

Commentaren op ‘Het einde van de psychotherapie’ (Verhaeghe, 2009)¹

Psychotherapie as Verhaeghe knows it, en dan ook nog het einde ervan

Sjoerd Colijn²

Laat ik beginnen met te constateren dat het boek van Verhaeghe veel bevat wat interessant is, veel wat mij (en vele andere vakgenoten) aanspreekt, veel wat tot nadenken stemt. En nog goed geschreven ook, vanuit een brede historische kennis en een soms verhelderend inzicht in de psychoanalyse, en dan in het bijzonder de lacaniaanse variant. Na midden jaren '70 – het prachtige, bijna esoterische ‘Taal en verlangen’ van Antoine Mooij (1975) – hoor je in Nederland niet veel meer over Lacan, en dat is jammer, denk je, als je Verhaeghe leest. Het beste is Verhaeghe op dreef als hij mooi en beeldend vertelt over zaken die hij belangrijk vindt en goed aan de lezer wil uitleggen: bij voorbeeld Lacans begrip ‘*jouissance*’ en diens verhandeling over ‘het spiegelstadium’ als een vergeten voorloper van de recente ontdekkingen in de neurobiologie (Gallese) van spiegelneuronen als basis voor empathie en in de gehechtheidstheorie (Fonagy) van het spiegelen als beginpunt van identiteitsontwikkeling en affectregulatie. Ook Freud wordt op veel plaatsen mooi en inzichtelijk aangehaald, bijvoorbeeld in diens indeling van psychopathologie.

Een derde voorbeeld: zijn bespreking van de biologisering en medicalisering van de psychiatrie is behartenswaardig. Van de toegenomen dominantie van de biologische en genetische psychiatrie gaat zeker de dreiging uit ‘het einde van de psychotherapie’ te willen proclameren: zo gaan onderzoeksgeld en universitaire posities steeds minder naar de aanhangers van het psychologische dan wel psychotherapeutische paradigma en is er veel publicatiebias en te grote invloed van de farmaceutische industrie, waardoor de successen

¹ De literatuurverwijzingen van alle commentaren zijn verzameld achter het laatste commentaar. De commentaren staan in alfabetische volgorde naar auteursnaam.

² SJOERD COLIJN, psychotherapeut en klinisch psycholoog, is werkzaam bij Rivierduinen in het Centrum voor persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma en als hoofdopleider Psychotherapie bij PDO-GGZ Leiden/Rotterdam en Utrecht.

Correspondentieadres: scolijn@planet.nl

van geneesmiddelen veel breder uitgevent worden dan reëel is, en omgekeerd de grote beperkingen gebagatelliseerd worden. Veel uit het biologische paradigma moet zeker met kritische twijfel tegemoet getreden worden. Verhaeghe: 'De wetenschappelijke kennis over deze [ernstige psychiatrische, medicamenteus behandelde – SC] stoornissen is veel geringer en de farmacologische behandeling ervan veel minder effectief dan algemeen verwacht.' (p. 52) Een laatste voorbeeld: Verhaeghes beschrijving van de verschuiving van klassieke psychoneurotische pathologie ('oude patiënten') naar actuaalpathologie ('nieuwe patiënten') is intrigerend en stemt tot nadenken.

Veel discutabeler is Verhaeghes weergave en daar telkens doorheen spelende beoordeling van de recente geschiedenis van de psychotherapie. Het begint meteen al in de eerste zin van de inleiding: 'Psychotherapie zoals wij die vandaag kennen, is een product van de woelige jaren zestig' (p. 7), waarna hij beschrijft hoe in de geschiedenis revoluties [altijd? – SC] verkeren in hun tegendeel: zoals de bevrijdingstheologie geleid heeft tot ultraconservatieve pausen heeft de anti-psychiatrie geleid tot de DSM, 'een stigmatiserende wijze van diagnosticeren'. Mij lijkt de huidige psychotherapie het product van een geschiedenis die ruim voor de jaren '60 is begonnen en erna nog vele betekenisvolle wendingen heeft gekend. Daar kun je wat mij betreft heel goed een slingerbeweging tussen psychologisme en sociologisme (psychopathologie uitsluitend verklaren uit psychische respectievelijk sociale dynamiek) enerzijds en biologisme (uit de interactie tussen biologische parameters) anderzijds in zien, maar dat is wat anders dan Verhaeghes met voorbeelden toegelichte, maar niet verder onderbouwde determinisme van de revolutie die zijn eigen kinderen opvreet: 'Psychotherapie heeft afgedaan. Waar is het verkeerd gelopen?' (p. 10). Verhaeghe neemt een aardig geïllustreerde, misschien leerzame hypothese als uitgangspunt, gaat die niet onderzoeken – voorbeelden van het tegendeel zoeken bijvoorbeeld –, maar deze telkens weer terugvinden in zijn weergave van de geschiedenis. In deze wijze van geschiedschrijven is geen ruimte voor voorbeelden die genoemde geschiedkundige hypothese weerspreken. Als we alleen naar het afgelopen decennium kijken: wat te denken van de groeiende wederzijdse bevruchting van neurobiologische ontdekkingen (Damasio, Gallese en anderen) en processen in de intrapsychische en interpersoonlijke dynamiek, zo relevant voor psychotherapie, al weten we nog niet altijd hoe de vertaling tussen die wetenschapsgebieden moet verlopen (zie het recente themanummer van het *TvP* hierover)? Wat te denken van de recente verworvenheden van het fundamenteel ontwikkelingspsychologische onderzoek op het gebied van de gehechtheidstheorie (Bowlby, Fonagy en anderen) en de extrapolatie daarvan naar pathologie op volwassen leeftijd en de behandeling ervan? Wat te denken van de recente tegenbeweging tegen het door de eenzijdige RCT-methodologie en de weinig nieuws opleverende *horse-race designs* gedomineerde effectonderzoek, waardoor de therapeutische relatie (Norcross, Trijsburg en anderen) en de schooloverstijgende veranderingsmechanismen in psychotherapie (Castonguay, Beutler en anderen) opnieuw in de aandacht staan? Wat te denken van de ontwikkeling van richtlijnen (let wel: geen voorschriften, maar wetenschappelijk gefundeerde adviezen), die niet alleen maar tot

een kaalslag door kortdurende symptoomgerichte behandelingen lijken te leiden, maar – zie de Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen – eveneens tot een pleidooi voor meer procesmatige, historiserende, contextualiserende behandelvormen als schematherapie en mentaliseren-bevorderende therapie?

Niets van dit alles bij Verhaeghe. Zijn vertrekpunt was, en zijn eindstation wordt, dat in deze tijd psychotherapie ‘afgedaan heeft’, ‘aan zijn einde gekomen is’. Hij ziet overal dehistorisering, decontextualisering, de mens gereduceerd tot een lijf met symptomen: de ‘actueelpathologie’. Een hypothese die een wetenschappelijke bespreking verdient, met oog voor falsificatie, en niet een gedreven betoog waarin retorica en zelfs demagogie niet geschuwd worden. Een paar voorbeelden van de redeneertrant van Verhaeghe. De onbetwistbare, verder niet beargumenteerde eigen perceptie: ‘Het hedendaags liefdesleven ziet er niet zo lief uit. Partners wantrouwen elkaar vanaf het begin, pogen zichzelf te beschermen tegen mogelijk bedrog door gedetailleerd uitgewerkte huwelijkscontracten en houden er vanaf de eerste dag aparte spaarrekeningen op na. Bij een conflict is onderhandelen niet echt een optie: inpakken en wegwezen, flexibiliteit is beter, het nieuwe product/de nieuwe partner staat gewoonlijk al klaar.’ (p. 24) Herkent u zich, lezer, in deze beschrijving? En herkent u uw patiënten? Ik niet; wat ik misschien wel herken, is een individualisering en verzakelijking van voorheen vooral door sociale conventies gestuurde relatievorming, en de worsteling van de moderne mens om een nieuwe manier te vinden om banden te smeden. Voor Verhaeghe is dit echter geen te onderzoeken veronderstelling, maar een als onbetwistbaar gepostuleerde geschiedkundige waarheid. Over die waarheid doet hij dan zijn beklag, waarna hij, gekwetst en gekrenkt als miskende profeet, zijn hoofd in de schoot legt en het einde van de psychotherapie proclameert. Een andere retorische truc, de overdrijving, de hyperbool, wordt bijvoorbeeld toegepast bij de beschrijving van de teloorgang (alles van waarde lijkt in Verhaeghes wereld ten onder te gaan) van de antropologische psychiatrie: ‘Het ooit evidente verband tussen een bepaalde cultuur, psychisch welbevinden en eventuele verstoringen daarvan, is inmiddels bezwaken onder druk van coca-cola, genetica en neurobiologie. Onze [westerse – SC] verstoringen zijn dé verstoringen, en wat hier geldt, moet ook ginder te vinden zijn.’ (p. 32) Het lijkt mij plausibel dat aandacht voor de culturele context in de trend naar snelle, korte behandelingen fors in het gedrang komt, maar ik zou zeker een lans willen breken voor de stelling dat we in het heden niet minder besef hebben van de culturele bepaaldheid van onze psychotherapeutische activiteiten, eerder meer. Waar we vroeger niet schroomden onze westerse, bijvoorbeeld psychoanalytische, ideeën onvervaard op andere culturen toe te passen, wordt in de huidige tijd hierover toch veel genuanceerder gedacht (zie bijvoorbeeld De Jong & Colijn, in druk) – al is dat niet altijd in ons therapeutisch handelen terug te vinden, maar dat is een ander probleem. Een derde retorische truc: het extreme presenteren als het normale. Hij citeert Koerselman, ‘nota bene een (Nederlandse) hoogleraar psychotherapie’, die toch niet bekend staat als vertegenwoordiger van de *mainstream* Nederlandse psychotherapie, als het voorbeeld waar het met de

Nederlandse psychotherapie naar toe gaat: toekomstige psychotherapeuten moeten volgens Koerselman ‘wat meer bereid zijn zich dienend in te voegen in een groter geheel van behandelingen in een biologische context.’ (pp. 54/5) Toch waarachtig geen onomstreden standpunt, veeleer een extreme positie in het Nederlandse psychotherapie-debat. Een laatste voorbeeld van retoriek – ik zou er nog veel meer kunnen noemen: ‘Heel wat psychotherapeuten eindigen met een serieuze kater op grond van een te frequent falen van hun aanvankelijk al te enthousiast toegepast behandelmodel, en worden daardoor overtuigde aanhangers van een biologisch determinisme.’ (p. 57) Kent u deze psychotherapeuten? Ze zijn er vast, blijkbaar zit Verhaeghe in een omgeving waar iedereen zich van de psychotherapie (en hem) afkeert, maar ik kom toch echt voornamelijk psychologen en andere GGZ-professionals (ja, ook artsen en psychiaters) tegen die vol enthousiasme en ambitie hun vak willen verdiepen en daar ook persoonlijk in willen investeren.

De retoriek van overdrijven, verabsoluteren, loochenen leidt tot navrante conclusies. Een belangrijk voorbeeld is zijn hoofdstuk over wat werkt in de psychotherapie. Een interessante, maar al vele malen door andere auteurs in de wetenschappelijke discussie neergezette beschouwing over de beperktheid van de onderzoeksmethodologie, over *allegiance effects*, over perverse besluitvorming, is doorspekt met ridiculisering van op zichzelf legitieme en ook voor de praktijk relevante wetenschappelijke discussies en laat belangrijke onderzoekspublicaties onbenoemd. Dit leidt dan tot de voorspelling dat over niet al te lange tijd het RCT-gedomineerde onderzoek tot de conclusie zal komen *dat psychotherapie niet werkt*. Hallo (zo spreekt hij zelf ook zijn lezers aan), Verhaeghe, kijk om je heen, sta open voor publicaties waarin deze kritiekpunten genuanceerd (en niet karikaturaal, zoals bij jou) weergegeven en vervolgens overstegen worden (Castonguay & Beutler, 2006; Lambert, 2004; Norcross, 2002) en doe een stap vooruit in plaats van te blijven mokken!

Na een tijdje lezen in het boek ga je je afvragen over welke psychotherapie Verhaeghe het eigenlijk heeft, *welke* psychotherapie volgens hem aan zijn einde is gekomen. Het blijft lang impliciet, maar steeds duidelijker komt naar voren dat Verhaeghe het heeft over een psychotherapie die uitgaat van het drift- en conflictmodel, de psychotherapie die is ontwikkeld voor klassieke neurotische patiënten, kortom de psychoanalytische therapieën, en dan vooral de lacaniaanse variant ervan. Over andere richtingen heeft hij het weinig, of soms met enig *dédain*: ‘Wat gedragspsychologen als “conditionering” betitelen, hadden Freud en Breuer eenvoudigweg [*sic* – SC] “falsche Verknüpfung” (foute koppeling) genoemd.’ (p. 93); ‘regressie (...) naar een eng bio-medisch denkkader’ (p. 127); ‘psychologische “interventies” – het militaire karakter van de term spreekt boekdelen’ (p. 115). Recente, spannende ontwikkelingen in de psychoanalytisch georiënteerde therapie, zoals MBT en TFP, worden zelfs nergens genoemd. Het lijkt gedurende het boek steeds duidelijker te gaan om psychotherapie *as Verhaeghe knows it*, de lacaniaanse psychoanalytische psychotherapie (en die kent hij goed, dat blijkt wel). Vanuit zijn perspectief veroorlooft hij zich (wat een pretentie!) die aan te duiden

als ‘de’ psychotherapie. Dáárvan is het einde in zicht, als hij schrijft ‘dat we de uitvaart van de psychotherapie aan het voorbereiden zijn.’ (p. 115)

Het mag duidelijk zijn dat ik (en met mij vele anderen) de psychotherapie en het vak psychotherapeut veel ruimer afbaken: de psychotherapeut is gespecialiseerd in het hanteren van een therapeutische relatie in veelal langerdurende (maar soms ook bewust kortdurende) behandelingen, voor patiënten met ernstige en complexe psychische problematiek; hij put daarbij uit de kennis, vaardigheden en attitudes die in veel therapeutische tradities (ook de psychoanalytische) ontwikkeld zijn, en benut bij de behandelingen de wetenschappelijke kennis die erover opgebouwd is (zie over de Nieuwe Psychotherapeut ook NVP, 2007). In dat bredere veld zijn de bedreigingen die Verhaeghe noemt zeker aanwezig, maar daar wordt actie ondernomen en de dialoog aangegaan, nieuwe ideeën uit de door Verhaeghe op sommige plaatsen afgeschreven academische wetenschap worden bevraagd en soms geïncorporeerd. Verhaeghe gaat geen dialoog aan, onderzoekt de mogelijk waardevolle elementen van deze andere gezichtspunten niet, houdt een retorisch betoog dat uiteindelijk een lijkrede wordt.

Tot slot: de titel vind ik echt schadelijk voor de beeldvorming rond de psychotherapie. Het vak kan absoluut tegen een stootje, maar het imago en de professie zijn kwetsbaar. Recensies in landelijke dagbladen slaan weliswaar nauwelijks acht op die titel, beschrijven het historische vertoog als een interessant (zij het soms gechargeerd) verhaal. Maar voor het grotere publiek is de titel en niet de inhoud de trekker, en Verhaeghe (en/of zijn uitgever) weet dat donders goed. Ik was vorige week in een wetenschappelijke boekwinkel in Leiden, en zag daar op de psychologieafdeling stapeltjes van dit boek liggen. ‘Het einde van de psychotherapie’: PR-mensen smullen van zo’n titel, goed voor de verkoop. Kort door de bocht en duidelijk, in de taal van deze tijd (zoals Verhaeghe die zelf misprijzend schetst!). Hij doet hier wat hij zo zegt te verafschuwen: vervlakking en effectbejag. Een terechte titel was misschien ‘Het einde van de lacaniaanse psychoanalytische psychotherapie’ geweest, of, veel passender, ‘De veranderende maatschappelijke context en psychotherapie. Een lacaniaans-psychoanalytische visie’. Maar ja, wie koopt een boek met zo’n titel!?

Als psychotherapeut ga je tijdens het lezen van dit boek denken: waarom doet hij dit, deze zelfkastijding, dit met welhaast masochistische lust schilderen van een wereld waarin alles van waarde in verval is? Waarom sluit hij zich eerst in zijn kleine lacaniaanse kamertje op, om zich vervolgens tot bloedens toe te gaan slaan? Waarom keert hij zich af van de dialoog met zijn vakbroeders, die hem graag nieuwe en interessante ontwikkelingen willen laten zien? Waarom zoekt hij niet, met behoud van eigen kracht, naar de waarde van deze nieuwe ontwikkelingen?

