



*Idealen,  
afwijkingen en  
begeleiders*

**HOE IEDERE MAATSCHAPPIJ  
EIGEN UITVALLERS CREËERT**

Maartje **DE VRIES** en Bastiaan **VAN GILS**

*Drs. M.E. de Vries* is coach en redactielid van dit tijdschrift.  
E-mail: [m.e.devries@hotmail.com](mailto:m.e.devries@hotmail.com).

*Ir. B.J.C.M. van Gils* is eigenaar van Veranderhulp te Apeldoorn  
en redactielid van dit tijdschrift. Website: [www.veranderhulp.nl](http://www.veranderhulp.nl).

## SAMENVATTING

*Paul Verhaeghe publiceert over de invloed van maatschappelijke veranderingen op psychologische en psychiatrische problemen. Dit artikel verkent zijn perspectief op fouten, falen en fiasco's. Elke maatschappij stelt een bepaald ideaal: een ideaal mens, een ideale man, een ideale vrouw. Daar moet je aan beantwoorden; als je ervan afwijkt, faal je. Dat is altijd al zo geweest, maar er is een verschil tussen ons tijdskader en het voorgaande. Onze maatschappij heeft een eng economisch beeld als ideaalbeeld: zichtbaar succes, een professionele carrière. Dat is een belangrijk verschil, want de emotie van afwijking is nu geen schuld meer tegenover een hogere macht, maar schaamte. Het is de buitenwereld die kijkt: een collega, de burens. Logischerwijs worden klachten ook gelabeld vanuit diezelfde buitenwereld, maar deze labels vertroebelen het werkelijke probleem. Dezelfde succesnorm dringt zich op aan psychotherapie: hulp is effectief als zij zorgt dat mensen weer aan het werk kunnen. In dit spanningsveld doet de psychotherapeut zijn werk. Daarin draagt hij niet alleen verantwoordelijkheid naar de cliënt, maar ook naar de maatschappij.*

**INLEIDING** Paul Verhaeghe is hoogleraar klinische psychologie en psychoanalyse aan de Universiteit van Gent. Hij publiceert over de invloed van maatschappelijke veranderingen op psychologische en psychiatrische problemen. Zijn twee meest recente boeken zijn: *Identiteit* en *Autoriteit*. In het eerste boek zet hij uiteen dat de context waarin wij leven bepaalt wie wij zijn. En de maatschappij bepaalt nu: wie geen succes heeft, zal ziek zijn. Die norm heeft als nadeel dat de mens eenzamer is dan ooit en dat betekenisvol leven moeilijk is. Vanwege de publicaties van Verhaeghe was de redactie benieuwd naar zijn perspectief op het thema van dit nummer: fouten, falen en fiasco's. Dit artikel kwam tot stand op basis van zijn boeken en een persoonlijk gesprek met hem.

**IDEAALBEELD** Elke maatschappij stelt een bepaald ideaal: een ideaal mens, een ideale man, een ideale vrouw. Daar moet je aan beantwoorden en als je daarvan afwijkt, dan faal je. Dat is altijd al zo geweest, maar er is een verschil tussen ons tijdskader en het voorgaande. Het ideale mensbeeld was vaak religieus-politiek ingevuld; het had te maken met een innerlijk ideaalbeeld. Het falen werd bijna altijd ervaren als een schuldgevoel: ik beantwoord niet aan mijn innerlijke norm. Je erkende je falen tegenover een onzichtbare instantie, namelijk God. De buitenwereld kwam niet onmiddellijk in dat plaatje voor, want het was eigenlijk een een-op-eenverhouding.

Wij denken vaak dat onze tijd daar afscheid van genomen heeft en dat wij in een seculiere maatschappij leven, maar het is in wezen veel erger geworden. Wij hebben nu als ideaalbeeld een eng economisch beeld. Vroeger had je minstens vier aparte domeinen: die van politiek, religie, economie en kunst. Vier leefgebieden waarin mensen zich konden bewegen en waarin andere normen dan die van efficiëntie golden. In de kunst, religie en politiek gold van oudsher de efficiëntienorm niet. Maar kunst, religie - en uiteindelijk ook politiek - zijn uit de boot gevallen. Het enige wat telt is economie en dat maakt dat je geen ontsnappingsruimte meer hebt. Een kunstenaar van nu moet inte-



ressant zijn voor de markt. Politieke beslissingen worden genomen op basis van economische overwegingen. Religie is not done voor de weldenkende mens.

De kern van het enge economische ideaalbeeld is zichtbaar succes, je professionele carrière. Als je daarin faalt, krijg je een heel andere emotie dan voorheen: het verschuift van schuld naar schaamte. En dat is een belangrijk verschil, want bij schaamte is het de buitenwereld die kijkt, het is een collega die kijkt, het zijn de burens die kijken. Het is dus niet meer in een een-op-eenverhouding, het is jij tegenover die gemeenschap. En dat is veel fnuikender; het is enger en fnuikender.

