

Eigen Nederlandstalige publicaties over interpersoonlijk werken

- Hafkenscheid, A. (2004). De interpersoonlijke communicatietheorie (ICT) van Donald J. Kiesler (1) De theorie. *Psychopraxis*, 6, 15-19.
- Hafkenscheid, A. (2004). De interpersoonlijke communicatietheorie (ICT) van Donald J. Kiesler (2). De praktijk. *Psychopraxis*, 6, 59-64.
- Hafkenscheid, A. (2004). Hoe 'Rogeriaans' is de interpersoonlijke communicatietheorie en -therapie (ICT) van Donald J. Kiesler? *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 42, 267-278.
- Hafkenscheid, A. (2007). De betekenis van Donald J. Kiesler (1933-2007) voor de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 333-345.
- Hafkenscheid, A., & Gunderum, M. (2010). De therapeutische relatie als onderhandelingsproces: het resolutiemodel voor alliantiebarsten van Safran. *Gedragstherapie*, 43, 127-147.
- Veenings, A., & Hafkenscheid, A. (2009). Persoonsgerichte supervisie in de psychotherapieopleiding. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 108-119.
- Willemse, Y., & Hafkenscheid, A. (2009). Stagnaties in de therapeutische alliantie signaleren en repareren. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35, 342-357.

Forum

De illusie van het meten tegenover de kracht van de erkenning¹

Paul Verhaeghe^{*}

Wetenschap, in haar moderne, positief wetenschappelijke versie, heeft als doel het uitschakelen van toeval en het volledig beheersbaar maken van de natuur. In die zin is wetenschap inderdaad de opvolger van religie, want ze delen hetzelfde doel: angsthantering, zij het met volledig verschillende methodes. De successen die de wetenschap ontegensprekelijk geboekt heeft, hebben evenwel tot een waanidee geleid: dat zowel de natuur als de mens meetbaar en maakbaar zijn. Dit is de nieuwste versie van de klassiek Griekse hybride van de middeleeuwse Superbia.

Voor alle duidelijkheid: ik ben niet tegen wetenschap, wel tegen de reductie van wetenschap tot sciëntisme en het maatschappelijk misbruik daarvan. Vanaf de zeventiende eeuw had de Verlichting een revolutionair bevrijdend effect, omdat het de mogelijkheid opende om zelf te denken en te onderzoeken, met de rede als richtinggevend baken, waarlangs de mens autonomie kon verwerven, los van religie en opgelegde dogma's. Vandaag zien we, onder het mom van wetenschap, een terugval naar een voorwetenschappelijk vertoog, waarin dogma's het denken bepalen, en bijgevolg ook het daarbij aansluitend handelen. Dit is meer dan ooit het geval in ons eigen vakgebied, de klinische psychologie en de psychiatrie.

De Verlichting bestreed het religieus geïnspireerde fundamentalisme. Vandaag is het heel opvallend hoe sommige van haar erfgenamen zelffundamentalisten geworden zijn, en in naam van een bepaalde methodologie ('meten is weten') weigeren ideeën in overweging te nemen die binnen een dergelijke methodologie niet 'toetsbaar' zijn. De vaststelling dat heel wat zaken – en meestal de belangrijkste – via dit model niet onderzocht kunnen worden, precies omdat ze wezenlijk niet kwantificeerbaar zijn, toont vooral dat het model tekortschiet. In plaats van deze nochtans rationale conclusie komt er een totaal andere reactie die het onderliggende irrationele dogma blootgeeft: het is niet de methode die tekortschiet, wel die niet-meetbare werkelijkheid. Op deze manier vervoegen de voorstanders van deze verondersteld wetenschappelijke benadering hun verondersteld religieuze tegenstanders van welke, die ook alles afmaakten wat buiten het bereik van hun geloof viel, waarbij het afmaken bij tijd en wijle ook letterlijk gebeurde.

^{*} Paul Verhaeghe is klinisch psycholoog en psychoanalyticus, hoogleraar aan de Universiteit Gent, auteur van de boeken *Tussen hysterie en vrouw* (1996), *Liefde in tijden van eenzaamheid* (1998), *Over normaliteit en andere afwijkingen* (2002), *Het einde van de psychotherapie* (2009).