Ik zal mijzelf weerhouden van het duiden van deze dynamiek, vooral om de energie te behouden voor de veel belangrijker strijd. Psychotherapie is bedreigd, dat is zeker. Beroepsverenigingen hebben een marginale positie, aan de universiteit is psychotherapie in een niche terechtgekomen, de financiers sturen op kosten en willen alles liefst goedkoop en snel. Maar ik noemde al veel hoopvolle ontwikkelingen. Laten psychotherapeuten hun krach-

ten bundelen en knokken om de oude waarden en de nieuwe ontwikkelingen in en buiten hun beroepsgroep voor het voetlicht te brengen. Ik ben bang dat Verhaeghe voor dit gevecht verloren is. Het is jammer dat zo'n erudiete en begaafde schrijver liever de chroniqueur wil zijn van *the decline and fall* van het oude dan heraut van een onstuimige en veelbelovende fase waarin de psychotherapie opnieuw haar identiteit aan het grondvesten is.

Genoeg. Laten we uit de publicatie van Verhaeghe de mooi beschreven en interessante observaties meenemen, en vooral verder gaan. Laten we zijn zorgen over teloorgang van waardevolle elementen in sociale verbondenheid en identiteitsvorming, over de afnemende aandacht voor context en historie van onze patiënten ter harte nemen. Maar we zijn al veel verder dan Verhaeghe schetst en er zijn veel interessante nieuwe ontwikkelingen die onze energie nodig hebben. Laten we niet het grote publiek meetrekken in onze weklacht over een verloren strijd (en de krenking die daarmee gepaard is gegaan), maar ons, gesterkt door de ontwikkelingen in ons vak, met vuur en enthousiasme begeven naar nieuwe arena's: de dialoog met andere vakgebieden, de strijd tegen de altijd dreigende vervlakking van het biopsychosociale model tot een monisme van één van de drie elementen en het herwinnen van maatschappelijke acceptatie en aanzien van het beroep. Laten we niet langer energie steken in een vermeend einde van de psychotherapie – het was hoogstens het einde van het begin.

Gentse waterzooi of wereldkeuken?

Myriam Van Gael¹

Het psychoanalytische landschap in Vlaanderen wordt verdeeld door meerdere breuklijnen. Net als in de ons omringende landen zijn er verschillende psychoanalytische verenigingen, die in dynamische en soms ook minder dynamische verhouding tot elkaar staan. Daarnaast is er een regionale breuklijn die, ietwat simplificerend, de streek om en rond Gent scheidt van de rest van het land. De psychologiefaculteit van de Gentse universiteit speelt in die scheiding een prominente rol. In Gent afgestudeerde psychologen met psychoanalytische interesse doen voor hun verdere psychotherapeutische opleiding doorgaans beroep op het Gezelschap voor Psychoanalyse en Psychotherapie en de (internationale) Nieuwe Lacaniaanse School. In deze beide verenigingen vindt men opvallend weinig psychologen die in andere universiteitssteden studeerden, zoals er ook relatief weinig in Gent afgestudeerde psychologen te vinden zijn in andere Vlaamse of Belgische psychoanalytische verenigingen.

1 MYRIAM VAN GAEL, *psychoanalytisch psychotherapeut, is werkzaam op mozaïek, een afdeling klinische psychotherapie voor mensen met ernstige persoonlijkheidsproblematiek van het Psychiatrisch Centrum St. Amedeus te Mortsel.*
Correspondentieadres: myriam.vangael@skynet.be

Deze ‘Gentse’ psychoanalytici en psychoanalytisch psychotherapeuten lijken in mijn ogen (ik studeerde in Leuven dus ik kijk ernaar van een zekere afstand) een vrij hechte en homogene groep. Hun psychoanalytische perspectief is nadrukkelijk freudo-lacaniaans. Zij lijken een heel eigen (in mijn oren soms ietwat archaische) taal te gebruiken – zij spreken ‘Gents’ en daarmee bedoel ik uitdrukkelijk niet het plaatselijke dialect. Zij publiceren doorgaans in aparte tijdschriften (zoals *Psychoanalytische Perspectieven*) en participeren niet in de Stichting Tijdschrift voor Psychoanalyse. Zo’n hechte groep geeft haar leden een duidelijke identiteit. Haast onvermijdelijk brengt dergelijke sterke groepsidentiteit helaas ook een neiging met zich mee om zich af te sluiten en (soms met een ietwat superieure houding) af te zetten tegen ‘de anderen’ buiten de eigen groep.

Paul Verhaeghe is voorzitter van de Vakgroep Psychoanalyse van de Gentse psychologiefaculteit en kan in zekere zin de vader genoemd worden van de Gentse psychoanalytische familie. Maar hij is ook meer dan dat. Hij treedt naar buiten als een individueel en eigenzinnig denker, als iemand met een uitgesproken eigen stem en visie. Die stem is hoorbaar tot ver buiten Gent en ook buiten het bredere veld van de psychoanalyse in Vlaanderen. Met dit boek zal hij ongetwijfeld nog bekender raken bij een ruim publiek.

Wanneer ik dit schrijf ligt ‘Het einde van de Psychotherapie’ amper drie weken in de boekhandel. Toch kunnen we nu al zeggen dat nooit eerder een (Vlaams) boek over psychiatrie en psychotherapie zo veel (publiek) stof deed opwaaien. Verhaeghe kreeg interviews in alle belangrijke kranten en weekbladen, is regelmatig (ook in Nederland) op radio en televisie te horen en te zien, is een gevraagde gast voor publieke lezingen en debatten. Wat heeft hij (dat anderen niet hebben)? En wat zegt hij (dat anderen niet zeggen)? Met deze twee vragen wordt meteen duidelijk dat er twee vereisten zijn voor dergelijk succes:

- 1 Je moet (liefst toch wel) wat te zeggen hebben;
- 2 Je moet het goed kunnen zeggen en verkopen.

1 – Paul Verhaeghe heeft zeker wat te vertellen. Hij raakt in zijn boek belangrijke en controversiële thema’s aan die leven in de wereld van de psychiatrie en de psychotherapie. Het centrale thema in dit boek is de volgens Verhaeghe dreigende ondergang van de psychotherapie. Maar het gaat over zoveel meer, en juist dat maakt het ongemeen boeiend. Eindelijk horen we nog eens een heldere, overtuigende stem, opklinkend uit de wereld van de geestelijke gezondheidszorg zelf, die betoogt dat het sociaaleconomische bestel een sterke impact heeft op de lichamelijke en psychische gezondheid van het individu, op de omvang en de aard van psychische problematiek en op de manier waarop die problemen door de actoren in het maatschappelijke veld worden gezien en behandeld. Paul Verhaeghe begeeft zich dus als psycholoog en psychoanalyticus uitdrukkelijk en expliciet (en niet zoals gebruikelijk ergens in een terzijde of een voetnoot) op sociaal en politiek terrein. Psychotherapie en psychiatrie worden gepraktiseerd in een specifieke maatschappelijke context en mogen daar niet los van worden gezien. Psychiatrie en psychotherapie zijn zelf (ook) politiek. Het lijkt me lang, al te lang gele-

den te zijn dat dergelijk verhaal in ons taalgebied nog werd verteld. Het is in elk geval al zo lang geleden dat er dringend behoefte was aan een *update*, een actualisering van dit verhaal.

De afzonderlijke onderwerpen die in dit boek worden behandeld zijn op zichzelf zeker niet nieuw of innoverend. Het bijzondere is vooral de manier waarop ze met elkaar in verband worden gebracht, waardoor een samenhangend en een veel breder verhaal ontstaat. Dergelijke grote verhalen worden in deze tijd nog zelden verteld. Het is op dit gebied dat Verhaeghe volgens mij een leemte vult.

2 – Het verhaal moet echter ook voldoende ruim verspreid worden. Het moet door velen worden gehoord en in het publieke debat worden opgenomen. Daarvoor zijn nog andere kwaliteiten vereist. De inhoud moet goed verpakt worden. Het verhaal moet goed, overtuigend, prikkelend verteld worden. Ik denk dat iedereen het volmondig eens zal zijn dat Verhaeghe helder én prikkelend schrijft en spreekt. Hij heeft de gave om een gloedvol betoog te houden, om een écht verhaal te maken en te vertellen – wat erg zeldzaam wordt in deze tijd van gefragmenteerde *powerpoint*demonstraties. Hij formuleert wat hij te zeggen heeft doorgaans (vlijm)scherp, soms bijzonder geestig en soms ook enigszins agressief. Bovendien heeft Verhaeghe (tot spijt van wie het benijdt) een zekere *star quality*: een mengeling van charisma en *looks*. Vrouwen vallen voor hem, maar ook vele mannen hangen in bewondering aan zijn lippen. Hij brengt leven (*eros*?) in het soms enigszins bestofte analytische en psychotherapeutische wereldje. Ook dat draagt uiteraard bij tot verspreiding en verkoop.

Toch is er heel wat in en aan dit boek dat ik spijtig, bijzonder spijtig vind. Veel daarvan kan volgens mij in verband worden gebracht met het ‘Gentse’ van Verhaeghe. Ik verklaar me nader. Kenmerkend voor de ‘Gentse psychoanalyse’ in het algemeen en voor Verhaeghe in het bijzonder is een verregaande en vooral exclusieve Freud- en Lacanverheerlijking. Deze is ook in dit boek zeer prominent en soms storend voel- en leesbaar. Begrijp me goed: Freud en ook wel Lacan zijn onze (psychoanalytische) oervaders, en vaders moeten geëerd worden. Zij zijn onze geschiedenis, en het is belangrijk dat we deze geschiedenis kennen en niet loochenen, verdringen of lichtzinnig overboord gooien. Ik stel de bijzondere waarde van veel van Freuds ontdekkingen en van Lacans toevoegingen niet in vraag. Maar we zijn ondertussen een eeuw na Freud en er heeft in die honderd jaar psychoanalyse en psychotherapie heus wel wat bewogen. Ik vrees dat wie ‘Het einde van de psychotherapie’ leest de indruk krijgt dat dit niet het geval is geweest. Haast repetitief wordt ons voorghouden: Freud zei het al.... en Lacan heeft daar nog iets belangrijks aan toegevoegd en deze geschiedenis zijn we (of in elk geval: zijn velen) vergeten. Maar wie Verhaeghe leest, krijgt de indruk dat (met enkele zéér schaarse uitzonderingen) de geschiedenis van de psychoanalyse daarmee is opgehouden. Tenminste toch tot op het moment van vandaag. Nu ‘herleest’ Verhaeghe dat wat Freud en Lacan hebben gezegd op zijn manier en hij ontdekt dat hun verhaal (omwille van het ondertussen veranderde tijdsbestek) moet worden uitgebreid en enigszins aangevuld. Met eerst

Freud, dan Lacan en nu Verhaeghe hebben we de hele geschiedenis van de psychoanalyse (en als we niet uitkijken zelfs van de hele psychotherapie, want erg helder maakt Verhaeghe het onderscheid hier niet) gehad. Er wordt in dit boek zeer spaarzaam en waar het wel gebeurt erg kort en selectief zichzelf-dienend verwezen naar recentere psychoanalytische en psychotherapeutische bijdragen. En eigenlijk is dat toch wel zeer bijzonder voor een boek over het thema van maatschappelijke veranderingen en hun impact op psychische problematiek en de behandeling daarvan. Ik hoor de psychoanalyse-bashers hun pennen al slijpen. We maken het hun echt soms al te gemakkelijk.

Zo legt Verhaeghe een (overigens enigszins betwistbaar, maar dit terzijde) verband tussen zijn eigen concept van de actuaalpathologie en Freuds beschrijving, 100 jaar geleden, van de actuaalneurose. Daarbij vermeldt hij: 'Dit is andermaal het bewijs dat men het wiel opnieuw moet uitvinden als men de geschiedenis van zijn vakgebied niet kent.' Voor wie deze terechtwijzing bedoeld is, wordt in deze passage niet geheel duidelijk. Maar wellicht gaat het over de 'andere' (niet freudo-lacaniaanse) psychoanalytici en psychotherapeuten. In dat geval is het gemakkelijk om de bal terug te kaatsen. De enige geschiedenis die Verhaeghe goed lijkt te kennen is die van Freud en Lacan. Hij gaat immers volledig voorbij aan de talloze recente (en ook minder recente) psychoanalytische bijdragen in verband met niet-symbolisch functioneren. Zou hij er echt van uitgaan dat hij de eerste is (na Freud) die een pathologie beschrijft die niet primair betrekking heeft op de aard van mentale representaties maar waarin het representatiesysteem (het symbolisch functioneren) zelf aangetast lijkt? Als dat zo is, op welk eiland leeft hij dan?

Wat hiervan de gevolgen zijn, wordt een beetje aandoenlijk, maar eigenlijk ook wel zorgwekkend duidelijk geïllustreerd in het hoofdstuk 'Nieuwe patiënten, nieuwe therapeuten', waarin Verhaeghe op een zoekende, wat stuntelige en vooral zeer gefragmenteerde manier helemaal op zijn eentje (enkel met behulp van enkele fragmenten uit gevalstudies van Gentse collega's) een 'nieuw' behandelmodel probeert uit te werken voor zijn actuaalpathologische patiënten. Omwille van zijn gebrek aan interesse in of kennis van de auteurs die deze klus al lang en veel beter hebben geklaard, lijkt hij werkelijk verplicht te zijn om dit wiel opnieuw uit te vinden. Freud immers zag zijn actuaalneurotici als onbehandelbaar en ook bij Lacan is op dit gebied weinig houvast te vinden.

Peter Fonagy wees ooit in een interview met Paul Williams op de neiging van vele analytische auteurs om vooral te citeren uit klassieke artikelen en weinig te verwijzen naar recente psychoanalytische publicaties. Dit heeft nefaste gevolgen voor de ontwikkeling van de psychoanalyse als wetenschap. We accumuleren immers geen kennis meer, maar ontwikkelen de discipline allemaal in onze eigen individuele richting. Uiteindelijk, zegt Fonagy, zullen we allemaal alleen zijn. Precies deze vorm van eenzaamheid is het centrale thema van Verhaeghes boek.

Een tweede ding dat mij herhaaldelijk stoorde bij het lezen van dit boek is het overdreven gebruik van retorische trucs. Het is in een boek als dit uiter-

aard gepast om gebruik te maken van enige retoriek of overtuigingskunst. Ik prees daarnet nog Verhaeghes vermogen om een gloedvol, beklijvend betoog te houden. Enige overdrijving, polarisering, veralgemening, ironie, sarcasme enzovoort kunnen hierbij zeer behulpzaam zijn: het stelt de dingen scherp in het licht. De grens met wat misleiding moet worden genoemd is hier soms moeilijk te trekken. Het is echter wel duidelijk dat Verhaeghe die grens vaak al te vlotjes overgaat. Ik zal dit probleem illustreren met enkele frappante voorbeelden.

Verhaeghe lijkt in de gehechtheidstheorie iets te hebben bespeurd dat hij in zijn betoog kan gebruiken. Maar wie goed leest, zal bij deze passages over de gehechtheidstheorie regelmatig de wenkbrauwen fronsen en concluderen dat de kunst van het selectief en zelf-dienend 'herlezen' hier vaardig wordt bedreven. Zo zien we hoe Verhaeghe de voor de gehechtheidstheorie belangrijke concepten van affect en affectregulatie haast onmerkbaar ombuigt (of misvormt?) tot (aan)drift en driftregulering. Emotionele *arousal* en aandrift worden ergens in de tekst als vanzelfsprekend en *en passant* tot synoniemen gebombardeerd, waardoor de affecttheorie van de gehechtheidstheorie wordt omgetoverd tot een (lacaniaanse) drifttheorie. Hallo!?