Natuurlijk is een carrière, een beroep, ontzettend belangrijk. Veel mensen werken graag en hard, maar er wordt van je gevraagd dat je leven zich daartoe beperkt. Als je dan uit de boot valt, dan wordt je ook nog eens verteld dat het je eigen schuld is - je had beter je best moeten doen. Dat je uit de boot valt heeft niets te maken met het feit dat je 55 jaar oud bent, of dat je te duur geworden bent, of dat een aantal jongere mensen bereid is het werk voor 15 procent minder loon te doen ...

**UITVALLERS** Wij hebben nu de illusie dat psychologische en psychiatrische problemen allemaal hersenziekten zijn. We geven ze labels als ADHD, PDD-NOS, depressie of burn-out. Als je de geschiedenis van ons vakgebied bekijkt, dan is dit een overtuiging die om de vijftig jaar terugkeert, terwijl er nooit bewijs voor is geweest - ook vandaag de dag niet. Dat is de opvatting van de American Psychiatric Association en als zij dat zeggen, dan is dat vrij vergaand.

Er is veel meer bewijs voor dat psychologische en psychiatrische problemen een nadrukkelijke maatschappelijke component hebben. En dat is niet zo vreemd, want psychologische en psychiatrische problemen betekenen immers altijd dat iemand afwijkt van de maatschappelijke norm; daarom noemen we dat abnormaal. Je kunt dan heel snel de volgende stap zetten: elke maatschappij definieert een bepaald mensbeeld en dat betekent dat elke maatschappij ook de afwij-

kingen van dat mensbeeld definieert. De afwijkingen ten tijde van Freud zijn typisch voor het victoriaanse tijdperk; die hebben wij nu nauwelijks nog. Alles draaide toen om seksualiteit, vooral verdrongen seksualiteit, en die opvatting creëerde een aantal ziektebeelden.

Dit proces vindt plaats in elke maatschappij, maar er zijn gradaties. In het victoriaanse tijdperk nam de maatschappij een extreme vorm aan en leed bijna iedereen aan een seksuele verdringingsneurose. De maatschappij die wij nu meemaken neemt ook een extreme vorm aan, met een verplichting tot (vooral financieel) succes. Ook dan krijg je per definitie veel mensen die afwijken en uitvallen.

In onze huidige samenleving heeft psychotherapie dan ook een economisch doel. In Groot-Brittannië worden veel psychotherapeutische programma's bijvoorbeeld afgemeten aan de vaststelling of iemand weer aan het werk kan - het succes ervan hangt daarvan af. In België en Nederland is het gelukkig nog niet zover, maar vanuit de Britse regering is een jaar of vier vijf geleden besloten om huisartsen te trainen om cognitieve gedragstraining te geven aan depressieve patiënten, met als enige doel ze weer aan het werk te krijgen. De reden: depressies kosten de economie miljarden ponden per jaar.

Ik vind het onze taak, als therapeuten, om dit te duiden en aan te klagen. Dit moet veranderen, alleen al op grond van humane redenen. Je kunt namelijk niet blijven dweilen met de kraan open. Hoeveel mensen moeten er nog uitvallen? Daarover publiceren is óók mijn baan, mijn dienstverlening aan de maatschappij. Eén op de zeven Belgen slikt een antidepressivum; in Nederland is dat niet veel anders. Het heeft echter geen zin om cliënten bij aanvang van hun therapie of begeleiding te vertellen dat ze slachtoffer zijn van een maatschappelijk ideaalbeeld, want daar zijn ze niet mee geholpen. Je maakt ze dan nóg eens tot slachtoffer en dat is natuurlijk nooit een goed idee. Je moet op zoek gaan naar wat er bij hen nog aanwezig is aan eigen kracht en proberen dat stilletjes aan te ontwikkelen. Een stap verder in de begeleiding kun je dan de

link leggen met het maatschappelijke, en je visie daarop geven, maar dat is nooit het begin.

Er is ook een andere kant: in heel veel gevallen komen mensen bij ons - en bij begeleiders, neem ik aan - omdat zij in omstandigheden vastzitten, met een heel beperkte visie op het probleem, zoals: 'Het is mijn eigen schuld.' In dat geval is het de kunst om hen te helpen die visie ruimer te maken. Maar wanneer blijkt dat zij inderdaad een groot eigen aandeel hebben, dan hoeft dat ook niet ontkend te worden. Dat is juist het stuk waaraan ze kunnen gaan werken. Daarnaast mag je ze ook duidelijk maken dat, naast dat eigen stukje, ze ook te maken hebben met bepaalde omstandigheden. Zo help je mensen een ruimer perspectief te zien en dat is vaak een heel belangrijke stap naar verandering.

**LABELS** Een voorbeeld van denken vanuit een beperkt perspectief, zijn ouders met een kind met ADHD. Ze komen binnen met: 'Mijn kind heeft ADHD.' De wanhoop bij zulke ouders is vaak groot. Een kind is zo belangrijk en als dat kind dan niet aan de normen beantwoordt, dan doe je alles om dat in orde te krijgen. Dus ik ben de laatste die met de vinger naar de ouders zal wijzen. En ik snap ook heel goed dat het label dat zij aangeboden gekregen hebben, vanuit een of andere instantie, een verademing is. Hun kind heeft problemen en eindelijk weet men wat het is; eindelijk kan er iets aan gedaan worden.