Op zich zou een dergelijke pseudowetenschappelijke reactie nog niet zo erg zijn, ware het niet dat elk fundamentalisme de aspiratie heeft om alles te willen, omvatten. Ook hier gebeurt dit, met als resultaat dat er binnen de klinische psychologie en psychiatrie heel wat belangrijke vragen onderzocht worden volgens de dwingende regels van een onderzoeksmodel dat haaks staat op de klinische werkelijkheid. De twee gebieden waar dit het meest flagrant optreedt, betreffen de psychodiagnostische classificatie en de effectiviteitsmetingen van psychotherapie. De bestudering van dergelijk onderzoek en vooral van de gevolgen ervan, toont dat dit naadloos samengaat met een 'kenniseconomie' die uitsluitend gericht is op meer winst en op sociale controle. Ik werk dit eerst uit voor psychodiagnostiek en vervolgens voor effectiviteitsmetingen binnen het veld van de psychotherapie. Tot slot zal ik aangeven hoe dit past binnen een strategie van beheersing en sociale controle.

Pseudo-wetenschappelijke diagnostiek

Er zijn van die films die op het netvlies van een generatie kijkers gebrand blijven. 'One flew over the cuckoo's nest' uit 1975 behoort tot die zeldzame groep. In twee uur tijd komt zo ongeveer alles aan bod wat er toen verkeerd liep in de psychiatrie: onbetrouwbare diagnoses, sociaal afwijkend gedrag dat benoemd werd als psychiatrische ziekte, dwangbehandeling, overmedicalisering en uiteindelijk zelfs lobotomie (het doorsnijden van verbindingen in de hersenen). Iets meer dan tien jaar later werd ik als jong broekje belast met het onderwys in de klinische psychodiagnostiek. Belast is het juiste woord, want niemand van het toenmalige professorenkorps wilde dat vak doceren. Kort gezegd: er zat een geurtje aan. Wetenschappelijk onderzoek in het kielzog van de antipsychiatrie had overtuigend aangetoond dat de diagnostische labels grotendeels onbetrouwbaar waren (dezelfde patiënt kreeg bij verschillende therapeuten verschillende diagnoses), dat de veronderstelde biologische ondergrond van die diagnoses een fabeltje was, en dat psychofarmaca veel te vaak werden voorgeschreven, bovendien binnen de context van een behandeling die steevast neerkwam op een verplichte aanpassing. Dit alles kreeg toen zeer ruime aandacht via literatuur, films en algemene pers.

Vandaag zijn we dertig jaar verder, met het volgende resultaat. Het aantal labels is spectaculair gestegen, van 180 (DSM-II) naar 292 (DSM-III-R) naar 365 (DSM-IV-TR), en straks met de DSM-5 een kleine vijfhonderd. Die labels stellen wetenschappelijk gezien niet veel voor, de meerderheid van de diagnoses wordt gemaakt op grond van eenvoudige checklists, en de neurobiologische grond van de stoornissen is veeleer een farmacologische reclameslogan dan een wetenschappelijk feit. Het gebruik van psychofarmaca is exponentieel gestegen en de psychotherapie is heel sterk aan het opschuiven in de richting van een disciplinerende.

Het merkwaardige is dat de meerderheid van de psychiaters en psychologen doet alsof deze diagnostiek wel betrouwbaar en valide is, waarbij er bovendien een groei-

ende groep collega's is die gelooft dat er inderdaad een neurobiologische en zelfs genetische grond is voor al die stoornissen.

Daarmee kom ik tot een voor de hand liggende vraag in deze tijden van *evidence-based science*: wat is het wetenschappelijk gehalte van deze diagnostiek? Daarbij moeten we twee dingen bevragen: langs de bovenkant de betrouwbaarheid van een diagnostische groepering van bepaalde symptomen of gedragingen tot een stoornis, langs de onderkant de bewijsvoering voor de verondersteld onderliggende neurobiologische en/of genetische oorzaak. Wetenschappelijk beschouwd betreft dit de vraag naar de validiteit van een bepaalde categorie.

Wat de groepering betreft: ondertussen is het pijnlijk duidelijk geworden dat de keuze voor de combinatie van bepaalde symptomen of gedragingen tot een veronderstelde diagnostische entiteit grotendeels arbitrair is en dus zeer betwistbaar. Het zou veel te veel tijd vragen om dit hier overtuigend te brengen, maar wie daar nog mocht aan twijfelen die leze het boek van Christopher Lane (2007), die als eerste toegang heeft gekregen tot het volledige DSM-archief, zelfs tot de briefwisselingen. In de huidige aanloop naar de DSM-5 staat de vakliteratuur nu al vol verhitte discussies tussen onderzoeksgroepen die hun voorkeur willen opleggen.