Tweede voorbeeld. Na zijn (erg persoonlijke) samenvatting van essentiële punten uit de gehechtheidstheorie beschrijft Verhaeghe enkele implicaties daarvan. Wat die implicaties volgens hem zijn zal iedereen die vertrouwd is met de bevindingen van het onderzoek naar gehechtheid met verstomming slaan. Aangezien affectspiegeling door de verzorger cruciaal is voor de zelfontwikkeling van het kind, zo redeneert Verhaeghe bijvoorbeeld, is het logisch en onvermijdelijk dat zo de levenslange verwachting ontstaat dat een ander onze problemen wel zal oplossen en de verantwoordelijkheid voor onze lichamelijke *arousal* toegeschoven krijgt. De lezer die niet vertrouwd is met de gehechtheidstheorie kan dit wellicht slikken als zoete koek. Maar veel hoeft u er echt niet over te weten om te beseffen dat het in feite precies omgekeerd gaat: hoe adequater de spiegelende reacties van de verzorger op de affectieve *arousal* van het kind zijn, hoe veiliger dat kind zich zal hechten. En een veilig gehecht individu is doorgaans in staat om op autonome wijze de eigen affecten te reguleren, en zal de verantwoordelijkheid voor de eigen lichamelijke *arousal* dus juist het meest zelf opnemen.

Zulke dingen lijken misschien details, maar ze zijn meer dan dat. Het is een strategie die in dit boek al te vaak gehanteerd wordt. Verhaeghe verstaat de kunst om concepten en ideeën uit andere theorieën uit te rekken of te kneden en te vervormen tot hij ze kan gebruiken om het eigen betoog te ondersteunen.

Er zit overigens nog meer moois in de retorische trukendoos van Verhaeghe. Voor een gloedvol betoog dat effect resorteert, kan het nuttig zijn om bepaalde dingen in het volle licht te plaatsen en om andere dingen eerder in de schaduw te laten. Maar Verhaeghe kleurt de werkelijkheid vaak echt wel extreem zwart-wit. Zijn beschrijving van de situatie van de hedendaagse psychotherapie (en breder genomen van de hedendaagse werkelijkheid) is gitzwart. Zijn we werkelijk, in alle ernst, en zonder meer, de 'uitvaart van de psychotherapie' aan het voorbereiden? Het is (gelukkig maar) zeer gemakke-

lijk om hem hierop terug te fluiten en te wijzen op dingen die hiermee in tegenspraak zijn. Om één voorbeeld te geven: in de recente (Nederlandse) ‘multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen’ wordt psychotherapie (en meer in het bijzonder langdurige psychotherapie) aanbevolen als de eerste behandelkeuze en krijgen psychofarmaca een ondersteunende rol toebedeeld. En ‘haken psychotherapeuten massaal af omwille van het toenemend ageren van patiënten?’ Ik neem aan dat Verhaeghe toch ergens moet hebben opgevangen dat juist voor de sterk agerende groep van *borderline*patiënten (een aanzienlijk deel van de actueelpathologie waar hij het over heeft) vanuit verschillende psychotherapeutische oriëntaties behandelmodellen werden ontworpen (waarvan twee van psychoanalytische origine) die effectief blijken te zijn voor deze groep? En dat psychotherapeuten in Nederland en Vlaanderen actief hiermee aan de slag zijn gegaan in plaats van massaal af te haken?

Maar misschien is Paul Verhaeghe zich hiervan allemaal goed bewust. Misschien chargeert hij, verdraait hij, overdrijft hij, verzwijgt hij dingen om te prikkelen en zo te zorgen voor polemieken, discussie, debat. In dat geval doe ik hem wellicht onrecht. En toch vind ik het spijtig. Spijtig omdat ik ervan overtuigd ben dat het beter had gekund – dat *hij* het (nog) beter zou kunnen. Omdat ik vrees dat deze en andere tekortkomingen in Verhaeghes betoog ertoe kunnen leiden dat de essentie van zijn verhaal, die ik ten volle onderschrijf, al te gemakkelijk terzijde kan worden geschoven. Zijn boodschap zou wellicht nog krachtiger zijn wanneer hij haar zorgvuldiger, bedachtzamer zou uiteenzetten. Gentse waterzooi is best lekker, maar misschien moet Verhaeghe ook eens meer over de grenzen kijken en zo zijn kookkunst verfijnen tot hij met een gerecht voor de dag kan komen waarmee hij wereldwijd indruk maakt.

Het verdriet van een psychoanalyticus

Giel Hutschemaekers¹

In zijn boek schildert de Vlaamse psychoanalyticus en hoogleraar klinische psychologie Paul Verhaeghe een kleurrijk beeld van de wereld waarin wij leven en wat daarin zoal misgaat. Het icoon dat hij ons voorhoudt, stemt niet tot veel vrolijkheid. Integendeel, het maakt wel heel duidelijk dat de crisis van de psychotherapie veel minder met de minister en zijn DBC's van doen heeft dan met een fundamentele transformatie in de aard en ernst van psychopathologie. Daar waar de patiënten vroeger gebukt gingen onder zogenaamde symptoomneurosen heeft de hedendaagse patiënt vooral last van

¹ PROF. DR. GIEL HUTSCHEMAEKERS, *gz-psycholoog, is directeur van het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen en hoogleraar geestelijke gezondheidszorg bij de sectie klinische psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen. Tevens is hij directeur GRIP, het onderzoekscentrum van de Gelderse Roos.*

Correspondentieadres: g.hutschemaekers@acsw.ru.nl

ADHD, PDNOS en andere 'actueelneurosen'. Patiënten die gebukt gaan onder zulke *Aktueelneurosen* – Freud zei het zelf al – zijn geen geschikte kandidaten voor psychotherapie. Vandaar de trieste conclusie dat we het einde naderen van de psychotherapie. Paul Verhaeghe geeft stof tot nadenken.

Andere patiënten en andere interpretaties

Volgens Verhaeghe is onze samenleving de afgelopen decennia fors veranderd. Onze wereld hangt steeds meer aan elkaar van zo veel mogelijk verandering, liefst in steeds kortere tijd. Steeds meer gaat het om discontinuïteit en gebrek aan stabiliteit. 'ADHD is de norm geworden, flexibiliteit een verplichting, en burn-out het gevolg.' (p. 21) In die context wordt de ontwikkeling van een stabiele en eigen identiteit alsmaar problematischer. En hoe geringer de eigen identiteit, des te groter de behoefte aan nog meer beweging en discontinuïteit, maar ook hoe groter de geneigdheid om lid te worden van een rigoureuze groep. Het lijkt erop 'dat elke vorm van fundamentalisme – of deze nu christelijk, joods of islamistisch is – aantrekkelijk wordt.' (p. 27). In die wereld van Verhaeghe zou je liefst niet willen verkeren.

Volgens Verhaeghe is er een verband tussen deze veranderende wereld en een aantal nieuwe stoornissen in de spreekkamer van de psychotherapeut. Een sociaaleconomisch bestel dat stabiele groepsvorming ondergraaft, leidt onvermijdelijk tot problemen op het vlak van identiteitsvorming en regelgeving. Mensen voelen zichzelf 'leeg' en slagen er steeds minder in een eigen identiteit te ontwikkelen. Stuk voor stuk kunnen de meeste hedendaagse stoornissen begrepen worden als gevolg van een fout gelopen identiteitsontwikkeling bij gebrek aan stabiele, maatschappelijke groepen (pp. 32/3).

De nieuwe stoornissen hebben drie gemeenschappelijke kenmerken: de symptomen hebben vooral te maken met het lichamelijke; zij zijn meestal performatief (handelingsgericht) van aard en ten derde missen ze de betekenisgelaagdheid van klassieke symptomen. Tijdens de behandeling valt op dat de therapeutische verhouding allesbehalve positief en coöperatief van aard is, waardoor, om in de taal van Verhaeghe te spreken, er geen werkzame overdracht tot stand komt. Met traditionele psychotherapie weten deze patiënten daarom geen raad, en de therapeut staat machteloos. Nog maar een kleine stap verder en u begrijpt dat het einde van de psychotherapie in zicht is. Andere tijden, andere stoornissen en bijgevolg verlies aan effectiviteit van bestaande behandelingen.

Verhaeghes argumentatielijn is krachtig en dwingend. Wie zijn analyses van de samenleving volgt, moet hem ook volgen in zijn sombere voorspelling over het einde van de psychotherapie. Er lijkt geen ontsnappen aan, of toch wel?

Verhaeghe is niet de eerste die sombert over maatschappelijke ontwikkelingen en de gevolgen daarvan voor de psychotherapiepraktijk. Vooral psychoanalytici hebben daar een handje van. Eigenlijk begon het al met de leerlingen van Freud. Toen de eerste analytici in de jaren '30 voor de nazi's vluchtten en zich in Engeland en de Verenigde Staten vestigden, moesten zij vast-

stellen dat de freudiaanse analyse in deze nieuwe wereld toch minder goed werkte. Het kon toch niet zijn dat de oude meester zich had vergist en dat zijn theorie niet zo universeel geldend was? Nee, de verklaring die zij gaven, lag veel meer voor de hand: de patiënten hier hebben andere stoornissen: in plaats van de klassieke symptoomneurosen hebben zij karakterneurosen. De karakterneurose ontstaat vroeger in het leven; in plaats van oedipale trauma's gaat het hier om een pre-oedipale problematiek. Logisch dan ook dat bij deze patiënten de bankanalyse niet langer werkt, wel een *vis à vis*-aanpak. En zo ontstond de egopsychologie. Dat was een geniale vondst: men kon trouw blijven aan Freuds gedachtegoed en tegelijkertijd toch iets anders doen.

De geschiedenis is sindsdien niet stil blijven staan. Een generatie later constateerden Kohut en Kernberg dat hun patiënten niet langer pasten in de egopsychologische beschrijving. De problematiek van hun patiënten bleek nog fundamenteler en hun traumatisering was nog ouder. De *Self-psychology* was hun antwoord op die veranderende psychopathologie, die natuurlijk het gevolg was van een veranderende samenleving. Verhaeghe past in een traditie van analytici die op de trom slaan en constateren dat de problemen tegenwoordig nog erger en nog fundamenteler zijn, waardoor de klassieke therapeutische aanpak niet meer werkt. Dat geeft te denken: over wie zegt die constatering het meest, over de samenleving en de patiënten of over de psychoanalytici die er melding van maken?

Die vraag stellen is hem al beantwoorden. Mijn proefschrift ging over dit onderwerp (Hutschemaekers, 1990). Vertrekpunt waren de sombere berichten van psychoanalytici uit de jaren '70 en cultuurpessimisten als Christopher Lasch, die luidden dat de problematiek van patiënten ernstiger was dan daarvoor. Daarover interviewde ik 25 psychiaters en psychotherapeuten. Psychotherapeuten bleken helemaal niet eensgezind in hun analyse van de veranderingen. Bovendien bleken de standpunten van de analytici niet of nauwelijks te onderscheiden van die van Rogerianen, systeemtherapeuten, gedragstherapeuten en zelfs biologische psychiaters. Er bleken drie grondpatronen in de analyses: de ene groep zag enkel veranderingen aan de oppervlakte (klachten werden wat anders geformuleerd), de tweede groep veranderingen op syndroomniveau (andere uitingsvormen) en een derde groep zag vooral fundamentele veranderingen in onderliggende pathologie. Dit alles conform de drie niveaus van het medische model: klacht, syndroom en substraat. Ik vond daarnaast nog een tweede opmerkelijke lijn: het oordeel over het hier en nu bleek de beste voorspeller voor hun analyse van verandering. Dat bracht me tot de conclusie dat verhalen van hulpverleners over veranderingen bij hun patiënten meer zeggen over henzelf dan over hun patiënten.

The eye of the beholder

Verhaeghe kent zijn klassiekers. Ter ondersteuning van zijn betoog laat hij zijn lezers bij herhaling weten dat hij niet alleen staat in zijn analyses. Dat siert hem. Tegelijkertijd wekt het ook mijn verbazing op. Hoe kan het zijn

dat hij zich nergens de vraag stelt waarom zo velen voor hem al diezelfde veranderingen hebben geconstateerd, zonder dat de samenleving vervolgens conform hun voorspellingen uit elkaar is gespat? De voortdurende herhaling van argumenten had hem toch aan het denken moeten zetten.

Er is nog een tweede reden tot verbazing: waarom stelt Verhaeghe zichzelf en zijn collega-psychotherapeuten buiten de door hem beschreven verandering? Therapeuten weten als geen ander dat hetgeen ze zien ook alles met henzelf te maken heeft. Had hij zichzelf in de verandering betrokken dan zouden zijn analyses veel sterker zijn geweest. Dan zouden niet alleen de patiënten de 'schuld' krijgen van de teloorgang van de psychotherapie, maar dan had Verhaeghe zich vast ook de vraag gesteld of hij zelf als therapeut niet mee was veranderd en hij daardoor misschien ook zelf steeds minder in staat was het klassieke psychotherapeutische proces als therapeut te doorlopen. Waarom niet veronderstellen dat de geconstateerde decontextualisering ook op de therapeuten van toepassing is en dat ook zij steeds meer ADHD-kenmerken gingen vertonen? Waarom veronderstellen dat zij als enigen tijdens de therapie nog stil kunnen zijn, en als uitzondering op de algemene trend tijdens de therapie *niet* voortdurend decompenseren en hun frustratie uitageren? De door Verhaeghe zo treffend beschreven machteloosheid van de hedendaagse psychotherapeut komt ongetwijfeld voor rekening van de patiënt, maar waarom ook niet van de therapeut zelf?

Verhaeghe maakt, volgens mij, niet alleen een cruciale analysefout door zichzelf buiten de verandering te houden, maar hij plaatst zich daardoor in een kamp waar het slecht toeven is. Het is het kamp van de verongelijken die zich machteloos voelen. Het is het kamp van bijvoorbeeld de dementerende patiënt die verongelijkt constateert dat hij nog de enige is die in de gaten heeft dat iedereen zich in zijn omgeving vergist in het tijdstip van de dag. Het is ook het kamp van de ouders die verontwaardigd zijn over het gedrag van hun puberende kinderen en met opgeheven vinger uitroepen: 'Die jeugd van tegenwoordig toch!' Kenmerkend is het onvermogen afstand tot de eigen waarneming te nemen en de eigen positie te relativiseren. Uitspraken over de jeugd van tegenwoordig worden bij voorkeur gebezigd door ouders van rond de vijftig, die veranderingen niet toeschrijven aan hun eigen veroudering maar aan hun degenererende puberende kinderen.

Het pijnlijkst aan deze positie vind ik de bijbehorende machteloosheid. Door veranderingen (uitsluitend) in de ander te situeren ontstaat er geen ruimte om constructief met de eigen machteloosheid om te gaan. Omdat men het probleem volledig buiten zichzelf plaatst, kan men er ook niets aan doen. In plaats daarvan wordt men zuur, bitter en cynisch.

Echte psychotherapie

Eigenlijk ben ik het wel met Paul Verhaeghe eens dat de klassieke psychoanalytische therapie op het punt van verdwijnen staat, zeker uit de spreekkamers van de grote GGZ-instellingen. Ook voel ik mee in zijn zorgen en weemoedigheid. Maar de weg die hij gaat, kan ik niet volgen en vind ik eigenlijk een beetje getuigen van gebrek aan introspectief vermogen. Want, zo

luit mijn werkhypothese, psychotherapeuten veranderen mee met hun cliënten en ontwikkelen juist daarom nieuwe psychotherapieën. Met die nieuwe therapieën laten ze de onjuistheid van Verhaeghes stelling zien dat de moderne *Aktualneurosen* niet behandelbaar zijn met psychotherapie. Alleen al de erkenning van die mogelijkheid zou Verhaeghe tot vreugde stemmen.

Misschien ben ik bevoorrecht omdat ik in het Oosten van het land woon. Want soms heb ik toch echt de indruk dat ik hier ‘echte’ psychotherapeuten aan het werk zie die ‘echte’ psychotherapie aanbieden. Let wel: met ‘echte’ patiënten die in termen van Verhaeghe lijden aan de ernstigste actuaalneurosen. Toegegeven, die therapieën dragen niet de naam psychoanalyse. Nu eens heten ze ‘dialectische gedragstherapie’, dan weer ‘de behandeling van ‘duivelse spiralen’ en dan weer *mentalization-based treatment*. Zijn het echte psychotherapieën? Wie het weet, mag het zeggen. Maar voorlopig verkeer ik in de gelukkige omstandigheid dat ik ze waarneem als veelbelovende en intensieve behandelstrategieën, uitgevoerd door zeer deskundige psychotherapeuten met veel plezier in hun werk. Dat plezier en die hoop gun ik ook Paul Verhaeghe. Het maakt het leven aangenamer en wat minder eenzaam.

