespreken. Door het medicatiespreekuur in de groep te organiseren is de toegang tot de psychiater voor alle patiënten gelijk. Het hangt niet af van de mate van crisis, van de doortastendheid van de patiënt, van de kennis over medicatie van de andere behandelaars of iemand wordt doorverwezen voor een medicatieconsult. Het gebruik van medicatie zorgt niet voor extra individuele gesprekken. Iedereen is erbij, en voor iedereen is er evenveel tijd. Waar ik veel theoretische kennis heb over medicatie, heb ik zelf de meeste middelen nooit gebruikt. Het is fijn voor mensen om van elkaar te horen wat een middel kan doen, wat ze kunnen verwachten bij afbouw, of bijwerkingen erg storend zijn of niet, en dat ze ook kunnen horen en zien hoe verschillend mensen op medicatie reageren. Ook is het belangrijk dat de groep op de hoogte is van veranderingen in medicatiegebruik. Zij kunnen steunend aanwezig zijn als iemand last heeft van de afbouw van medicatie, of soms eerder dan dat iemand het zelf merkt veranderingen in gedrag

ervaren als iemand met een middel start. Een ander aspect is dat er bij verzoeken om medicatie altijd een machtsverhouding speelt. De patiënt is altijd afhankelijk van de psychiater om iets voorgeschreven te krijgen; die kan dat recept wel of niet meegeven. In de groep speelt dit wat minder een rol, omdat de discussie verbreed kan worden. De groep kan gevraagd worden mee te denken met het groepslid, en kan de verbinding maken met andere therapieën. Soms leidt dit ertoe dat ik toch een medicijn voorschrijf, waar ik in eerste instantie geneigd was het niet te doen, omdat ik de argumenten van de groep mee kan nemen en niet alleen hoof af te gaan op wat de betreffende patiënt benoemt. Het kan ook juist gebeuren dat wanneer een patiënt zijn zinnen heeft gezet op een bepaald medicijn, de groep iemand kan overtuigen dat het niet helpend zou zijn om hierop in te gaan. Daardoor wordt het geen machtsstrijd tussen de patiënt en de voorschrijvend psychiater, maar wordt een medicatievraag ingebed in het therapeutisch milieu, en wordt gebruikgemaakt van de therapiegroep.

Zoals voor alle groepen geldt, is het ook in de medicatiespreekuur-groep van belang de processen die in de groep spelen goed in het oog te houden. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de opnemingsfase en daarop volgende autoriteitscrisis: waar de groep eerst open stond voor de kennis en kunde van de psychiater, brak na diens vakantie de fase aan dat de groepsleden het en masse beter wisten en zich verzetten tegen de toch goed gedocumenteerde en beargumenteerde medische input. Door deze dynamiek als ontwikkelingsfase van de groep te zien is het makkelijker te hanteren, wetende dat we

daar doorheen komen door weer present te zijn en zo wel ruimte te geven aan de energie in de groep maar ook waar nodig te begrenzen

Een ander voorbeeld betreft een groep waarin lange tijd de opvatting heerste dat je recht had op ondersteunende medicatie als

### *Wat de psychiater ook opperde, het werd allemaal terzijde geschoven*

je slecht sliep. Want door slecht te slapen kon je niet goed profiteren van het therapieaanbod en daarvoor was de behandeling veel te kort. Wat de psychiater ook opperde, de nadelen van het langdurig gebruik van benzodiazepinen en een tal van niet-medicamenteuze interventies werden allemaal terzijde geschoven. Door deze groepsdynamiek in het team te bespreken werd helder dat er ook in andere groepsblokken sprake was een te cohesieve ('kleffe') groep. De (te grote) interpersoonlijke betrokkenheid op elkaar uitte zich in overmatige zorgzaamheid en het koste wat kost verzachten van leed. Vanuit het modusmodel kon daar aan worden toegevoegd dat het 'gekwetste/ niet geziene kind' in de groep prominent de boventoon voerde en dat de pijn hierover werd weggemaakt door het voorkomen van elke vorm van leed.