Het arbitraire karakter blijkt ook uit de klinische toepassingen: een diagnose gebaseerd op de DSM levert dubbel zoveel kinderen op met ADHD in vergelijking met een diagnose gebaseerd op de ICD, enkel en alleen op grond van een andere groepering. Bij de ICD moeten de kinderen zowel in de aandacht als in de activiteit gestoord zijn, bij de DSM volstaat een van de twee. Ook daar staat men nauwelijks bij stil: de keuze voor het ene of het andere handboek bepaalt of een kind een stoornis heeft of niet, en dus ook of het rilatine/ritaline krijgt of niet... Dit is, op zijn zachtst uitgedrukt heel erg vreemd. Bovendien wijzigen de criteria om de zoveel tijd, wijzigingen die overigens altijd in de richting van een uitbreiding gaan, denk maar aan autisme.

Als we met teveel van dit soort tegenstrijdige en verwarrende voorbeelden worden geconfronteerd – en er zijn er heel erg veel – dan komen we in een toestand van cognitieve dissonantie, iets wat we liefst vermijden. Vandaar dat het merendeel van de klinici het bij één handboek en dus bij één diagnostische omschrijving houdt, wat dan een schijn van zekerheid oplevert. Maar ook dat is een illusie, want zodra we een groep patiënten met eenzelfde DSM-diagnose verder onderzoeken, blijken die onderling meer verschillen te vertonen dan overeenkomsten. Dit is natuurlijk niet zo vreemd, in het licht van de arbitrariteit van die symptoomgroeperingen tot een bepaalde stoornis.

Het is ook diezelfde arbitrariteit die verklaart waarom de betrouwbaarheid van zowel de huidige diagnostische categorieën als van de meetinstrumenten even laag is als deze in de jaren zeventig. Toen werden er geruchtmakende wetenschappelijke onderzoeken gepubliceerd die dat uitdrukkelijk aantoonde. Vandaag kunnen die makkelijk herhaald worden, en dat is ondertussen ook al gebeurd. Ik geef maar één voorbeeld uit de vele: 1334 ervaren klinici kregen een gevalbeschrijving waarin

alle criteria voor een 'conduct disorder' uitdrukkelijk aanwezig zijn – minder dan de helft van hen zal effectief deze diagnose geven, en in totaal krijgt dezelfde gevalstudies 29 verschillende hoofdiagnoses (Kirk & Hsieh, 2004; zie ook het commentaar van Vanheule, 2011).

Het besluit is eigenlijk vrij duidelijk: deze vorm van diagnostiek is onbruikbaar, zowel voor wetenschappelijk onderzoek als voor de klinische toepassingen. Als een psychoanalyticus dergelijke kritieken formuleert, wordt dit ofwel genegeerd ofwel beschouwd als het zoveelste bewijs dat psychoanalytici niets van wetenschap snappen en geen wetenschappelijke houding aannemen. Vandaar dat ik heel graag verwijs naar de kritiek van de *British Psychological Society* op de voorlopige versie van de DSM-5, in een brief van juni 2011:

'De vermeende diagnoses gepresenteerd in DSM-V zijn duidelijk hoofdzakelijk gebaseerd op sociale normen, met "symptomen" die berusten op subjectieve oordelen, met weinig bevestigende fysieke "tekens" of evidentie van biologische oorzaken. De criteria zijn niet waardenvrij maar reflecteren veel meer de huidige normatieve sociale verwachtingen. (...) Deze (diagnostische systemen) beantwoorden niet aan de criteria voor categorisatie zoals gevraagd binnen een wetenschappelijk veld of binnen geneeskunde. We zijn bezorgd dat (diagnostische) systemen zoals deze gebaseerd zijn op het identificeren van problemen bij individuen. Dit gaat voorbij aan de relationele context van problemen en de onvermijdelijke sociale oorzaken van veel van deze problemen.'

Het vreemde is dat er ook daar niemand van wakker ligt, we doen rustig verder alsof er niets aan de hand is. Dit heeft alles te maken met het dominante paradigma in de betekenis van Thomas Kuhn (1970), of met een bepaald vertoog, in de betekenis van Foucault (1971) – dat vandaag ons denken bepaalt en een ander denken nagenoeg onmogelijk maakt. Concreet: het heersende paradigma dicteert een medisch model gefocust op het individu, waardoor ongeveer niemand nog luidop durft te zeggen dat de meerderheid van de mentale stoornissen een overduidelijke samenhang vertoont met maatschappelijke situaties. Dit in weerwil van het recente besluit van de Wereldgezondheidsorganisatie dat mentale gezondheid bepaald wordt door *sociale* factoren – ook die uitspraak vindt geen gehoor,² en de sociale psychiatrie krijgt vandaag veel te weinig aandacht.