De psychotherapie is dood, leve de psychotherapie!

Jan Jaspers¹

De lezers van dit tijdschrift konden onlangs kennis nemen van een forumbijdrage waarin Paul Verhaeghe het einde van de psychotherapie lijkt aan te kondigen. Na lezing van zijn boek (Verhaeghe, 2009) blijkt dat mee te vallen of in ieder geval beperkt te blijven tot een specifieke vorm van psychotherapie, door hem meestal aangeduid als ‘klassieke psychotherapie’. Deze staat naar zijn mening aan vele bedreigingen bloot, onder andere aan die van de ‘kortdurende, verhandboekte behandelingen’. Nu haalt de auteur, met veel verbaal talent en geweld, heel wat overhoop in zijn boek en het is dan ook moeilijk te kiezen waarop in te gaan in deze korte bijdrage die de redactie mij vroeg.

Het boek roept bij mij in eerste instantie bewondering, in tweede instantie irritatie en in laatste instantie verwondering op. Mijn bewondering betreft de wijze waarop uiteenlopende ontwikkelingen worden geschetst die voor de positionering van de psychotherapie en de toekomst van ons vak van belang zijn en die in vakpublicaties weinig aandacht krijgen. Irritatie treedt op waar onnodig zwart-wittegenstellingen worden gecreëerd. De beschreven tendensen, die ongetwijfeld zorgwekkend zijn, verworden hierdoor tot karikaturen die de realiteit geweld aandoen. De auteur loopt hiermee het risico

¹ JAN JASPERS, klinisch psycholoog / psychotherapeut, is werkzaam aan het Universitair Medisch Centrum Groningen. Hij is oud-hoofdredacteur van het Tijdschrift voor Psychotherapie en thans hoofdredacteur van Psychologie & Gezondheid.

Correspondentieadres: j.p.c.jaspers@sectora.umcg.nl

dat zijn boodschap als ongenueanceerd en defensief terzijde wordt geschoven. Mijn verwondering geldt vooral de vraag waarom een erudiet vakgenoot voorbijgaat aan onmiskenbare wetenschappelijke evidentie die iedere psychotherapeut ter harte zou mogen nemen bij de uitoefening van zijn vak. Laat ik een en ander toelichten.

Decontextualisering

Verhaeghe beschrijft dat sociaaleconomische ontwikkelingen, die mensen uit hun groep of context lichten, leiden tot een isolering van hun problemen. Niet alleen komen zij apart te staan, hun problemen zélf worden ook zonder enig context bekeken. De technische term daarvoor is dan ook: decontextualisering (Verhaeghe, p. 35). Wat in eerste instantie een sociaal fenomeen is, verschuift naar een opvoedingsprobleem en vervolgens naar een individueel probleem: gedragsstoornis van het kind. Deze laatste wordt dan bovendien in toenemende mate als louter genetisch en biologisch bepaald gezien. ADHD zou hiervan een voorbeeld zijn. De auteur ziet wel in dat deze tendens niet van recente datum is: hij geeft het voorbeeld van de problemen van de negentiende-eeuwse arbeiders en hun kroost, met alcoholisme als het meest zichtbare probleem. Deze passage deed mij onmiddellijk denken aan het boek 'Het pauperparadijs, een familiegeschiedenis' van Suzanne Jansen, waarin deze tendens indringend wordt geïllustreerd. Decontextualisering is ook in ons vak geen nieuw fenomeen: ik herinner me dat een student die ik 30 jaar geleden begeleidde bij een dossieronderzoek in de kinderpsychiatrie in verreweg de meeste dossiers als diagnose aantrof: 'MBD' (*minimal brain damage*: een bekende voorloper van het label ADHD), die evenzeer een biologische verklaring vooropstelde.

Niets nieuws onder de zon dus? Of toch wel: Verhaeghe meent dat de huidige 'biologisering' een bonusje oplevert voor de patiënt: 'deculpabilisering', het vrijpleiten van schuld. Deze tendens zou een van de kenmerken zijn van de 'nieuwe' patiënt en daar lijkt de 'oude' psychotherapeut niet op berekend. Het zou te ver voeren het betoog van Verhaeghe over het ontstaan en de karakteristieken van deze 'nieuwe' patiënt hier volledig weer te geven, maar dat is ook niet nodig om de volgende kanttekening te plaatsen. Verhaeghe ziet een sterke toename van 'nieuwe symptomen'; hij noemt ADHD, somatisering, eetstoornissen, druggebruik, enzovoort (Verhaeghe, p. 102). De drie gemeenschappelijke kenmerken van deze symptomen zijn volgens hem:

- 1 ze hebben voornamelijk te maken met het lichamelijke;
- 2 ze zijn meestal handelingsgericht;
- 3 ze missen de betekenisgelaagdheid van de klassieke symptomen.

Deze kenmerken zouden maken dat de therapeutische verhouding van meet af aan allesbehalve positief en coöperatief is: er komt geen spontane werkzame overdracht tot stand. De tegenwerping ligt voor de hand: hoezo nieuwe symptomen? Mij lijken deze symptomen juist van alle tijden, al is de naamgeving soms aan verandering onderhevig (MBD is bijvoorbeeld ADHD geworden). Maar wat is er nieuw aan somatisering en verslaving? Is het misschien nieuw dat deze patiënten zich nu vaker in de spreekkamer van de psy-

choanalyticus melden? Verhaeghe maakt een duidelijk onderscheid tussen de klassieke groep, met een psychoneurose, ruimer beschouwd de *psychopathologie*, en deze nieuwe groep, met *actueel* pathologie. Dit onderscheid maakte Freud al, zo licht de auteur toe.

Wat mij niet helemaal duidelijk wordt, is wat Verhaeghe nastreeft ten aanzien van deze ‘nieuwe’ patiënten met hun ‘nieuwe’ symptomen. Enerzijds lijkt hij op zoek naar een duidelijke afbakening voor de psychotherapie: de aloude vraag voor wie of welke problemen psychotherapie geschikt is. Zo geeft hij zijn grenzen aan waar hij stelt dat psychotherapie niet geschikt is om existentiële vragen op te lossen. Een legitiem standpunt, al zal Yalom hier een andere opvatting over hebben. Het is duidelijk dat Verhaeghe psychotherapie vooral geïndiceerd acht bij de klassieke psychoneurosen. Anderzijds lijkt hij voor de patiënten met actueel pathologie op zoek naar een nieuwe benadering. In het laatste hoofdstuk (‘Nieuwe patiënten, nieuwe therapeuten’) beschrijft hij aan de hand van casuïstiek deze benadering of althans zijn zoektocht hiernaar. Kenmerkend ervoor zijn ‘dat de therapeutische verhouding niet zozeer het middel als wel het doel van de behandeling is’ (p. 202) en dat de therapeut een veel actievere houding aanneemt dan in de klassieke aanpak. Hoe dit laatste zich verhoudt tot de noodzaak de patiënt zelf actief te laten deelnemen in het therapeutische proces, is niet op voorhand duidelijk. Ook het opbouwen van de therapeutische relatie blijkt niet het ultieme doel te zijn. Een dragende therapeutische verhouding laat toe woorden te vinden (‘symboliseren’) voor wat voordien alleen maar lijfelijk voelbaar was (p. 212). Symboliseren is een voorwaarde om tot de noodzakelijke deconstructie te komen. Enerzijds lijkt het erop dat de ambitie van Verhaeghe voor deze ‘nieuwe’ patiënten verder gaat dan de gebruikelijke ‘toedekkende’ of structurerende aanpak. Anderzijds lijkt hij pessimistisch over de therapeutische mogelijkheden bij actueel pathologie.

Al is de poging tot heroriëntatie op de ‘nieuwe’ patiënt te prijzen, het is nogal teleurstellend wat Verhaeghe op dit vlak te bieden heeft. Het belang van de therapeutische relatie en een actieve betrokkenheid van de patiënt lijken mij niet uniek voor welke specifieke pathologie dan ook. Wat eveneens teleurstelt, is dat hij nauwelijks belangstelling lijkt te hebben voor wat vanuit andere referentiekaders over deze problematiek naar voren is gebracht. Ik kom daar hieronder op terug.

De psychotherapie in de knel

De titel van het boek suggereert dat het einde van de psychotherapie nabij is. In de inleiding zegt Verhaeghe dat hij zich in dit boek concentreert op de teloorgang, ja zelfs de eventuele verdwijning van de psychotherapie. In de ogen van de auteur zijn er heel wat belagers en bedreigingen, variërend van de maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen (alle menselijke problemen worden tegenwoordig verondersteld een neurologische of genetische basis te hebben), de macht van de farmaceutische industrie (terwijl de werkzaamheid van psychofarmaca onvoldoende is aangetoond en schromelijk wordt overschat), de dominantie van de DSM bij het stellen van psychia-

trische diagnoses, tot de bureaucrativering van de zorg onder leiding van controlerende managers, zoals die tot uiting komt in de verfoeide DBC's (diagnose-behandelcombinaties). Hoewel het betoog vlot geschreven is en hout snijdt, zal het de lezer die enigszins bekend is met ons vak weinig nieuws brengen. De controverses en tegenstellingen worden echter wel erg zwart-wit neergezet en de toonzetting is zodanig dat elke nuancering verloren gaat. De huidige overschatting van de genetische bepaaldheid van het menselijk gedrag betekent nog niet dat genetische factoren irrelevant zijn en, ook al valt er veel af te dingen op de DBC-systematiek, wij zullen toch de bekostiging van de uitdijende geestelijke gezondheidszorg moeten regelen.

Belangrijke vraag hierbij is of deze ontwikkelingen de aard en kwaliteit van de psychotherapie fundamenteel aantasten en zullen leiden tot het einde van de psychotherapie. Dit lijkt mij niet, wel krijg ik de indruk dat Verhaeghe zijn ongenoegen over het verlies van de dominante positie van het psychodynamische referentiekader binnen ons vakgebied toeschrijft aan externe factoren in plaats van de hand in eigen boezem te steken. Het laatste wat ik hier zou willen, is de aloude tegenstellingen tussen de therapeutische scholen aanwakkeren, maar de diskwalificerende houding die Verhaeghe aanneemt tegenover protocollaire behandelingen en het wetenschappelijk onderzoek dat hieraan ten grondslag ligt, de *randomized controlled trials* (RCT's), geeft te denken.

Ook in zijn kritiek op RCT's en behandelprotocollen is Verhaeghe allesbehalve origineel: de problemen en beperkingen zijn uitgebreid beschreven. Het is uiteraard het goed recht van de auteur om deze ook in zijn boek de revue te laten passeren, maar het probleem is dat hij verzuimt een aantal recente ontwikkelingen te beschrijven waarin aan deze beperkingen aandacht is besteed. RCT's beperken zich niet langer tot een selectieve groep patiënten zonder comorbiditeit die behandeld worden in academische onderzoekscentra. De onderzochte protocollen beperken zich niet langer tot kortdurende, volledig gestandaardiseerde behandelingen van maximaal zo sessies zonder *follow-up* metingen en met ongelijkwaardige vergelijkingsgroepen (*intent-to-fail conditions*). Hiervan zouden vele voorbeelden te geven zijn. Ik noem hier slechts het gedegen Nederlandse onderzoek waarin schemagerichte en *transference-focused* psychotherapie voor de *borderline* persoonlijkheidsstoornis zijn vergeleken (Giesen-Bloo en anderen, 2006). Het zou mij verbazen als Verhaeghe hiervan niet op de hoogte is en ik vraag me af wat zijn overwegingen zijn om een dergelijk eenzijdig beeld te schetsen van het effectonderzoek.

Het staat iedereen vrij om weinig waarde te hechten aan RCT's waar het de ontwikkeling van kennis over de werkzaamheid van psychotherapie betreft. Niemand zal bestrijden dat ook andere typen wetenschappelijk onderzoek van belang zijn om de psychotherapeutische praktijk te onderbouwen en verder uit te bouwen, of dat nu onderzoek is naar procesvariabelen of experimenteel-psychologisch onderzoek naar veronderstelde mechanismen bij psychopathologie, of andere vormen van wetenschappelijk onderzoek. Wat ik in het boek van Verhaeghe mis, is zijn visie op de wijze waarop wetenschap kan bijdragen aan de ontwikkeling van psychotherapie. De beschrij-

vingen in zijn boek doen vermoeden dat hij hierbij veel waarde hecht aan reflectie op de klinische praktijk. Hoe belangrijk ook als uitgangspunt en inspiratiebron, het lijkt mij dat we hiermee niet kunnen volstaan.

Na in het hoofdstuk *'What doesn't work for whom'*, geïnspireerd door het belangrijke artikel van Westen, Novotny en Thompson-Brenner (2004), de RCT's volledig te hebben afgewezen, gaat Verhaeghe bewijzen dat protocolaire behandelingen niet (kunnen) werken. Zijn eerste veronderstelling, dat bij comorbiditeit, zowel op as I als as II, protocolaire behandeling van één stoornis niet mogelijk en werkzaam kan zijn en dat een dergelijke aanpak nooit empirisch is getest, is onjuist. Niet alleen gebeurt het veelvuldig in de klinische praktijk, ook de effectiviteit ervan is aangetoond (al is dat dan wel op basis van RCT's, moet ik bekennen). Een tweede reden waarom protocolaire behandelingen volgens Verhaeghe niet kunnen werken, is dat ze de therapeut doelbewust uitschakelen en vervangen door een mechanisch werkende *executive* (Verhaeghe, p. 157). Hier stuiten we op een groot misverstand dat we vaak aantreffen bij tegenstanders van protocolaire behandeling, namelijk dat de effectiviteit van protocolaire behandeling alleen toe te schrijven zou zijn aan de gehanteerde methoden en technieken. Dat is natuurlijk onzin; net zoals dat bij andere vormen van psychotherapie het geval is, dragen de therapeutische relatie en non-specifieke therapiefactoren significant bij aan het therapieresultaat – hoe zou het anders kunnen!? Een mooie illustratie van het belang van de therapeutische relatie vinden we in de eerdergenoemde vergelijkende studie bij *borderline*persoonlijkheidsstoornis (Spinhoven, Giesen-Bloo, Van Dyck, Kooiman & Arntz, 2007). De veronderstelling dat bij een protocolaire behandeling de therapeut een soort mechanische robot is, getuigt vooral van onbekendheid met het werken met protocollen.

Eenzelfde soort misverstand over het uitschakelen van de therapeutische relatie wordt ook vaak naar voren gebracht in de discussie over psychotherapeutische behandelingen zonder *face to face*-contact tussen patiënt en therapeut, zoals bij behandelingen via het internet. Niettemin is er uitvoerige wetenschappelijke evidentie voor de werkzaamheid van deze behandelingen; zie bijvoorbeeld het recente themanummer over *e-mental health* van het tijdschrift *Psychologie & Gezondheid* (www.pg.bsl.nl).

Een derde veronderstelling van Verhaeghe is dat bij het toepassen van een protocol de patiënt niet actief kan participeren in zijn behandeling. Het is niet helemaal duidelijk wat hij onder actieve participatie verstaat, maar ook dit lijkt mij een misverstand. Zoals over het algemeen in een cognitief-gedragstherapeutische aanpak een actieve houding en bijdrage aan de therapie wordt verwacht, is dat zeker zo bij een protocolaire behandeling. Wellicht meent Verhaeghe dat het feit dat die actieve bijdrage juist wordt voorgeschreven contraproductief werkt? Het schrikbeeld dat hem voor ogen staat, komt mooi naar voren in de volgende passage: 'Merk op dat behandeling in deze nieuwe optie neerkomt op het onderwerpen van de patiënt aan bepaalde geijkte interventies, waarbij de therapeutische relatie geen relatie is, maar een puur instrumentele verhouding' (Verhaeghe, p. 158). Maar het is lastig om bijvoorbeeld een cognitieve aanpak van depressie te realiseren als de patiënt niet bereid is middels het invullen van registratieformulieren zijn dis-

functionele cognities in kaart te brengen. Zo zal ook een psychodynamisch werkende psychotherapeut de verwachtingen die hij heeft over de rol en bijdrage van de patiënt expliciteren en bewaken. Wordt de patiënt hier dan niet onderworpen ‘aan bepaalde geijkte interventies’? Een protocol kan juist behulpzaam zijn bij het realiseren van de veronderstelde werkzame factoren. Bijvoorbeeld: bij een gedragstherapeutische behandeling van angststoornissen wordt *exposure* als een noodzakelijk element van de behandeling gezien. Zoals de patiënt in het dagelijks leven heel wat vermijdingsgedrag aan de dag zal leggen om de confrontatie met de angst uit de weg te gaan, kan hij dat ook in de therapie doen; een protocol kan dan helpen om zowel de therapeut als de patiënt bij de les te houden.