#### **Schematherapie toepassen op medicatievragen**

Standaard in het medicatiespreekuur is het plaatsen van alle medicatiekwesities binnen het door ons gehanteerde therapeutische

referentiekader, te weten het modusmodel. Vanuit het modusmodel onderzoeken we de vraagstelling en kijken we hoe de vraag past in het totale therapeutische proces. Het kan bijvoorbeeld heel gezond volwassen zijn om met medicatie te willen stoppen. Maar het kan ook gezond volwassen zijn om medicamenteuze ondersteuning te vragen. De straffende ouder heeft vaak een mening over medicatiegebruik. Medicatie kan worden ingezet als zelfsusser, of iemand kan medicatie gebruiken om zijn zin te krijgen en gezien te worden, vanuit een overtuiging dat iemand pas echt wordt gezien, en zijn problemen pas echt serieus worden genomen, als daar medicatie voor wordt voorgeschreven. Dan maakt het niet meer uit of het ook echt helpend is, maar het niet meegaan in een medicatieverzoek wordt dan gevoeld als een boodschap dat iemands problemen niet ernstig genoeg zijn. Bij het gebruik van verslavende medicatie speelt ook de verslavingsdynamiek, waarbij

### *Het kwetsbare kind kan medicatie nodig hebben en het vrije kind kan zonder verdovende medicatie*

iemand er alleen nog maar op gericht is om dat middel binnen bereik te hebben. Als iemand instemt met medicatie kan daar conflictvermijding onder zitten: als de behandelaar voorstelt om medicatie te gaan gebruiken, zal hij wel van mij verwachten dat ik daarin toestem, en er wordt niet meer zelf over nagedacht. Het is dan heel helpend als de groep kritische vragen stelt, waar de

betrokken patiënt het zelf niet doet. Het kwetsbare kind kan medicatie nodig hebben en het vrije kind kan zonder verdovende medicatie, of juist met ondersteunende medicatie meer ruimte krijgen.

Elke vraag proberen we met de groep op deze manier te analyseren. Welke behoefte zit er achter de vraag, en is medicatie(af/opbouw) daarop echt het passende antwoord of zijn er andere wegen te bewandelen die uiteindelijk functioneler en constructiever zijn?

*In de groep zit een jonge vrouw, Mara. Haar hoofddiagnose is vermijdende persoonlijkheidsstoornis. Ze vermijdt elke emotie en gaat gemaskerd door het leven. Niemand die haar echt kent. Onder het masker is er somberheid en suicidaliteit. Ze heeft diverse behandelingen geprobeerd, maar het lukte niet om echt verandering teweeg te brengen. De angst voor verandering is te groot; de angst voor wat ze voelt, wat ze tegen gaat komen, maar ook voor wat ze kwijtraakt als het masker niet meer functioneert. Want het levert haar ook veel op, op het gebied van werk en oppervlakkige relaties.*

*Het is vrijwel onmogelijk om door het masker heen te komen. De ambivalentie ten aanzien van verandering is groot en we komen in de kliniek niet veel verder. We benoemen tijdens een groepstherapie dat we zien hoe groot de angst is. Tijdens het medicatiespreekuur bespreken we ons advies om met medicatie te starten om de angst te verminderen. Mara is er fel op tegen. Ze heeft dat heus niet nodig, en het heeft niets met angst te maken dat ze sommige dingen niet aangaat maar ze weet gewoon niet of ze wel veranderen wil. In de groep maken groepsleden zich ook zorgen om Mara; dat er weinig vooruitgang is, valt hen allemaal op. Mara wordt gespiegeld in haar angstige en vermijdende coping door*



Figuur 1. In het modusmodel geplaatste medicatiekwesties

groepsleden en er zijn groepsleden die kunnen vertellen wat hun ervaring met medicatie is. Er komt een eerlijk verhaal, zowel de positieve als negatieve ervaringen worden besproken. De weerstand bij Mara kan worden gelabeld: er is een beschermer aan het woord, die alles wil laten hoe het nu is, en de straffende ouder is ook volop aan het tetteren, door te roepen dat het gebruik van medicatie een vorm van valsspelen is, dat je als je medicatie gebruikt niet echt aan het werk bent, dat gebruik van medicatie bevestigt dat ze een loser is. Er is echter ook de neiging om het conflict met mij te vermijden en daarom in te stemmen met het voorstel. Het lukt Mara zelf niet om een gezonde volwassen boodschap uit te spreken, maar daarin komt de groep haar te hulp. Mara blijft bij haar standpunt geen medicatie te willen gebruiken. Maar de suggestie van medicatie is ingebed in het totale proces, en niet een parallel lijntje dat zich afspeelt buiten het zicht van de groep.