Het is van belang dat de de methodologische kern van dit dominante en dus blind makende paradigma heel duidelijk expliciteren, omdat we pas dan de consequenties zichtbaar kunnen maken. Binnen het psychiatrische veld zien we twee benaderingen die elkaar beconcurreren en de geschiedenis van de psychiatrie is een geschiedenis van de wisselende machtsverhoudingen tussen die twee. Het ene model gaat ervan uit dat ogenschijnlijk identieke symptomen en symptomatische gedragingen zeer verschillende betekenissen en functies kunnen hebben bij verschillende patiënten. De diagnose moet zich daarop richten, en zal dan ook altijd de vorm aannemen van

een uitvoerig diagnostisch verslag binnen wat vroeger een holistische benadering heette en vandaag het biopsychosociale model. Het uitgangspunt daarbij is dat elke zieke of gestoorde persoon ondanks de overeenkomsten toch vooral verschillend is, en ook als dusdanig behandeld moet worden. De andere benadering is het entiteitsmodel: symptomatisch gedrag heeft een constitutionele oorzaak waardoor neurobiologische processen in gang worden gezet die aanleiding geven tot de uitingen van de stoornis. Het uitgangspunt hierbij is dat een ziekte bij verschillende patiënten dezelfde is, zodat de diagnose zich grosso modo kan beperken tot een label. Bovendien kan de behandeling protocollair worden uitgevoerd.

Vandaag overweegt het entiteitsmodel. De overtuiging heerst dat een stoornis op een onderliggend maladaptief neurobiologisch proces berust, bovendien met een genetische grondslag, waardoor patiënten min of meer hetzelfde storende en gestoorde gedrag vertonen. Binnen deze benadering moet evidence-based onderzoek zich dan ook altijd richten op zo groot en zo representatief mogelijke groepen, om daaruit die gemeenschappelijke kernen te destilleren; kwalitatief onderzoek op één patiënt wordt hoogstens als een aanvulling beschouwd. Dit is meteen de grondslag van de DSM-diagnostiek. Op zich klinkt dit heel mooi en heel overtuigend, op een klein detail na: er zijn geen overtuigende wetenschappelijke bewijzen, noch voor die verondersteld neurobiologische ondergrond of genetische causaliteit, noch voor de validiteit en betrouwbaarheid van deze diagnostiek. Bijkomend gevolg is dat elk onderzoek dat is gebaseerd op dergelijke diagnostische categorieën, meteen als onbetrouwbaar kan worden beschouwd – ook dat wordt veel te weinig gezegd.

Ik moet hier even een terzijde inlassen. Vandaag is onderzoek synoniem met geavanceerde statistiek en het merendeel van de mensen in de psi-wereld is daar niet mee vertrouwd. Wie geneeskunde studeert, krijgt daar tijdens de klassieke opleiding ongeveer niets over, in de vernieuwde versie is het iets beter, maar nog altijd vrij zwak. Wie psychologie studeert, krijgt ongeveer elk opleidingsjaar minstens één hoofdvak statistiek en onderzoeksmethodologie, en aan het einde van beide studies hebben studenten toch niet veel meer dan een basiskennis. Even een kleine test: wie weet waarvoor kappa staat? Dit is een statistische coëfficiënt die aangeeft hoe betrouwbaar een meting is, en die aldus toelaat de meetfout te elimineren die te wijten is aan toeval. De standaard voor kappa is 0,4 tot 0,6. De DSM-III verhoogde dit tot 0,7 en zelfs tot boven 0,8, wat meteen betekent dat hun diagnostische criteria plots heel erg betrouwbaar leken, maar het volgens de gangbare normen niet zijn (Lane, 2007, p. 68). Ook daar ligt niemand wakker van.

Een kappameting is relatief eenvoudig, zeker in vergelijking met het soort statistiek dat we vandaag in de onderzoekspublicaties aantreffen. De complexiteit daarvan is zo hoog dat ongeveer niemand nog in staat is om die te begrijpen, laat staan te beoordelen, vandaar dat bijna iedereen die overslaat. Zo'n tien jaar geleden moest ik vaststellen dat ik als hoogleraar niet meer in staat was om de nieuwste, computer-gebaseerde methodes te begrijpen, laat staan te beoordelen. Ik heb toen een beslissing genomen die achteraf bekeken heel verstandig was: ik zond een aantal briljante

jonge mensen, doctores in spe of pas doctor, naar Brussel voor een van de meest geavanceerde masters in *Statistics in Social Sciences*. Zij brachten die kennis mee naar mijn vakgroep, en als ik vandaag iets niet begrijp, vraag ik het aan hen. Het resultaat daarvan is zeer ontmochterend: bij een meerderheid van de onderzoeksartikelen moet je na het uitpluizen van het methodologisch gedeelte niet meer verder lezen, want de methodes zijn dusdanig *flawed* dat de conclusies op zijn zachtst uitgedrukt ernstig betwistbaar zijn.