Een laatste argument waarom protocollen in de ogen van Verhaeghe niet kunnen werken, heeft te maken met de korte behandelduur. Het is onmiskenbaar dat terugval bij veel psychische symptomen een serieus probleem vormt. Psychische problematiek kent vaak een chronisch beloop, waarbij aandacht voor terugvalpreventie vaak niet voldoende is om terugval te voorkomen. Verhaeghe meent dat dit een argument is voor langdurige behandelingen. Hier lijkt hij een denkfout te maken: het is immers niet per definitie zo dat na langdurige behandeling geen terugval optreedt, omdat dit bij kortdurende behandeling wel vaak het geval is. Uiteraard is de vraag naar een passende behandelduur relevant. Niemand zal beweren dat ernstige en complexe problematiek, die we bijvoorbeeld zien bij de *borderline* persoonlijkheidsstoornis, met een kortdurend behandelprotocol is op te lossen. Maar de stelling betrekken dat een psychotherapie in alle gevallen langdurig moet zijn, is – laat ik die term dan maar eens gebruiken, ook al zal Verhaeghe ervan gruwen – niet *evidence-based*.

Tot besluit

Het doemscenario dat Verhaeghe vervolgens voor de psychotherapie schetst, behelst een beroepsgroep die enkel is opgeleid in het uitvoeren van protocollen, die – zo meent hij te hebben aangetoond – niet kunnen werken, waarmee de situatie ontstaat dat *psychotherapie niet werkt* en we geheel en al zijn overgeleverd aan de farmaceutische bedrijven (Verhaeghe, p. 159). Hier haak ik af, vrees ik. Het empirisch onderbouwen van ons vak is geen eenvoudige zaak, maar in vergelijking met andere disciplines heeft de psychotherapie dit bepaald niet slecht gedaan. De evidentie voor de werkzaamheid van psychotherapie zodanig interpreteren dat *psychotherapie niet werkt* mag dan een verbaal hoogstandje zijn, het lijkt mij vooral dat Verhaeghe zich persoonlijk niet neer wenst te leggen bij de ontwikkeling die de psychotherapie nu eenmaal heeft doorgemaakt.

Wellicht heeft de auteur zich bij het schrijven van zijn boek laten inspireren door een boektitel van mijn geliefde schrijver Louis Paul Boon ‘Ook de afbreker bouwt op’ en is dat de reden waarom hij nergens tot het formuleren van alternatieven komt. Hij noemt de vraag naar de doeltreffendheid van

psychotherapie dan wel gerechtvaardigd, maar hoe wij het antwoord hierop dan zouden moeten geven, komt in 'Het einde van de psychotherapie' niet aan de orde.

Biologie en psychotherapie

Frank Koerselman¹

Laat ik vooropstellen dat ik het boek van Verhaeghe eigenlijk niet zo veel aandacht waard vind. Ik zal hieronder kort uitleggen waarom. Dat ik toch inga op het verzoek van de redactie tot het geven van een commentaar, heeft ermee te maken dat ik de geboden kans wil aangrijpen om nog eens uit te leggen waarom biologie en psychotherapie in mijn ogen géén strijdige begrippen zijn. Voor Verhaeghe is dat namelijk wel het geval. De biologische oriëntatie in de psychiatrie is voor hem een van de oorzaken van de teloorgang van de psychotherapie, zoals hij zich die zou wensen. Hij richt zijn pijlen dan ook mede op mij, juist omdat ik eerder heb geprobeerd de psychotherapie een plaats te geven in de context van de biologie. In een aan mij gewijde alinea citeert hij mij tussen aanhalingstekens. Omdat het citaat mij nogal uit zijn verband gerukt leek, wilde ik opzoeken waaruit hij precies had geput. Tot mijn verbazing kwam mijn naam in zijn literatuurlijst niet eens voor. Uit de noot bij het citaat bleek dat het afkomstig is uit een inleiding die ik heb geschreven voor een bijdrage aan het Nationaal Psychotherapie-debat in 2007. Die inleiding was toen, op verzoek van de organisatoren, met opzet kort en polariserend. Verhaeghe kon dat weten. De moeite om zich te verdiepen in wat ik uitgebreid over de relatie tussen biologie en psychotherapie heb betoogd (Koerselman, 1998), heeft hij niet eens genomen.

Misschien zegt één steekproef niet alles, maar bij lezing maakt het boek als geheel inderdaad een oppervlakkige indruk. In Verhaeghes wereld zijn de *good guys* scherp van de *bad guys* gescheiden. Aan de verkeerde kant staan de politiek en de moderne samenleving, alle artsen en psychiaters in het bijzonder, en natuurlijk ook de farmaceutische industrie. Opvallend genoeg bevinden zich ook allerlei psychologen in de foute hoek, zoals vertegenwoordigers van de biologische psychologie of psychotherapeuten die werken met *evidence-based* protocollen of technieken. Aan de goede kant staan de vroege Freud, Lacan en natuurlijk Verhaeghe zelf. Nadrukkelijk zeg ik 'vroege' Freud, omdat Verhaeghe een aanhanger blijkt te zijn van de hydraulica uit het begin van de psychoanalyse: lyrisch verhaalt hij over gestuwde en afvloeiende driften, alsof de psychoanalyse sinds de formulering van het structurele model in 1923 geen ontwikkeling meer heeft gekend.

¹ PROF. DR. FRANK KOERSELMAN, *psychiater en psychoanalyticus, is hoogleraar psychiatrie en psychotherapie aan het UMC Utrecht en hoofd van de afdeling psychiatrie van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis te Amsterdam.*

Correspondentieadres: f.koerselman@umcutrecht.nl

Waar hij zijn tegenstanders aanvalt, hanteert hij een gezellige borreltafelstijl. Dat leest vlot weg en sluit lekker aan bij het onderbuikgevoel tegen moderne autoriteiten en complotterende farmaceutische industrieën. Erg leuk is ook dat hij ADHD als 'aadeehaadee' schrijft, en DSM als 'Dee-Is-Em'. Lachen dus. Van onderbouwing van zijn kritiek kan Verhaeghe niet echt moe geworden zijn. Nazoeken waarom we iemand op zijn gezag wel goed zouden moeten vinden, is overigens evenmin gemakkelijk. 'Op een recente studiedag toonde Michel Vandenbroeck overtuigend aan...' (p. 35), schrijft hij enthousiast. Waar, wanneer en hoe deed Vandenbroeck dat? De lezer moet Verhaeghe maar op zijn woord geloven. Dat ook 'de studie van Dehue uiterst zorgvuldig' is – in tegenstelling tot het geschrijf van andersdenkenden – moeten we ook maar op zijn gezag aannemen. Dat gezag berust, zoals gebruikelijk bij psychoanalytici van de oude stempel, op esoterische kennis en bijzondere persoonlijke gaven. De esoterische kennis betreft vooral de emoties van het pasgeboren kind en de driften die door ons lichaam stromen. (Dat lichaam, overigens, 'maakt deel uit van dit Reële, wat meteen betekent dat we ons reële lichaam, vanaf het moment dat we een symbolisch denken verworven hebben, kwijt zijn' [p. 87]. Dat leest toch net weer iets minder makkelijk...). Bijzondere gaven uiten zich in het vermogen al duidend, zonder enige mogelijkheid tot falsificatie, te zeggen wat iemand echt beweegt. En ja hoor, de mevrouw met een 'auto-fobie' heeft eigenlijk een seksueel probleem, zoals Verhaeghe knap ontdekt. Wie de psychoanalytische wereld van veertig tot vijftig jaar geleden wil (her)beleven, komt in dit boek niets tekort. Wat jammer toch, betreurt Verhaeghe, dat dit allemaal verloren is gegaan. 'Waar is het verkeerd gelopen?' (p. 10). Welnu, de schuldigen worden aangezien. Ik hoor daar voor Verhaeghe ook onder, omdat ik de psychotherapie aan de biologie wil verbinden. Aangezien ik niet de indruk krijg dat hij daarvan veel begrepen heeft (hoe kan dat ook als hij mijn uitgebreide betoog daarover niet eens gelezen heeft?), zal ik hieronder nog eens kort ingaan op de relatie tussen biologie en psychotherapie.

Wat is psychotherapie? Verhaeghe treurt over de teloorgang van de klassieke, freudiaans-lacaniaanse, psychoanalytische psychotherapie, maar met een goed geprotocolleerde, op evidentie gestoelde cognitieve gedragstherapie heeft hij zelf ook niet veel op. Waarschijnlijk mist hij daar de relatie als centraal aspect. In de meeste psychotherapiedefinities speelt die immers een hoofdrol. De relatie tussen cliënt en psychotherapeut moet daardoor, zo meent men dan, wel anders zijn dan die tussen arts en patiënt, aangezien men de arts alleen belangstelling voor het lichaam van de patiënt toedicht. De biologische psychiatrie is vanuit dat gezichtspunt dan ook typisch medisch, omdat het de biologisch psychiater om de hersenen gaat en niet om de patiënt zelf. In die tegenstelling staan dan de begrippen biologisch en psychotherapeutisch tegenover elkaar als synoniemen voor lichamelijk en psychosociaal. De biologische benadering is dan 'reductionistisch', maar de psychotherapeutische benadering ziet 'heel de mens'.

Mensen zijn inderdaad sociale wezens. Afgezien van een enkele autist hunkeren mensen naar contact. Als zulk contact door iets wordt gestructureerd, knappen mensen daar als regel van op. Werk biedt zo'n sociale struc-

tuur. Als reorganisaties die doorbreken, kan dat tot zelfmoordgolven leiden. Verenigingen zijn daarom ook van belang. Niet voor niets investeert de gemiddelde amateurvoetbalclub meer in zijn kantine dan in de velden. Mensen mogen door mondialisering en het wegvallen van familieverbanden oriëntatie verliezen, het is opvallend hoe snel hun behoefte aan sociale structuur nieuwe wegen ter bevrediging vindt. En wanneer die niet worden gevonden, is daar de psychotherapie. Zelfs een klassieke non-directieve psychoanalytische behandeling biedt sociale structuur door de setting, de frequentie en de nadruk op overdracht. Voor andere psychotherapievormen is dat niet anders. Contact en structuur zijn de basiselementen van iedere psychotherapie. Groepsgewijs Zenboeddhistisch mediteren over de groeven in een rozijn voldoet evengoed aan die vereisten, en mag zich dan ook tooien met het etiket *mindfulness-based cognitive therapy*. Mensen voelen zich er beter door, zeker in vergelijking met de controleconditie TAU (*treatment as usual*), die juist die elementen meestal niet bevat. Vandaar dat de nieuwe therapievormen die de psychotherapeutische industrie de laatste jaren over ons uitstort, al snel *evidence-based* blijken te zijn. Voor zover ik het kan overzien, is het 'einde van de psychotherapie' dan ook nog lang niet in zicht.

Toch schiet zo'n opvatting over psychotherapie voor mijn gevoel tekort. Naast de elementen relatie en structuur mis ik een derde element, dat zou moeten bestaan uit het antwoord op de vraag 'therapie *van wat?*'. Misschien is het inderdaad de arts in mij die therapie, dat wil zeggen: behandeling, wil zien als herstel van een verstoring in het menselijk organisme. En met het woord organisme komt de biologie om de hoek kijken. Biologie is allerm minst een ander woord voor 'materie' of voor 'lichaam'. Biologie is de wetenschap van de adaptatie van levende wezens aan hun leefomgeving. Biologie gaat per definitie zowel over lichaam als over gedrag, en heeft eveneens per definitie betrekking op de interactie tussen individu en omgeving. Daarmee wordt het begrip biologisch niet 'opgerekt', maar juist in zijn oorspronkelijke context geplaatst. In die context is het relevant om oog te hebben voor de adaptatieve functies van ons organisme. Dat is wat artsen doen. Ze herleiden de klacht van mijnheer Jansen dat hij de trap niet meer opkan, tot een verstoring van de zuurstofopname in zijn longen. Ze stellen verwijde longblaasjes ('emfyseem') vast en geven hem een medicament dat die zuurstofopname verbetert, ontraden hem te roken en schrijven hem fysiotherapie voor om zijn uithoudingsvermogen te verbeteren. Ze volgen een traject waarbij ze van het niveau van het individu met zijn omgevingsgerelateerde klacht afdalen naar het niveau van een orgaan of een orgaansysteem met zijn dysfunctie, om vervolgens na een ingreep daarin weer terug te keren naar het individu dat in zijn omgeving revalideert.

Waarom zou dat anders moeten zijn voor degenen die mensen met *mentale* klachten behandelen? Misschien is mijnheer Jansen niet benauwd door longproblemen, maar omdat de angst hem de keel dichtsnoert. Als daarvoor een inzichtelijke reden is, heeft hij geen stoornis. Behandeling is dan niet nodig, al zou het wel medemenselijk zijn hem te helpen of te begeleiden. Als er voor die angst géén reden is, is er sprake van een dysfunctionerend biologisch systeem, dat in de evolutie de taak had gekregen te waarschuwen voor

gevaar. Lastiger is het wellicht om daarbij het dysfunctionerend orgaan te vinden dan bij benauwdheid door een verstoorde zuurstofopname. Daarbij helpt DSM-diagnostiek inderdaad niet echt. Verhaeghe en Dehue zeggen daarmee niets anders dan wat de Nederlandse nestor van de biologische psychiatrie, Herman van Praag, al tientallen jaren betoogt. Dat neemt anderzijds niet weg dat onze complexe hersenen evolutionair bepaalde subsystemen bevatten die voor de regulering van adaptieve emoties onmisbaar zijn. Een interessante benadering is die van Jaak Panksepp (2004), die een poging heeft gedaan om zulke basale emotionele systemen te identificeren. Hij benoemt ze als *seeking, rage, fear, panic, play, lust and care*, en legt verband met *emergent emotions* en *related emotional disorders*. Zo uit activiteit van het *seeking*-systeem zich bijvoorbeeld in de emoties *interest, frustration* of *craving*. Hyperactiviteit ervan vertaalt zich dan in respectievelijk obsessies, paranoiaïdie of verslaving (2004, tabel 1.1). Zulke functionele mentale systemen zijn in verband te brengen met gebieden in de hersenen en met stoffen die de activiteit ervan moduleren (Panksepp, 2004, tabel 21.1). Dat kan een ingang bieden voor gerichte farmacotherapeutische of andere interventies, die aangrijpen op de desbetreffende systemen zelf. Maar het legt ook verbanden met psychotherapie, zoals Turnbull en Solms (2004) laten zien naar aanleiding van mentale functiestoornissen bij patiënten met neurologische ziekten, of zoals Kaplan (2004) betoogt met betrekking tot de relatie tussen psychofarmacologie en psychoanalyse. Waarom zou psychotherapie, in het verlengde daarvan, niet kunnen inhouden dat we de patiënt met communicatieve technieken leren om greep te krijgen op een ontregeld *seeking*-systeem? Dat zou kunnen inhouden dat we systematisch inventariseren welke betekenis hij verbindt aan de ervaringen die hij opdoet of heeft opgedaan als hij zich met interesse of begeerte op zijn leefomgeving richt. Dat houdt ook in dat we hem oefenen die functie te herstellen in weerwil van dysfunctionele betekenisverlening. Al of niet in samenhang met een gerichte farmacotherapie zou dat beantwoorden aan het traject van een individuele omgevingsgerichte klacht naar een correctie van een dysfunctioneel biologisch systeem met een terugkeer naar de individu-omgevingsinteractie door middel van betekenis-correctie en gedragsaanpassing. Dat zou naar mijn mening biologische psychotherapie genoemd kunnen worden. Waarom ik door daarvoor te pleiten volgens Verhaeghe zou bijdragen aan het 'einde van de psychotherapie' is me volstrekt onduidelijk.