Tijdens het medicatiesprekuren komt de vraag waarom Anna begint met het afbouwen van haar antidepressivum, terwijl Myrthe het advies kreeg te wachten met afbouw tot na het klinische deel van de behandeling. Waarom dit verschil? Aan de hand van het modusmodel kan worden uitgelegd dat de medicatie bij Anna emoties onderdrukt (zelfsusser), waardoor wordt voorkomen dat ze haar emoties kan leren gaan (h)erkennen en reguleren. Dit lijkt een passende stap in haar therapeutisch proces. Bij Myrthe is de medicatie ondersteunend, zij is juist goed in proces, en het lijkt niet verstandig om in deze fase van de behandeling iets te veranderen wat haar ook zou kunnen ontregelen. Het gebruik van medicatie is voor haar goede zelfzorg voor haar kwetsbare kind, en een gezonde volwassen interventie.

## Ervaringen

Zoals al eerder genoemd is door van het medicatiesprekuren een vast groepsmoment

te maken, het voorschrijven en gebruik van medicatie geïntegreerd in het totale therapeutische programma. We zien als team veel voordelen van het op deze manier vormgeven van het medicatiesprekeuur. De nadelen zijn beperkt.

Waar voorheen medicatievragen zorgden voor een wat afgeschermd proces waar te weinig over gedeeld werd in de groep, zijn ze nu onderdeel van het totale behandelplan. Patiënten worden meer gestimuleerd zelf na te denken over wat ze willen met betrekking tot medicatie (ze hoeven niet meer te wachten tot de hoofdbehandelaar medicatie of afbouw voorstelt). Er is ook minder strijd om medicatie, omdat we met elkaar proberen te begrijpen waar de vraag vandaan komt.

Daarnaast is het zo dat het voor een psychiater vaak moeilijk is om een medicatievraag te beoordelen wanneer hij een patiënt niet zo goed kent. De aanwezigheid van een groep kan helpen om de achtergronden van de patiënt te snappen, en tegen deze achtergronden de medicatievragen te wegen. Zo lukt het goed om ook de patiënten die onder verantwoordelijkheid van een andere hoofdbehandelaar vallen goed te behandelen, zonder het gevoel te hebben slechts ten dele geïnformeerd te zijn. Het is prettig om op structurele momenten de medicatiewijzigingen te kunnen evalueren, en daarvoor niet steeds de agenda te moeten raadplegen en afspraken in te moeten plannen waar dat

eigenlijk niet past. Het is daarnaast ook een heel leuke manier om bezig te zijn met het vak. Het in gesprek gaan met patiënten over hun ervaringen met medicatie geven een andere dimensie aan de kennis hierover. Het belangrijkste nadeel van deze vorm van medicatiebehandeling is dat er in het toch al volle programma nog een extra groep geplaatst moet worden. Groepen maken de agenda inflexibel, zowel voor de patiënten als voor de behandelaars.

## Conclusie

Het vormgeven van medicatiesprekeur als een groepstherapie levert ons als team veel op. Medicatie wordt onderdeel van het totale behandelplan. De groepsleden kunnen elkaar steunen, maar ook kritisch bevragen, wat leidt tot betere overeenstemming over het medicatiebeleid. Door het schemamodusmodel ook te gebruiken bij medicatievragen wordt dit aspect goed in de rest van de behandeling geïntegreerd. Het leidt tot duidelijker zicht op waar een vraag vandaan komt, en tot zorgvuldiger afwegingen met betrekking tot medicamenteuze interventies. Er is minder ruimte om een medicatievraag in te zetten als middel voor een extra gesprek. Zie figuur 1 voor voorbeelden om de medicatievraag te kunnen begrijpen in termen van schematherapie (Genderen, van & Arntz, 2010).

*Marjolein den Hartog is psychiater en werkt bij Altrecht. Contact: m.den.hartog@altrecht.nl.*

## Literatuur

.....  
Genderen, H. van & Arntz, A. (2010). *Schematherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Nieuwezijds.  
.....