Dit verklaart waarom ongeveer elk onderzoeksresultaat in ons vakgebied weerlegd kan worden door een ander onderzoeksresultaat, met als gevolg dat we in deze tijden van evidence-based een toch wel uiterst merkwaardig taalgebruik hanteren. We spreken over *believers* versus *non-believers*, en elke groep staat zijn geloof met hard wetenschappelijk onderzoek. De zogenoemde evidence-based wetenschap krijgt meer en meer de allures van een godsdienstoorlog, waarbij twee groepen lijnrecht tegenover elkaar staan, elk overtuigd van het eigen grote gelijk.

Het feit dat er zeer verschillende en zelfs tegengestelde onderzoeksresultaten gevonden worden voor de groep van ADHD-ers, van borderliners, enzovoort, is voor mij vooral het bewijs dat dit geen homogene groepen zijn – iets wat ander onderzoek heel overtuigend aantoont. Anders gezegd: wat in deze benadering (het entiteitsmodel) vooral verkeerd is, is de illusie dat mensen met eenzelfde label inderdaad gelijk zijn en dat men daarop onderzoek kan baseren. Meten is in dit geval heel zeker geen weten, integendeel. Dit brengt me bij mijn tweede onderwerp: het effectiviteisonderzoek van psychotherapie.

Effectiviteitsmeting

Is psychotherapie werkzaam of niet? Het antwoord daarop is niet zo moeilijk. Op grond van ervaringen die iedereen in de sector deelt, blijkt psychotherapie inderdaad te werken, en zelfs vrij snel. Plusminus vanaf de vierde sessie zijn er positieve resultaten merkbaar, grotendeels ten gevolge van de aandacht en de luisterbaarheid die de patiënt ervaart. Duurzame effecten van psychotherapie blijken dan weer vooral samen te hangen met langdurige psychotherapieën, en ook dat zal nauwelijks verwondering wekken. De werkzame factoren daarbinnen hebben heel veel te maken met de therapeutische verhouding en met de mate waarin de patiënt het gevoel heeft zelf een actieve positie te kunnen innemen bij de behandeling. Tot verrassing van heel wat therapeuten van mijn generatie blijken de specifieke therapeutische technieken of scholen er een stuk minder toe te doen.

Tot daar het goede nieuws. Het slechte nieuws is dat we deze evidenties vandaag zwart op wit moeten bewijzen binnen het dominante natuurwetenschappelijk model. Daarbij botsen we onmiddellijk op twee moeilijkheden. Ten eerste: hoe meet je die werkzaamheid, welke kwantificeerbare criteria ga je daarvoor gebruiken? Is een behandeling efficiënt als een aantal symptomen gedaald is in frequentie? Of is een behandeling geslaagd als het welbehagen bij de patiënt – ruimer: diens 'quality

of life' – toegenomen is? Dit is helemaal niet eenvoudig. Het is bijvoorbeeld best mogelijk dat de symptomen zijn gedaald, maar dat de patiënt zich niet beter voelt. Het omgekeerde kan ook, dat de symptomen nog steeds aanwezig zijn, maar dat de patiënt zich toch stukken beter voelt. En ten tweede: hoe bewijs je dat die eventuele werkzaamheid veroorzaakt wordt door de behandeling? Zeker als de therapie verscheidene maanden duurt, is het heel goed mogelijk dat een eventuele verbetering te maken heeft met zaken buiten de therapie, het feit bijvoorbeeld dat de patiënt een andere job of een nieuwe partner gevonden heeft. Maar misschien zijn die andere job en die nieuwe partner op zich ook al een eventueel gevolg van de behandeling – maar hoe kun je dat aantonen?

Zoals bekend is de gouden standaard voor evidence-based onderzoek het zogenoemde RCT-onderzoek, *randomized controlled trials*. Bij een bepaald proces houdt men alle factoren gelijk, behalve één, zodat eventuele verschillen in uitkomst wel een gevolg moeten zijn van die ene factor. Dit is simpelweg gezond boerenverstand, en je mag dit zelfs letterlijk opvatten, want deze methode komt onder andere uit landbouwstudies. Je neemt dezelfde grond, ingezaaid met dezelfde graansoort, maar het ene stuk krijgt bemesting X, het andere bemesting Y. Als er verschil in opbrengst is, dan ligt dat aan die bemesting. Of, in een andere opzet, dezelfde grond, dezelfde bemesting, maar twee verschillende graansoorten. Het verschil in opbrengst zal in dat geval te maken hebben met de graansoort.