Overigens ben ik realistisch genoeg om in te zien dat de toekomst van de psychotherapie wel anders zal verlopen. Na Freud, Beck, Klerman, Teasdale, McCullough en vele anderen komen er zonder twijfel nieuwe uitvinders van nieuwe vormen van psychotherapie, die afhankelijk van de kwaliteit van hun marketing de psychotherapie-wereld voor enige tijd zullen domineren. Zolang ze gestructureerd contact bieden zullen ze ook wel werken, dus waarom zou ik klagen dat ze niet op biologisch inzicht zijn gefundeerd? Ook DSM-achtige diagnostische systemen blijven ongetwijfeld populairder dan een functioneel-biologische psychodiagnostiek. We leven nu eenmaal niet in een wereld die zich voegt naar onze wensen. Dat neemt overigens niet weg dat we aan sommige fenomenen natuurlijk wel een hekel kunnen hebben. In

mijn geval betreft dat bijvoorbeeld psychotherapeuten die gepoed op eigen diepe inzichten combineren met *dédain* voor alles wat niet in hun kraam te pas komt. Mij heeft lezing van Verhaeghes boek vooral daarom geen plezier gedaan.

De D(SM)-bilisering van de psychotherapie

Jos de Kroon¹

In acht hoofdstukken en een besluit leidt Paul Verhaeghe ons over een periode van iets meer dan 100 jaar door het gebied dat psychotherapie heet. Hij begint zijn uiteenzetting met 'Identiteit in tijden van eenzaamheid', waarmee hij de toon zet voor de rest van het boek. Identiteit is niet iets wat van binnenuit ontstaat, zo betoogt de auteur, maar juist in relatie met de Ander wordt verworven. Identiteit lijkt van buitenaf te komen. Zonder Ander geen identiteit. De Ander wordt hier bewust met een hoofdletter geschreven om het geheel van symbolische manifestaties aan te duiden (en alleen met een kleine 'a' wanneer een concrete persoon wordt bedoeld).

Verhaeghe laat zien dat in de loop van die honderd jaar de relatie met de Ander steeds meer op losse schroeven is komen te staan, waardoor onze identiteit sterk is aangetast. De gevolgen daarvan uiten zich misschien wel het eerst als een pregnante psychopathologie in de spreekkamer van de psychotherapeut. Deze wordt steeds vaker geconfronteerd met een peilloze leegte die de patiënt poogt op te vullen met een zelf meegenomen DSM-classificatie of de naam van een psychofarmacon: 'Ik heb ADHD en ik moet Ritalin hebben.'

Hoe is deze leegte tot stand gekomen? Daaraan ligt een complex van oorzaken ten grondslag: de *fading out* van een funderende context en een overinvestering van het eigen lichaam. Deze veranderingen zijn geënt op sociaal-economische omstandigheden onder een culturele saus. Naar mijn mening laten ouders zich te zeer leiden door hun eigen ambities en kunnen ze zich daardoor minder wijden aan de kinderen. De overheid laat materialistische zaken prevaleren boven ethische kwesties. De gezondheidszorg ziet eerder het heil van het lichaam dan van een gezonde geest, en de geest wordt teruggevoerd op functies van de hersenen. En zo kan ik nog wel een tijdje doorgaan.

Behalve in de symbolisering speelt de Ander ook een belangrijke rol op het gebied van de affectregulatie. We hoeven niet zo ver van huis te gaan om te constateren dat er iets flink mis is met de affectregulatie, vooral bij jongeren. Iedere avond worden wij via de tv overspoeld met zin(ne)loos geweld. Affectregulering en zinverlening gaan terug op de symbolische autoriteit van de

¹ DR. JOS A.M. DE KROON, psychiater en psychoanalyticus, is werkzaam in eigen praktijk te Eindhoven.
Correspondentieadres: josquindekroon@chello.nl

Ander (ouders, priesters, rechters en dokters). In de huidige gemeenschap lijken deze figuren als autoriteit afgedaan te hebben en zijn ze eerder voorwerp van hoon en spot.

Het tweede hoofdstuk draagt de titel 'Het tijdperk der onschuldigen'. Beschuldigen en ontschuldigen zijn aan de orde van de dag. De journalistieke producten die handelen over dood, ziekte en verderf hebben veel weg van een detective waarin op zoek wordt gegaan naar de dader of schuldige. Zelfs bij een natuurramp weet men nog wel een schuldige aan te wijzen. Anderzijds kennen wij nu ook een sterke stroming van ontschuldiging. Degene met psychische problemen wordt elke verantwoordelijkheid voor zijn ellende ontzegd. Eerst waren het nog anderen aan wie de schuld kon worden gegeven: ouders, onderwijzers, partners en zelfs dokters. Sinds enige tijd krijgen in de psychiatrie en daarbuiten de genen en de hersenen de schuld van psychisch leed.

Wat moet men hierna dan nog beginnen met psychotherapie, die eist dat de patiënt bereid is om naar het eigen aandeel in de problemen te kijken!? Nee, dan gaat de patiënt toch liever naar een dokter die constateert dat er een stofje in de hersenen mankeert waarvoor een recept wordt uitgeschreven. Hoe je het ook wendt of keert, iedereen is slachtoffer en de rest is dader; daaromheen sluit het net zich steeds nauwer: eerst de genen, dan de hersenen en vervolgens de neurotransmitters. Men kan zich afvragen hoe lang dit zal aanhouden, want de dadersbron zal wel een keer uitgeput raken en dan moeten we op zoek gaan naar nieuwe daders; dat zijn wij als slachtoffers verplicht. Dat de dader wel eens nooit gevonden zou kunnen worden, lijkt niet op te komen in het brein van onderzoekers en dat van de *American Psychiatric Association*, wat mag blijken uit de volgende uitspraak op de APA-website (geciteerd door Verhaeghe, 'Het einde van de psychotherapie', p. 51): 'Hoogstwaarschijnlijk zal het bewezen worden dat mentale afwijkingen staan voor verstoringen van de communicatie tussen cellen of van onderbroken neurale circuits.'

Volgens Verhaeghe doet zich op dit terrein een merkwaardige verschuiving voor. Het zijn vooral de menswetenschappers die zich ontpoppen als sciëntisten (wetenschapsfundamentalisten) en die stelliger in de neurobiologie en de genetica geloven dan de neurobiologen en genetici zelf. De auteur geeft voorbeelden op het gebied van depressie, ADHD en schizofrenie. Een perverse uitloper van *blaming the body* is het uitvinden van nieuwe ziektes (*disease mongering*), waarop de farmaceutische industrie natuurlijk handig inspringt.

Het volgende hoofdstuk heeft als merkwaardige titel: 'Geestdrift voor het lichaam en omgekeerd'. Hoezo 'omgekeerd'? Ik begrijp ongeveer wel wat hier wordt bedoeld maar blijf de titel verwarrend vinden. Het hoofdstuk gaat over wat mensen beweegt: de driften en hun omzwervingen. Het lichaam waaruit onze motivatie wordt verondersteld voort te komen, ligt verscholen onder onze voorstellingen ervan: 'Het lichaam zoals wij het kennen is a fortiori een symbolisch en imaginair bekleed, versneden, geconstrueerd lichaam. We kennen het slechts via betekenaars, opvattingen, theorieën, die we erop toepassen.' (Verhaeghe, p. 75)

Verhaeghe wil daarmee onder andere aangeven dat ook de medische wetenschap, hoe succesvol ook, een *theorie* is als alle andere theorieën en dientengevolge geen aanspraak kan maken samen te vallen met het reële. Om het in dit verband heel simpel te zeggen: geest is niet zonder meer gelijk te stellen met de functies van het lichaam. Kunstwerken zijn niet te herleiden tot driften, om het nog simpeler te zeggen. Het lichaam wordt gesymboliseerd en kan niet anders dan theoretisch benaderd worden. Pillen kunnen dit symbolische aspect niet overnemen, hoewel ze onmiskenbaar effect op het lichaam hebben.

Het volgende hoofdstuk 'Nieuwe patiënten, oude therapeuten' gaat over historische verschuivingen in de psychopathologie. Verhaeghe is niet de eerste en zal zeker niet de laatste zijn die opmerkt dat de ernstiger psychische problemen die wij onder de DSM-coördinaten van de persoonlijkheidsstoornissen vangen, in ernst en aantal toenemen. In de periode waarin de psychotherapie begon, ongeveer 100 jaar geleden, bestonden er eigenlijk alleen psychoneurosen en nu maken zij plaats voor de *borderline* persoonlijkheidsstoornissen. De zogenaamde moderne symptomen, die daarbij naar voren komen, verschillen van de oude door een andere symbolisatiegraad. Volgens Verhaeghe hebben ze vooral met het lichaam te maken: ze zijn vooral *performatief* van aard en ze missen de betekenisgelaagdheid van de klassieke symptomen. Dat wil zeggen dat de moderne symptomen directer worden geuit, zoals bij *acting out*, dus zonder veel psychische *processing*. Bovendien komt er geen spontane, werkzame overdracht tot stand. Overdracht genoeg maar deze wordt maar moeizaam bewerkbaar. Staat of valt de psychotherapie hiermee, zo vraag ik mij af.

Het volgende hoofdstuk stelt de vraag: 'Betere diagnoses, betere behandelingen?' Analoog aan Freuds 'terugkeer van het verdrongene' laat Verhaeghe zien dat met het DSM-systeem de oude bekritiseerde psychodiagnostiek uit de tijd van Kraepelin weerkeert. De DSM-classificatie zou wetenschappelijker, betrouwbaarder, valider, menselijker en indicatiever voor behandeling moeten zijn. Van deze pretentieuze ambitie wordt helemaal niets waargemaakt, aldus de auteur. Wanneer deze falende onderneming dan ook nog wordt gekoppeld aan de behandeling zijn de Diagnose-behandelcombinaties (DBC's) geschapen. DBC's blijken goedkoper noch efficiënter te zijn: de DSM-DBC-ideologie is, kortom, een complete mislukking, waarvan de puinhopen hun schaduwen al vooruit werpen. Het fnuikendste van dit alles is dat mensen aan DSM-codes een identiteit ontlenen, hun leegte vullen. 'Ik ben een ADHD-er' of 'Ik ben een PDDNOS-ser'. De gevolgen van deze valse identiteit zullen waarschijnlijk over niet al te lange tijd aan het licht komen.

In 'What doesn't work for whom?', het zesde hoofdstuk, wordt het effectiviteitsonderzoek onder de loep genomen. Het blijkt dat de onderzoeksresultaten verre van eenduidig zijn. Veel meer dan dat het geloof van de therapeut in eigen kunnen het werkzaamst is mag je uit dat onderzoek eigenlijk niet concluderen. De kracht van dat geloof in eigen kunnen haalt in feite ook de grond weg onder de empirisch vastgestelde protocollaire behandelingen, omdat de relationele aspecten bij de ene behandeling een centrale rol spelen en bij de andere, protocollaire tot het minimum gereduceerd zouden moe-

ten worden. Psychotherapieën die niet volgens het *randomized controlled trials*-model (RCT) te wege vallen, zijn wetenschappelijk niet effectief, zo luidt het adagium in onderzoekskringen, waarmee een aantal belangrijke therapievormen, waaronder de psychoanalyse, buiten de boot valt. Verhaeghe besluit dit hoofdstuk dan ook met de constatering dat de methodologie bij onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapie ontoereikend is, met als gevolg dat er straks alleen nog maar protocollaire kortdurende therapieën zullen overblijven.

Het hoofdstuk 'Hoogmoed komt voor de val' betoogt dat de psychotherapie te lijden heeft van haar eigen succes, niet eens zo lang geleden. Ik herken deze bewering niet zo duidelijk en dat komt waarschijnlijk omdat ik mijn professionele leven voornamelijk in de kliniek heb doorgebracht, waar de psychotherapie altijd een marginale rol heeft gespeeld. Wat wel met hoogmoed te maken heeft, is de zelfverzekerdheid waarmee nieuwe commerciële GGZ-instellingen hun protocollaire waar aan de man brengen. Zij beloven u in 5 tot 20 zittingen van ADHD, depressie, angst- en eetstoornissen af te helpen. Wetenschappelijk gegarandeerde behandelingen worden toegepast door zeer jonge mensen die net van de schoolbanken komen. Goedkoop, dat wel. De houdbaarheid van de effectiviteit beslaat echter niet meer dan enkele weken. Ook daarvan zal binnenkort wel de rekening worden gepresenteerd.

'Nieuwe patiënten, nieuwe therapeuten', het achtste en laatste hoofdstuk, trekt het voorafgaande op het macroniveau van de politiek en sociaaleconomische verhoudingen. Hier klinken woorden als: liberalisering, marktwerking, productstructuur en DBC-systematiek. Verhaeghe weet de huidige neoliberale stroming in psi-land – en niet alléén in psi-land – in verband te brengen met de (on)mogelijkheid van de therapeutische relatie, wat in dit verband niet sterker naar voren kan worden gebracht dan met een citaat van Lacan: 'Ook de analyticus betaalt met zijn persoon.' (Lacan, 1966, p. 587) Daar wordt een heel andere marktwerking mee bedoeld. Het gaat dan over het antwoord dat nieuwe therapeuten moeten vinden op de nieuwe patiënten, voor welk antwoord een hoge prijs betaald moet worden. De therapeut kan niet op zijn lauweren rusten en voortborduren op verworvenheden van voorgangers en protocollen. Hij dient nieuwe creatieve wegen te bewandelen en veel therapeuten blijken daartoe niet goed in staat te zijn. Het gevaar van cynisme en *burn-out* loert om de hoek. De tot DSM-codes versleutelde psychopathologie zal niet in staat blijken een nieuw elan onder psychotherapeuten te wekken. Omdat die DSM-codes zo mooi aansluiten bij hun model zullen hooguit enkele gedragstherapeuten er warm voor lopen.

Het 'Besluit' geeft een beknopte beschouwing over exactheid, die volgens Verhaeghe in relatie tot de psychotherapie een gevaarlijke illusie is. Verhaeghe stelt op bladzijde 219 dat de koppeling van DSM-diagnoses aan op RCT's gebaseerd effectiviteitsonderzoek en de daaruit voortvloeiende promotie van kortdurende, verhandboekte behandelingen, een averechts effect zullen hebben. Want wat bij het academisch onderzoek het effectiefst leek, zal in de echte praktijk nauwelijks werken en bijdragen tot een algehele verwerping van de psychotherapie.

De teleurstellingen hebben bijgedragen aan de machtsovername door biomedische onderzoekers die nog nooit een patiënt hebben gesproken, laat staan behandeld. De opvatting van psychotherapeuten dat de mens maakbaar zou zijn, dient weliswaar te worden weersproken, maar moet niet zo ver gaan dat deze therapeuten zichzelf overbodig achten. De psychotherapie dient zich aan te passen aan de nieuwe vragen die een verschuivende psychopathologie met zich meebrengt. Bewerkbare overdracht is niet meer vanzelfsprekend en blinde driften dienen een gezicht te krijgen en een symbolische waarde, opdat zij niet meer eindeloos zinloos blijven rondcirkelen in het lichaam en – voorlopig althans – een rustplaats vinden in woorden. In dit symbolisatieproces blijft de psychotherapeut wel een rol spelen, zij het met andere middelen dan hem tot nu toe ter beschikking stonden; daarbij moeten de ‘oude’ psychopathologische inzichten, die met de ‘vermarkte’ biomedische aanpak verloren dreigen te gaan, behouden blijven.

Paul Verhaeghe heeft een moedig en vooral kritisch boek geschreven, dat een goed inzicht geeft in de achtergronden en mechanismen van een veranderende GGZ-cultuur. Hij lijkt ons met zijn boek te provoceren om een standpunt in te nemen waarmee wij misschien kunnen voorkomen dat de psychotherapie uit onze cultuur verdwijnt. Dan zullen wij wel ons best moeten doen om een antwoord te vinden op de vragen van de huidige patiënten, die steeds meer blijk geven van onvermogen om te symboliseren. Daarop zal de psychotherapie haar pijlen moeten richten: alle ruimte geven aan het verhaal van de patiënt opdat deze de woorden vindt om zijn leed – anders dan met *acting out* – te symboliseren. Etiketten plakken is geen behandeling en psychotherapie verloopt niet protocollair. Wij psychotherapeuten weten wel iets beters dan dat.

Le roi est mort, vive le roi

Justine van Lawick¹

De titel stemt treurig: ‘Het einde van de psychotherapie’. Daar gaan we dan. Velen hebben hun werkende leven besteed aan het vak zelf, het overdragen van het vak of aan het legitimeren ervan. We hebben erin geloofd, we hebben gevochten voor erkenning en onze behandelingen zijn in Nederland opgenomen in de basisverzekering. De beschermde titel ‘psychotherapeut’ is overeind gebleven en nu kondigt Paul Verhaeghe het einde aan. En natuurlijk vroeg de redactie mij een reactie te schrijven want ik had immers niet lang geleden een essay geschreven met als titel ‘Trots Op Psychotherapie’ (Van Lawick, 2009). Staan Verhaeghe en ik lijnrecht tegenover elkaar?

Een medepassagier in het vliegtuig naar een psychotherapiecongres in Cambridge stootte mij aan. ‘Ik zie dat u een boek leest over het einde van de

¹ JUSTINE VAN LAWICK, *klinisch psycholoog/psychotherapeut, is werkzaam in het Lorentzhuys, Haarlem.*
Correspondentieadres: jvanlawick@gmail.com

psychotherapie, maar dat kan toch niet kloppen, want volgens mij is tegenwoordig iedereen in therapie.' Dat laatste is waar: psychotherapie is gemeengoed geworden, overal zijn wachtlijsten; velen lijden onder psychische klachten, depressies, problemen in relaties en andere complexe problematiek. Verhaeghe merkt zelf ook op dat onze maatschappij van overvloed en vrije keuze meer dan ooit psychisch lijden, depressies en suïcides oplevert, en velen zoeken soelaas bij een reguliere of alternatieve psychotherapeut. Wanneer je *googlet* op 'psychotherapie' krijg je meer dan 4 miljoen hits!

Bij nadere bestudering blijkt het boek van Verhaeghe een aanklacht tegen het verkwanselen van de psychotherapie door economisering, medicalisering, controlering en 'DSMbilisering'. Verhaeghe verwijst hier zowel naar de klassieke analytische therapievormen als naar de emanciperende psychotherapie die in de jaren '60 van de vorige eeuw tot bloei kwam. Deze laatste kent vele vormen. Verhaeghe stelt dat in deze emanciperende therapieën de nadruk te veel kwam te liggen op de omgeving als veroorzaker van het lijden: klachten zouden het gevolg zijn van een verkeerde opvoeding of een ziekmakende maatschappij. Een van de kwalijke gevolgen van dit paradigma is de 'slachtoffercultuur': ik kan er niets aan doen, anderen hebben schuld.

Als reactie hierop ontstond een beweging die klachten juist los van de sociale context ging bestuderen en verklaren. Verhaeghe noemt dit 'decontextualisering'. Klachten van mensen worden binnen dit perspectief vertaald in een individueel bepaalde stoornis, los van de omgeving waarin het individu leeft, en verbonden met veronderstelde, eventueel genetisch bepaalde, neurobiologische verstoringen. Deze zouden leiden tot verstoringen in de chemische huishouding van het lichaam, en die kunnen verholpen worden door medicatie. Hij maakt glashelder waar deze vermeende feiten toe leiden: een groeiende groep volwassenen en kinderen die psychofarmaca slikken vanuit de gedachte dat ze psychische klachten hebben omdat ze biologisch ziek zijn, dat er iets mis is met hun hersenen en dat pillen daartegen helpen. Suggesties van de grote doorbraken op genetisch-neurobiologisch gebied worden echter nog niet waargemaakt en de verwachting is niet dat dit in de toekomst wel het geval zal zijn (Dehue, 2008; Dirx, 2008; Lauteslager, 2006).

Verhaeghe waarschuwt psychiaters, psychologen en psychotherapeuten: let op, u verkoopt uw ziel aan de farmaceutische duivel! Toch nuanceert hij dit ook wanneer hij stelt dat bepaalde patiënten duidelijk baat hebben bij medicatie en dat zij daardoor een menswaardiger leven kunnen leiden, in het geval van psychoses of zeer ernstige depressies. Maar dit geldt volgens hem slechts voor een kleine groep. Voor een groot deel valt de werkzaamheid van psychofarmaca te verklaren uit het placebo-effect. En de bijwerkingen zijn onomstreden!

De medicalisering heeft ook een ernstige psychische bijwerking: opnieuw is het lijdende individu onschuldig, maar terwijl in de emanciperende psychotherapie nog inzet gevraagd werd om het innerlijke proces van bevrijding tot stand te brengen is het slachtofferschap nu compleet. Het lichaam wordt beschuldigd, maar het lichaam kan er ook niets aan doen. Patiënten zoeken een weg naar genezing die geen bijzondere inspanning vraagt. Deze opstelling past naadloos in een tijd waarin mensen verwachten dat ze alles

krijgen wat ze hebben willen, en wel nú en zonder al te veel moeite. Verhaeghe maakt duidelijk dat de farmaceutische industrie maar al te graag inspeelt op deze tijdgeest en zodoende inmiddels wereldwijd vele miljarden verdient; de media werken mee door al te gemakkelijk aanspraken op neurobiologische doorbraken over te nemen. Lastige, drukke of stoute kinderen dagen hun sociale omgeving (gezin, familie, buurt, school) niet langer uit om hen met aandacht, standvastigheid en geduld te socialiseren; zij hebben doodeenvoudig een *ziekte* waarvoor pillen bestaan. En de ouders of andere omstanders kunnen er niets aan doen, zij hebben geen enkel aandeel in de problemen van hun kind, zij hebben gewoon pech! Dit versterkt het idee dat de last weggenomen moet worden; hij mag er niet zijn, hij hoort niet bij het leven. De analyse van Verhaeghe is daarmee ook algemener van toepassing op de huidige samenleving. Tragiëk is niet meer een onvermijdelijk deel van het leven, dat om aanvaarding vraagt, maar een last die met zo min mogelijk moeite uit de weg geruimd moet worden.

Verhaeghe contextualiseert op deze wijze de teloorgang van de psychotherapie als een methode die van mensen vraagt dat zij *moeite* willen doen om hun problemen aan te pakken. Ook contextualiseert Verhaeghe de psychische problemen waar wij in deze tijd mee te maken hebben. Kinderen zijn druk en ongeconcentreerd; vooral jongens zijn massaal in verzet gekomen tegen de druk om een *winner* te zijn; zij falen op school en stellen er bijna eer in een *loser* te worden. Zij zijn emotioneel, angstig-agressief, agerend, niet aanspreekbaar en wantrouwend. Een samenleving die winnaars privilegieert, drijft noodzakelijkerwijs op een grote groep verliezers, aldus Verhaeghe. De 'postmoderne mens' is volgens hem in crisis. Dit komt doordat oude verbanden zijn op- en opengebrouwen: identiteit is losgezongen van verwantschap (familie), geschiedenis en sociale verbanden. Daarmee verbonden ontbreekt inmiddels voor velen een natuurlijke zingeving en vertrouwen in de samenleving en in de toekomst. Daarom klagen veel volwassenen over opgebrand zijn, leeg zijn. En dat krijgt dan vaak weer de diagnose 'depressie'.

Verhaeghe meent dat de psychotherapie zoals deze zich heeft ontwikkeld in de vorige eeuw voor de huidige psychische problematiek niet meer voldoet. Het analyseren van symptomen als een functie van een onderliggende psychische problematiek slaat niet aan bij jongemannen die zich vernederd voelen, die wraaklustig zijn en die tot directe actie overgaan in plaats van te kiezen voor een symbolische weergave van hun lijden in taal. Tegelijkertijd keert hij zich tegen de populariteit van geprotocoliseerde kortdurende psychotherapie, die hij beschouwt als een product van de economisering van ons vak: mensen moeten zo snel en goedkoop mogelijk afgeholpen worden van hun klachten om weer productief te kunnen zijn in de maatschappij – wat bijvoorbeeld PsyQ voorstaat. Deze instrumentele benadering leidt noodzakelijkerwijs tot een verregaande versimpeling en reduceert psychotherapie tot een natuurwetenschappelijke benadering, terwijl bij de psyche van de mens complexiteit aan de orde is. Verhaeghe spreekt van 'de DSMbilisering'. Men zou ook kunnen zeggen, de DBCbilisering. Want de diagnose-behandelcombinatie is gebaseerd op de DSM en gaat uit van de illusie dat wij op grond van klachten een diagnose kunnen stellen die eenduidig tot de goede

behandeling leidt, dat wil zeggen: los van de context en de therapeutische relatie. Alhoewel keer op keer wetenschappelijk is vastgesteld dat deze aanname lariekoek is, blijft het politieke systeem deze stelling innig omarmen.

Wat ik mis in het boek van Verhaeghe is aandacht voor nieuwe bewegingen in het veld van de psychotherapie. Inderdaad vraagt onze tijd om nieuwe vormen van psychotherapie, maar die zijn al volop in ontwikkeling. Het lijkt erop dat Verhaeghe daar niet van op de hoogte of niet van overtuigd is. Ik wil er zeven noemen.

Ten eerste 'de open dialoog'-benadering bij psychische problematiek. Deze psychotherapeuten gaan uit van twijfel, het 'niet weten' gecombineerd met persoonlijke presentie. In de open dialoog is ruimte voor meerdere stemmen en interpretaties. Rober (2003) bestudeert de innerlijke dialoog van psychotherapeuten. Zijn wetenschappelijk onderzoek is een studie van de innerlijke wereld van therapeuten en de invloed daarvan op de therapeutische dialoog. Zo bestudeert hij de therapeutische relatie op geheel nieuwe wijze. Ook Seikkula (2008) maakt gebruik van meerstemmigheid in zijn interventies bij psychiatrische crises en psychoses, waarbij open dialogen worden georganiseerd met meerdere gezinsleden en meerdere professionals. Door de meerstemmigheid wordt de problematiek gecontextualiseerd in aanwezigheid en in taal. De uitkomst van deze open dialoog bepaalt verder handelen. De persoonlijke stijl en generositeit van de psychotherapeut zijn daarbij centrale begrippen (Wilson, 2007). In deze benadering is tijd een relatief begrip; complexe problematiek vraagt om een open benadering, zeker niet om een instrumentele aanpak. Van de therapeut vraagt dit dat hij zijn kennis, kunde en levenservaring zo genereus mogelijk beschikbaar stelt, zonder vaste uitgangspunten of hypothesen. Deze benadering is wereldwijd volop in ontwikkeling.

Een tweede benadering die aansluit op hedendaagse problemen van jongeren is ontwikkeld door Haim Omer (2007). Hij behandelt opstandige en agressieve jongeren in families en ook op school en in buurten. Zijn uitgangspunten zijn gebaseerd op de principes van Ghandi over geweldloos verzet. Hij contextualiseert de problematiek van agressieve jongeren en gaat ervan uit dat het traditionele gezag van autoriteiten, ouders, leerkrachten en politie is aangetast. Veel ouders laveren tussen begrip en woede. Omer nodigt ouders en andere autoriteiten uit tot nieuwe vormen van gezag, uitgaand van geweldloos verzet. Dit vraagt een grote inzet en standvastigheid.

Deze therapievorm sluit aan op de derde nieuwe vorm van psychotherapie, waarin therapeuten de veilige omhulling van de spreekkamer verlaten. Verhaeghe noemt zelf een interessant voorbeeld van een analytisch therapeut die samen met een jongere op zoek gaat naar zijn verdwenen vader. De sessies spelen zich af tijdens de autoriteiten en in gesprekken met mensen die zijn vader gekend hebben. De verhalen over zijn vader geven de jongen meer identiteit; het vinden van vader blijkt zelfs niet meer relevant. In multisysteemtherapie (MST), die is ontwikkeld voor jongeren van 12-18 jaar die zich zeer problematisch gedragen, gaat de therapeut vijf maanden lang een intensieve relatie aan met alle gezinsleden en het grotere netwerk van school, buurt, kerk en werk (Boonstra, Jonkman, Soeteman & Van Busschbach,

2009). Doel is om het isolement te doorbreken, ouders te steunen in hun gezag en verbanden te herstellen of te creëren. De problematiek wordt gecontextualiseerd en de behandeling eveneens, dat wil zeggen: in de therapie wordt de context betrokken. In het Lorentzhuis hebben wij de Mobiel Lorentz-therapie ontwikkeld voor gezinnen met meervoudige problematiek die niet naar instellingen of praktijken toekomen. Wij bezoeken deze families, die meestal zijn vastgelopen in de hulpverlening, thuis en zoeken samen met hen uit waarom de hulpverlening niet aansluit op hun noden. In samenwerking met de familie, en onder hun regie, wordt een behandeling gestart (Van Lawick & Bom, 2008).

Als vierde noem ik hier therapievormen die zich baseren op de gehechtheidstheorie en emotionele ontwikkeling (Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Johnson, 2007). Ook hier geen instrumentele benadering, makkelijke diagnoses en biologismen. In *emotion-focussed couple therapy* (EFT) gaat het om de veilige hechting in de partnerrelatie, om het doorbreken van destructieve relatiepatronen en om het verbinden van de secundaire emoties, die de conflicten domineren, met primaire emoties. Deze laatste zijn verbonden met de eigen geschiedenis, frustraties als kind, pijn, verlating, trauma's. Ook deze benadering vraagt inzet van cliënten en de bereidwilligheid om echt moeite te doen. Deze benadering, die verbinden centraal stelt, past bij tijden van eenzaamheid en fragmentatie, zoals de onze.

Ten vijfde is er een beweging waarneembaar in de richting van non-verbale interventies. Voor de huidige generatie die is opgegroeid met een beeldcultuur is woordtaal vaak niet voldoende. In psychotherapie wordt daarom gebruikgemaakt van muziek, beweging en dans, tekenen en persoonlijke internetpagina's met foto's en filmpjes. Veel publicaties geven blijk van ontwikkelingen op dit terrein (zie bijvoorbeeld Van der Elst, 2007).

Aansluitend wil ik ten zesde de vormen van psychotherapie noemen die concentratie en aandacht bevorderen bij mensen met populaire diagnoses, zoals ADHD, depressie en angst – *zonder* dat medicijnen worden voorgeschreven (Kabat-Zinn, 2000). Deze benadering contextualiseert psychische problematiek niet in de aanpak, maar wel in de analyse: psychische klachten worden in verband gebracht met de snel veranderende en veeleisende maatschappij waarin mensen moeten presteren en winnen, en waarin geen ruimte meer is voor *zijn*.

Als zevende en laatste belangrijke ontwikkeling noem ik de cultuursensitieve vormen van psychotherapie. Cultuursensitieve psychotherapeuten zijn zich ervan bewust dat veel analyses, diagnoses, theorieën en interventiepraktijken gebaseerd zijn op westers gedachtegoed. Deze passen veelal niet bij mensen uit andere culturen; nieuwe verhalen en nieuwe interventies zijn nodig en kunnen in samenwerking met cliënten en hun families worden gecreëerd (Beunderman, Savenije, Mattheijer & Willems, 2007). Het contextualiseren van psychische problematiek en van de behandeling is hierbij vanzelfsprekend geworden.

Ik ben mij ervan bewust dat bovenstaande selectie voor een deel ingegeven is door mijn kennis over ontwikkelingen in de systemische psychotherapie – waarschijnlijk zijn er nog meer ontwikkelingen te noemen. Ik onderschrijf

de analyse van Verhaeghe voor zover hij het failliet aankondigt van gedecontextualiseerde vormen van psychotherapie, van het gevaar van de invloed van het biologische discours en van de kwalijke invloed van de farmaceutische industrie, maar ik zie ook een hoopvolle ontwikkeling van krachtige gecontextualiseerde vormen van psychotherapie. Door de toenemende complexiteit van de samenleving, en door het verdwijnen van steeds meer natuurlijke verbanden, zal er in de toekomst steeds meer worden gevraagd van de psyche van de mens. Dan zal psychotherapie hard nodig zijn.

‘Het einde van de psychotherapie’: einde of een nieuw begin?

Nelleke J. Nicolai¹

‘Welk einde?’ denk je als niets vermoedende beroepsbeoefenaar, wanneer je je achtste patiënt van die dag uitlaat. Een einde zoals Francis Fukuyama in 1992 dat afkondigde voor de geschiedenis? Hij stelde toen dat elke staat ter wereld uiteindelijk zou eindigen met het neoliberale, democratische staatsmodel. Dat immers zou het onontkoombare eindpunt van elke politieke ontwikkeling zijn, zoals voorspeld door Hegel. Anderhalf decennium verder, voorbij terrorisme, controverses over de islam en een kredietcrisis, weten we dat hij ongelijk had. Geldt dat ook voor de stelling van Paul Verhaeghe?