Dit voorbeeld is duidelijk, en illustreert overigens meteen het doel: een hogere efficiëntie. Binnen de landbouw is dit gelukt, we hebben nu veel meer opbrengst dan ooit tevoren. Helaas blijken die efficiëntie en dat succes de laatste jaren toch niet zo onverdeeld te zijn. De verschraving en verzilting van onze landbouwgronden in combinatie met de vergiftiging van grond- en oppervlaktewater tonen het relatieve karakter van die efficiëntie – het is een kortetermijndenken dat op lange termijn nog voor veel ellende zal zorgen. Overigens maakt deze vergelijking met de landbouw meteen duidelijk wat we moeten begrijpen onder het moderne toverwoord efficiëntie: méér voor minder geld, en liefst nog sneller dan vroeger ook. Dit is het huidige marktdenken, en de inefficiëntie daarvan is het laatste jaar op de beurs spectaculair duidelijk geworden. Om dit te kunnen uitvoeren, moeten we alle factoren kennen en kunnen controleren. In geval van therapie betekent dit dat er minimaal aan drie voorwaarden voldaan moet worden: gelijke patiënten, gelijke methoden en gelijke therapeuten. Ik bespreek ze achtereenvolgens.

Eerst en vooral *gelijke patiënten*. Als men het effect van een bepaalde behandeling wil vergelijken met bijvoorbeeld een 'treatment as usual'-conditie, dan moeten er in beide groepen natuurlijk identieke patiënten zitten, anders heeft die vergelijking geen zin. In de praktijk betekent dit dat ze slechts aan één stoornis mogen lijden. Slechts één stoornis per patiënt betekent dat iedereen niet comorbiditeit eruit vliegt. Concreet impliceert dit dat ongeveer twee derde van de patiënten uit de échte consultatiesector niet mag meedoen, want dat is ongeveer het aantal dat ofwel géén duidelijke DSM-diagnose krijgt, ofwel er meteen twee of drie krijgt. Bovendien zijn er

heel wat patiënten voor wie we geen duidelijke DSM-diagnose kunnen formuleren, dus die komen ook niet in aanmerking voor dit onderzoek.

Vervolgens *gelijke methoden*. Dit betekent dat de toegepaste psychotherapie zo gestandaardiseerd mogelijk moet verlopen, wat dan op zijn beurt leidt naar zogeheten protocollaire of handboekgestuurde behandelingen. De benaming is afkomstig uit het medische domein, waar die aanpak trouwens meer en meer onder vuur komt te liggen. Een protocollaire aanpak beschrijft stap voor stap wat de therapeut moet doen, eventuele zijstappen inbegrepen, met als doel het garanderen van een identieke behandeling.

Dit voert meteen tot de derde eis: *gelijke therapeuten*. In wezen betekent dit dat de therapeut gereduceerd wordt tot een 'executive', iemand die enkel uitvoerend werk doet en zeker geen eigen initiatieven kan of mag nemen. Hij moet uitvoeren wat het handboek voorschrijft, punt aan de lijn.

De implicatie van deze twee laatste voorwaarden is zeer duidelijk: *de overgrote meerderheid van de psychotherapeuten kan met deze methodologie niet beoordeeld worden*. In die beperkte gevallen waar het wel kan, moet men bovendien meer dan de helft van de patiënten uitsluiten.

Het besluit is niet zo moeilijk te formuleren: wetenschappelijk gezien vindt RCT-onderzoek binnen de psychotherapie slechts een zeer beperkte toepassing, en de resultaten hebben een even beperkte reikwijdte. Bijgevolg hebben we dringende een andere methodologie nodig om de echte psychotherapeuten bij echte patiënten te kunnen evalueren. Om onverklaarbare en dus economische redenen wordt er een heel andere conclusie naar voren geschoven. In plaats van te stellen dat de methodologie tekortschiet omdat het merendeel van zowel de behandelingen als van de patiënten er niet mee onderzocht kan worden, klinkt de huidige boodschap als volgt: *Psychotherapievormen die niet volgens het RCT-model onderzocht kunnen worden, zijn niet wetenschappelijk en niet effectief*. Dit noem ik een perverse besluitvorming, die bovendien (zoals elke perverse) grenzeloos verder uitdijt. De volgende stap is dat de verzekerders zullen weigeren behandelingen te vergoeden die niet volgens het RCT-model gewogen zijn (voor een ruimere bespreking, zie Verhaeghe, 2009).

Het is hier dat het monitoringsysteem, zoals ontwikkeld door Nele Stinckens en haar onderzoeksgroep, een veel beter antwoord biedt, omdat het inderdaad veel beter aansluit bij de complexiteit van de alledaagse therapierealistieit dan de kunstmatige RCT-methodiek. Er is evenwel nog een andere reden die ik minstens even belangrijk vind. Met name dat de patiënt centraal staat, dat hij of zij om feedback gevraagd wordt en daardoor erkend wordt. Het belang daarvan kan moeilijk overschat worden. Het is precies die erkenning die vandaag binnen ons vakgebied aan het verdwijnen is, en dat brengt mij bij mijn derde en laatste punt.