Voor mijn commentaar heb ik twee kernpunten van zijn betoog onder de loep genomen. Het eerste kernpunt is de relatie tussen psychotherapie, identiteitsvorming en maatschappij. Volgens Verhaeghe is er voor het klassieke psychoanalytische psychotherapiemodel, dat uitgevonden is voor het behandelen van de psychoneuroses, geen plek meer in een samenleving die gekenmerkt wordt door het ontbreken van identiteit. Elke identiteit zal volgens Verhaeghe en volgens Lacan, door wie zijn denken is geïnspireerd, brokkelig worden wanneer in een samenleving de bronnen van zingeving en regulering tekortschieten. Hij ziet die identiteitsvorming in lacaniaanse zin in de regulering van het lichaam. Elk lichaam is immers drager van de identiteit die het plaatst in een familie, geslacht, een verwantschapssysteem, een beroep, een cultuur, en dus is het, volgens Lacan, ingeschreven in een orde die zin verleent. In deze tijd, met zijn nadruk op individualiteit en kortstondig hedonisme, is de identiteit vaag, leeg en gefragmenteerd. Mensen komen naar een psychotherapeut met vage klachten, gebrek aan zingeving, existentiële vragen: oneigenlijke vragen voor een psychotherapeut, in Verhaeghes optiek. Men is teleurgesteld in de psychotherapie en verwijt haar dat ze helemaal niets vermag. En keert terug naar een kaal en schraal verklaringsmodel, dat van de genetica, dat de mens loskoppelt van zijn omgeving (‘decontextualiseert’) en als remedie grijpt naar psychofarmaca die een snelle oplossing bieden.

¹ NELLEKE NICOLAI, *psychiater en psychoanalytica, is werkzaam in eigen praktijk en verbonden aan de RIAGG-Rijnmond te Rotterdam.*
Correspondentieadres: nicone@xs4all.nl

De tweede kern van mijn commentaar is het lelijke begrip ‘actueelpathologie’. Dit zijn volgens hem tekenen van een fout gelopen identiteitsontwikkeling, in tegenstelling tot de neurose die gestoeld is op een innerlijk conflict. Actueelpathologisch zijn bijvoorbeeld ‘persoonlijkheidsstoornissen’. De actueelpathologie leidt tot klachten die door het vertoog van de DSM en de farmaceutische industrie worden benoemd als angst- en stemmingstoornissen. En deze klachten kunnen het best aangepakt worden met pillen, zo luidt het. De DSM is lang niet zo’n apolitieke, op zuivere wetenschap gestoelde onderneming als men denkt, aldus Verhaeghe. Grote belangen van farmaceutische bedrijven doordese men de opzet van onderzoeken en de opstelling van nieuwe classificaties. Hij laat dat goed onderbouwd zien. Hij neemt vooral de huidige diagnostiek en de protocollisering op de korrel. Deze berust, zoals we weten, voornamelijk op de RCT (*randomised controlled trial*) in het veld van de psychotherapie. Volgens Verhaeghe is dat een oneigenlijk instrument. Deze methode van onderzoek kent zo veel uitsluitingcriteria dat de bewezen werkzaamheid nooit aansluit op de dagelijkse praktijk. En zij kan nooit het proces van de therapeutische relatie te pakken krijgen, want juist dat wordt eruit gefilterd in de protocollen en richtlijnen.

Paul Verhaeghe is een begenadigd schrijver die op een meeslepende wijze weergeeft waartoe de tekorten in zingeving in een neoliberale samenleving zullen leiden. Laat ik beginnen te stellen dat ik dit boek met veel plezier en vaak ook instemming heb gelezen. Hoe heerlijk is het niet om de dwang van de *evidence-based* behandelpraktijk eens op de hak genomen te zien worden, gesteund door citaten van Gabbard en Westen. Hoe fijn is het niet de DBC-dwang, door Verhaeghe DBC-isering genoemd, opnieuw flink bekritiseerd te zien worden. Hoe prettig je eigen geloof dat het in de psychotherapie draait om de therapeutische relatie weer eens gloedvol onderbouwd te zien. Dat neemt niet weg dat ik noch zijn analyse noch zijn oplossing deel – nog los van het feit dat de kritiek op DSM en op de dwangbuis van het *evidence-based* onderzoek niet erg nieuw of origineel is (Carrascoso Valdes & Valdivia, 2007; Lauteslager, 2006).

Eerst maar de analyse. Ik moest bij het lezen erg denken aan Christopher Lasch en zijn bestseller ‘The culture of narcissism’ (Lasch, 1979), waarin deze beweert dat de VS ten onder zal gaan aan een mix van nadruk op het individu en de teloorgang van verwantschapsbanden: de geanonimiseerde en anonieme mens. Toen dacht ik terug aan degene die de term ‘anomie’ gemunt heeft: de Franse socioloog Emile Durkheim. Volgens hem was deze anomie, ‘normloosheid’, het gevolg van de modernisering in een geïndustrialiseerde samenleving. Niet dus van ontwikkelingen in de samenleving van tien of dertig jaar geleden, maar aan het eind van de negentiende eeuw (1897, om precies te zijn) – dus de tijd dat Freud zijn neurose leer ontwikkelde.

Zo veel verandert er waarschijnlijk niet in deze eeuw. Wat hetzelfde blijft, is de beschavingskritiek, die we nu weer bij Theodore Dalrymple (2005) zien. Maar psychotherapeuten zijn geen sociologen en neigen tot grote generalisaties. Is het niet een terugkerend patroon van oudere blanke mannen die de treurnis, dat de zaken die zij ooit aanhingen door de tijd zijn ingehaald, omzetten in een algemene beschavingskritiek? Alleen al Verhaeghes stelling dat

vroeger sociaalfobische mensen gewoon 'verlegen' konden heten, maar nu gepathologiseerd worden, blijkt al iets ingewikkelder te liggen. De historiciteit van bepaalde klachten is in Nederland in de jaren '90 goed onderzocht (Gomperts, 1992; Hutschemaekers, 1990) en daar bleek uit dat de particuliere maatschappelijke opvattingen van hulpverleners bepalender zijn dan de klachten zelf. De ordening en de benoeming van fenomenen wisselt per tijdvak en per cultuur, en degene die benoemen, zijn wijzelf: de beroepsbeoefenaars. Wat wij nu depressie noemen, heet in Zuid-Amerika: *Nervios*. Ook in klassieke oudheid bestonden de verschijnselen al die wij nu groeperen onder de noemer kraambedpsychose. Alleen werden ze anders benoemd en anders geduid. De verdwijning van het neuroseconcept uit de DSM IV heeft er niet voor gezorgd dat de klachten verdwenen zijn, zelfs niet in de specifieke combinaties van fenomenen. Denk bijvoorbeeld aan het feit dat angst bijna altijd een integraal deel uitmaakt van depressies of dysthyme stoornissen (vroeger neurotische depressie). Deze angst krijgt in de DSM te weinig plaats, waardoor we ons in de lelijke bochten van comorbiditeit moeten wringen. We zien overigens de neuroses minder in de spreekkamer, maar wel in trainingen, in coachingstrajecten en in de alternatieve hulpverlening. En in de vrijgevestigde praktijk, want daar kom je die neuroses nog volop tegen. Zelfs in Rotterdam. Mensen met meer neurotische problematiek kunnen niet makkelijk terecht bij de institutionele hulpverlening, als gevolg van de door de DSM beperkte definities van klachten. Dus wordt hun vraag in de GGZ afgedaan als identiteitsproblematiek en gezien als luxeprobleem, en wordt het inherente lijden niet serieus genomen. Diagnose en de daarbij behorende uitleg vallen volgens mij bij onder de performatieve taaldaden: taaldaden die een fenomeen zó beschrijven, dat het 'waar' wordt. In feite gaat het om *self-fulfilling prophecies*.

Dan wat de oplossing betreft. Ik moest denken aan mijn eigen werkgeschiedenis. Begin jaren '70 begon ik te werken in een sociaalpsychiatrische dienst, met de belofte dat ik ook kon beginnen met psychotherapie als ik wilde. 'Alleen,' zo werd me te verstaan gegeven, 'klassieke neuroses zien we niet meer.' Dat gold enkele jaren later ook opnieuw toen ik ging werken op het Instituut voor Medische Psychotherapie in Rotterdam. De klassieke neurose leek een dinosaurus: uitgestorven. Toen al. Wel zagen we af en toe nog dwangstoornissen, maar in die tijd was juist ontdekt – in effectonderzoek – dat die het beste met gedragstherapie te behandelen waren. Wat we zagen, was inderdaad veel identiteitsproblematiek, traumatische voorgeschiedenissen, verlies en verwaarlozing, waarvoor de klassieke psychoanalyse inderdaad niets in huis leek te hebben. En dat terwijl Nederland 1968 al achter de rug had, maar onze patiënten kinderen waren van de jaren '40 en '50: een tijd van oorlog en een tijd van streng gereguleerde en verzuilde wederopbouw: dus de tijd dat volgens de theorie van Verhaeghe het lichaam nog zeer stevig ingeschreven was in vaste maatschappelijke ordeningen. We weten dit ontbreken van neuroses aan de stadscultuur, aan Rotterdam: een werkstad, met veel import uit Brabant, Zeeland en het Noorden, zonder de cultuur van een stad als Amsterdam, waar volgens iedereen de neurotische problematiek nog wél welig tierde. Voor geen kleintje vervaard werd de psychotherapie

toen multidisciplinair, werd groepstherapie gedaan, kwam de systeemtherapie op en begon de gedragstherapie zich waar te maken. Misschien is het beter te concluderen dat de psychotherapie zich toen los kon gaan zingen van haar psychoanalytische wortels en zich breder ging ontwikkelen.

Maar juist in die jaren begon het ook in de psychoanalyse te veranderen, doordat werd voortgeborduurd op beschrijvingen van persoonlijkheidsproblematiek door analytici, al in de jaren '30. Denk aan de term *borderline* die stamt uit die tijd, of aan de *as if*-persoonlijkheid van Helene Deutsch, de voorloper van de persoonlijkheid die gekenmerkt wordt door het ontbreken van een eigen identiteit. In de jaren '70 brak een revolutie uit in de drift- en egopsychologie, die tot dan het veld gedomineerd hadden. Dat begon met de objectrelatietheorie (Kernbergs eerste boek dateert van 1975). Vervolgens kwam de zelfpsychologie van Kohut op, ontstonden de relationele en intersubjectieve scholen in de psychoanalyse (Daniel Stern, Jessica Benjamin, Steven Mitchell, Donnel Stern). Daarin ligt het accent op de therapeutische relatie en hoe elk mens verandert in een intersubjectief systeem van betekenisgeving. Ook begon de belangstelling voor wat het mentale apparaat is te herleven, zoals blijkt uit de populariteit van Bion en andere theoretici van de *mind*. Deze ontwikkeling van drift naar subjectiviteit en intersubjectiviteit heeft ook te maken met de groeiende aandacht voor wat het Zelf is, ook filosofisch, zoals bij Charles Taylor (1989). Dit is onder andere uitgemond in het mentalisatie-bevorderende behandelmodel van Fonagy, Target, Allen en Bateman (Allen & Fonagy, 2006). Ook is er een toenemende belangstelling voor het raakvlak van de vroege ontwikkeling, de neurobiologie en de betekenis van relaties voor het veranderen van vroege gehechtheidspatronen.

Kortom, er wordt dus al jaren iets gedaan met Verhaeghes actueel pathologie en met een zeker, zelfs *evidence-based* effect. De *Transference-focused psychotherapy* blijkt te werken, MBT blijkt te werken. Ook kortdurende psychodynamische therapieën blijken te werken, bij depressies, maar ook bij angststoornissen. Ten slotte zijn er sterke aanwijzingen dat een langdurige psychotherapie meer oplevert, zeker in de verandering van gehechtheidsstijl, dan een serie korte *evidence-based* cognitieve, handboekgestuurde therapieën. Ik zie het dus juist niet somber in. De psychotherapie eindigt niet. Ze begint juist net. Ze strekt haar vleugels uit, maar is tegelijk ook bescheidener geworden. Ze kan niet alles. Maar wel veel meer dan Verhaeghe meent. Zou het ermee te maken hebben dat de meer relationele en intersubjectieve benadering vrouwen meer aanspreekt dan mannen?

Literatuur

- Allen, J., & Fonagy, P. (Eds) (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. New York: Wiley.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Beunderman, R., Savenije, A., Mattheijer, M., & Willems, P. (red.) (2004). *Meer kleur in de jeugd-GGZ*. Assen: Van Gorcum.

- Boonstra, C., Jonkman, C., Soeteman, D., & Busschbach, J. van (2009). Multi Systeem Therapie voor ernstig antisociale en delinquente jongeren: twee jaar follow-up studie. *Systeemtherapie*, 21, 94-106.
- Carrascoso López, F.J., & Valdivia, S. (2007). Towards alternative criteria for the validation of psychological treatments. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 347-363.
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Dalrymple, Th. (2005). *Beschaving of wat er van over is*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam.
- Dehue, T. (2008). *De depressie epidemie. Over de plicht het lot in eigen handen te nemen*. Amsterdam/Antwerpen: Augustus.
- Dirkx, J. (2008). De aantrekkelijke, maar illusoire autonomie van een eenzijdig verklaringsmodel voor de psychopathologie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 405-415.
- Elst, E. van der (2008). Systemisch turen door mijn digitale raam. *Systeemtherapie*, 20, 239-249.
- Giessen-Bloo, J., Dyck, R. van, Spinhoven, P., Tilburg, W. van, Dirksen, C., Asselt, T. van, Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder – Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Gomperts, W. (1992). *De opkomst van de sociale fobie*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Hutschemaekers, G. (1990). *Neurosen in Nederland. Vijftachtig jaar psychisch en maatschappelijk onbehagen*. Nijmegen: SUN.
- Jansen, S. (2008). *Het pauperparadijs, een familiegeschiedenis*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.
- Johnson, S. (2004). *The practice of Emotionally Focussed Couple Therapy: Creating connection*. New York/London: Brunner Routledge.
- Jong, J.V.T.M. de, & Colijn, S. (in druk). *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kabat-Zinn, J. (2000). *Handboek Meditatief Ontspannen. Effectief programma voor het bestrijden van pijn en stress*. Amsterdam: Becht.
- Kaplan, M. (2004). Psychoanalysis and psychopharmacology: art and science of combining paradigms. In J. Panksepp (Ed.), *Textbook of biological psychiatry* (pp. 549-570). Hoboken NJ: Wiley-Liss.
- Koerselman, G.F. (1998). Biologische psychotherapie. *MGV*, 53, 715-731.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil.
- Lambert, M.J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lautelager, M. (2006). Het evidence-beest heeft kuren. Gebruik en misbruik van EBP, RCT- en EST-methodologie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32, 347-366.
- Lawick, J. van (2009). Trots Op Psychotherapie! *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35, 53-57.
- Lawick, M.J. van, & Bom, H. (2008). Building bridges: home visits to multi-stressed families where professional help reached a deadlock. *Journal of Family Therapy*, 30, 504-517.
- Lasch, C. (1979). *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*. New York: Norton.
- Mooij, A.W.M. (1975). *Taal en verlangen*. Meppel: Boom.

- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (2007). *De nieuwe psychotherapeut* (brochure). Utrecht: NVP.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapeutic relationships that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Omer, H. (2007). *Geweldloos verzet in gezinnen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Panksepp, J. (2004). Imaging human emotions and affective feelings: implications for biological psychiatry. In J. Panksepp (Ed.), *Textbook of biological psychiatry* (pp. 33-74). Hoboken, NJ: Wiley-Liss.
- Rober, P. (2003). *De naakte therapeut*. Leuven: Acco.
- Seikkula, J. (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy* 30, 478-491.
- Spinhoven, P., Giessen-Bloo, J., Dyck, R. van, Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 104-115.
- Taylor, Ch. (1989). *Sources of the Self: The Making of Modern Identity*. Boston: Harvard University Press.
- Turnbull, H., & Solms, M. (2004). Depth psychological consequences of brain damage. In J. Panksepp (Ed.), *Textbook of biological psychiatry* (pp. 571-596). Hoboken, NJ: Wiley-Liss.
- Verhaeghe, P. (1998). *Liefde in tijden van eenzaamheid*. Leuven: Acco.
- Verhaeghe, P. (2009). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Westen, D., Novotny, C., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- Wilson, J. (2007). *The performance of practice: Enhancing the repertoire of therapy with children and families*. Londen: Karnac.