Psychotherapie als disciplinerend

Ik keer even terug naar die film waar ik het over had. Dertig jaar geleden maakte die film deel uit van een ruimere maatschappelijke aanklacht tegen een verkeerde klinische praktijk, zowel op het vlak van diagnostiek als op het vlak van behandeling. Behandeling kwam er toen op neer dat de patiënt zich weer moest aanpassen aan de sociale normen. Mochten er toen effectiviteitsmetingen hebben plaatsgevonden, dan zouden die zonder twijfel dat als criterium hebben genomen: in welke mate zijn de storende symptomen verdwenen, in welke mate voegt de patiënt zich weer naar de gangbare orde? De vraag is hoe we daar vandaag tegenaan kijken.

Als psychoanalyticus ben ik bijzonder gevoelig voor woorden, omdat ik weet dat die nooit neutraal zijn en bijvoorbeeld vaak uitdrukking geven aan een achterliggende ideologie, zodat een maatschappelijke verschuiving op het vlak van woorden-schat altijd betekenisvol is. Niet zolang geleden hadden we het over psychologie en psychiatrie, nu hebben we het over gedragswetenschappen. Vroeger hadden mensen psychologische problemen, nu vertonen ze gedragsproblemen en spreken psychologen zonder aarzeling over gewenst versus ongewenst gedrag. Vroeger deden we aan diagnostiek, nu doen we aan assessment (die term komt uit de juridische wereld, denk aan assessor), ondertussen doen we zelfs al aan vroeg-detectie bij kleuters. Vroeger hadden we klinische psychologie, nu hebben we gezondheidspsychologie. En in het kielzog daarvan verdwijnt psychotherapie en komen er psychofarmaca voor in de plaats, samen met psycho-educatie.

Dergelijke verschuivingen zijn niet onschuldig, verre van. Begin van de jaren tachtig deed een Schotse moraalfilosoof, Alasdair MacIntyre (1981), de volgende voorstellingen. Ethisch gezien verwachtte hij een omkering van de kantiaanse ethiek, waarbij de mens vanaf nu een middel zou worden, en niet meer het doel. De nieuwe morele maatstaf daarbij zou effectiviteit worden, en bovendien een effectiviteit die meetbaar moest zijn, en daardoor niet meer in vraag gesteld zou kunnen worden. In hetzelfde (derde) hoofdstuk voorspelt hij dat er twee nieuwe hogepriesters zullen zijn, enerzijds de manager, anderzijds de therapeut, die elkaar bovendien wederzijds aanvullen. De eerste zorgt voor een meetbare effectiviteit, de tweede zorgt voor een eveneens meetbare aanpassing aan de sociale norm. Beide gebruiken manipulatie om hun doel te bereiken (Verhaeghe, 2011).

Dertig jaar na datum is zijn voorspelling grotendeels uitgekomen. Psychologie zit ondertussen overal – van de crèche tot het bejaardentehuis, van de werkvloer tot de slaapkamer – en overal dient ze om alles in de geijkte paden te laten verlopen, vooral de school wordt een gecombineerd centrum voor opvoeding, scholing en therapie. In al die verschillende sectoren en levensfasen wordt er voorgehouden hoe de ideale, de 'gezonde' (begrijp: de productieve) mens eruit moet zien, welk gedrag hij moet vertonen. Dat gezonde gedrag wordt overal geteld en gemeten en vervolgd als evaluatiesysteem opgelegd, met als resultaat dat zo ongeveer iedereen gestoord is.

Meten is weten, en de bijbehorende standaardisering en normering lijken op het eerste zicht zeer wetenschappelijk. In feite is het vooral een disciplinerende norm, met als doel controle en beheersing. Een paar jaar voor de publicatie van het boek van Alasdair MacIntyre gaf Michel Foucault zijn laatste lessen, waarin hij dezelfde ideeën naar voren bracht. Hij sprak over biopolitiek, als aanduiding voor een disciplinerende anonieme macht die onze identiteit bepaalt. In een indringend boek maakt Jan De Vos (2017) daar psychopolitiek van – het is inderdaad veeleer de psychologie die vandaag op alle mogelijke manieren de mens gaat standaardiseren in functie van één welbepaalde norm, met name effectiviteit. Op die manier maken we de cirkel rond, want in dit paradigma is een psychotherapie effectief als ze de patiënt terug effectief maakt, begrijp: is een psychotherapie productief als ze een patiënt terug productief maakt.

Wie mocht denken dat ik overdrijf, die moet even stilstaan bij de huidige diagnose van kinderen, van ADHD, ODD, autismespectrumstoornis tot gedragsstoornissen. Hoe verschillend ook, al deze veronderstelde stoornissen delen hetzelfde kenmerk: het kind faalt, is een 'loser' zoals zij zelf zeggen, want ze beantwoorden niet aan de norm van stilzitten, opletten, braaf, flexibel en sociaal zijn. Hun behandeling, en meteen ook het criterium waaraan de effectiviteit van de behandeling afgemeten wordt, is dat ze zich terug invoegen in de sociale orde. Ter overweging: in het merendeel der gevallen verdwijnt ADHD relatief snel zo vanaf midden juni, om met een doorstart te herbeginnen medio september, en tijdens de zomermaanden is er geen behandeling nodig.

Vanuit mijn klassiek psychotherapeutische en psychoanalytische invalshoek is er in de huidige mainstream psychotherapie geen plaats meer voor het subject. Hij of zij wordt niet erkend in zijn of haar subjectiviteit. Die kinderen met die labels zullen best een aantal problemen hebben, maar die labels drukken in eerste instantie de problemen uit die wij hebben, die de omgeving heeft met die kinderen. Vandaar dat zij als een homogene groep benoemd en behandeld worden, met als doel hen om te vormen tot een nog meer homogene groep van consumerende en productieve individuen (voor een ruimere bespreking hiervan, zie Verhaeghe, 2012).

Ik kom tot mijn besluit. Ik ben ervan overtuigd dat de meeste van de huidige psychotherapeuten zich niet kan en niet wil herkennen in het beeld dat ik schets, en dat zij in hun praktijk anders werken. Dit neemt niet weg dat de organisatie van de gezondheidszorg en in toenemende mate ook van het onderzoek en het universitaire onderwijs in die richting gaan. We moeten ons daar bewust van zijn en waar mogelijk daartegen reageren. Het is daarom dat ik heel erg gelukkig ben met het werk van een aantal collega's die tegen de stroom ingaat, en die in plaats van naïef outcome-onderzoek zich toelegt op het veel moeilijker procesonderzoek. De onderzoeksgroep van Nele Stinckens neemt daarbij een nog grotere uitdaging op, omdat zij van dit procesonderzoek meteen ook een monitoringinstrument wil maken. Een van de centrale sturende elementen daarbij is de inbreng van de patiënt zelf – waardoor hij of zij meteen erkend wordt. Daarmee implementeert zij een van de belangrijkste

werkzame factoren in elke vorm van psychotherapie, met name de inbreng van de patiënt en het daaruit voortvloeiende gevoel dat men effectief meetelt. En meetellen heeft een totaal andere betekenis dan tellen.

Noten

- 1 Weergave van een lezing gegeven op de studiedag in Leuven, op 17 februari 2011, 'Vinger aan de pols in psychotherapie. Monitoring als therapeutische methodiek', ingericht door professor N. Stinckens.
- 2 'Mental health is produced socially: the presence or absence of mental health is above all a social indicator and therefore requires social, as well as individual solutions... A preoccupation with individual symptoms may lead to a "disembodied psychology" which separates what goes on inside people's heads from social structure and context. The key therapeutic intervention then becomes to "change the way you think" rather than to refer people to sources of help for key catalysts for psychological problems: debt, poor housing, violence, crime' (WHO, 2009, *Mental Health, Resilience and Inequalities*, Copenhagen: WHO, Europe, p. V).

Literatuur

- De Vos, J. (2011). *Psychologisering in tijden van globalisering. Een kritische analyse van psychologie en psychologisering*. Leuven: Acco.
- Foucault, M. (1971). *L'ordre du discours*. Paris: Gallimard.
- Kirk, S.A., & Hsieh, D.K. (2004). Diagnostic consistency in assessing conduct disorder: an experiment on the effect of social context. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 43-55.
- Kuhn, T. (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago press.
- Lane, Ch. (2007). *Shyness. How normal behavior became a sickness*. Yale University Press.
- MacIntyre, A. (2007) [1981]. *After virtue. A study in moral theory*. Third Edition, London: Duckworth.
- Vanheule, S. (2011). Opvoeden vanuit de apothekerskast? Kanttekeningen bij het psychiatriëren van kinderen. *TWV*, 35(318), 5-18.
- Verhaeghe, P. (2009). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Verhaeghe, P. (2011). De effecten van een neoliberale meritocratie op identiteit. *Oikos*, 36, 4-22 (<http://www.liberales.be/essays/verhaegheneco>).
- Verhaeghe, P. (2012). *Identiteit*. Amsterdam: De Bezige Bij.