Wetenschappelijk gezien is ADHD echter onzin. Ieder serieuze wetenschapper kan je dat vertellen. Er zijn genoeg studies die aantonen dat als je een groep van vijfhonderd kinderen die voldoen van de diagnose ADHD gaat onderzoeken, ze meer verschillen vertonen dan overeenkomsten. Neem, ter vergelijking, een groep mensen met een aantal medische klachten, waarin er twee vaak terugkeren: veel zweten en hoge

koorts. Die gaan we dan maar benoemen als Veel Zweeten Hoge Koorts ofwel VZHK. En dan zeggen we: die man zweet veel, doordat hij lijdt aan VZHK. Het symptoom wordt de verklaring van de ziekte. Dat is niet betrouwbaar en het is ook niet valide - twee termen uit de diagnostiek.

Betekent dat niet het ontkennen van het probleem ADHD? Nee. We hebben een groeiende groep jonge kinderen, met wie we een scala aan problemen ervaren. De elementen 'niet opletten' en 'niet stil kunnen zitten' horen daar vaak bij. Maar dat we juist die dingen eruit halen, zegt iets over onze diagnostisch blik. We halen die dingen eruit, omdat dat nu eenmaal de

*Als je uit de boot valt, wordt je ook nog eens verteld dat het je eigen schuld is - je had beter je best moeten doen*

dingen zijn waarvan wij vinden dat die belangrijk zijn. We vinden het belangrijk dat kinderen op school presteren. En om op school te kunnen presteren, moet het kind kunnen opletten en stilzitten. Het klopt wel dat het kind de genoemde problemen heeft, maar het heeft ook nog zeventien andere problemen. Bovendien zijn die symptomen niet het probleem van dat kind, maar het probleem van

zijn of haar onderwijzer. Die staat voor een klas van 24 leerlingen; als er dan vier niet opletten en stilzitten, kan hij zijn werk niet goed doen. Op deze situatie moet een antwoord komen. Maar die kinderen een ziekte-label geven en ze volstoppen met amfetaminen, dat is niet het juiste antwoord.

Maar wat moet je dan wél doen? Daar moet een klinisch antwoord op gegeven worden: ga luisteren en bekijken wat er aan de hand is. Dan kom je tot de vaststelling, dat er heel veel verschillen zijn. Je moet kijken naar wat je met dat kind kunt gaan doen in die situatie, met die ouders en met die school. Dat is veel efficiënter; dat blijkt ook uit onderzoek. Op korte termijn werkt een medicament sneller, maar op de lange termijn (bijvoorbeeld een jaar) heb je meer negatieve



effecten dan positieve effecten. Psychotherapie werkt dan veel beter, zo blijkt uit onderzoek.

**UNICITEIT** Nog een voorbeeld: de meestgestelde diagnose die vandaag de dag gesteld wordt bij volwassenen, is depressie. Een typisch beeld van een depressie is iemand van rond de 35 die er op een bepaald moment aan onderdoor gaat. Vaak zijn dat vrouwen. Op gegeven moment lukt het niet meer om te voldoen aan de algemeen geldende norm; ze gaan naar een huisarts of een andere medische discipline. Ze krijgen het label depressief opgeplakt en er wordt een antidepressivum voorgeschreven als bijbehorende oplossing.

Op een bepaalde manier zorgen zo'n label en de medicatie voor opluchting, een ontsnapping aan het gevoel van falen. Ik heb iets - een depressie - en er is een oplossing voor: een antidepressivum. Het label 'depressie' geeft, net als het label 'ADHD', de indruk dat we weten waarover het gaat, want depressie is nu eenmaal een welomschreven neurobiologische aandoening.

In de praktijk hebben we een 35-jarige vrouw voor ons zitten, met twee kinderen in de kleuterleeftijd. Ze heeft een fulltimebaan, waarvoor ze iedere dag ook nog eens anderhalf uur in de file staat. Met een man die nog van het klassieke type is en die niet zoveel in het huishouden doet. Die vrouw krijgt van alle kanten te horen dat ze eigenlijk toch wel moet presenteren, maar dat lukt niet meer, want ze is gewoon oververmoeid - al een jaar. Door die oververmoeidheid begint ze fouten te maken op haar werk en doordat ze fouten maakt, krijgt ze een slechte evaluatie. Thuis begint het ook minder te gaan, want ze heeft te weinig aandacht voor haar man. Van het een komt het ander, en op een bepaald moment gaat ze eraan onderdoor.

Is dat een depressie? Die vrouw moet rusten, die moet meer slaap krijgen. Doe die antidepressiva maar weg. Geef in eerste instantie slaapmedicatie, zodat ze goed kan slapen. Het slapen gaat immers ook slecht, want ze ligt te piekeren. Ze kan niet inslapen, ze ligt maar te malen. Dan kom je aan vijf tot zes uur slaap per nacht, terwijl je al oververmoeid bent. Je moet als behandelaar dus je gezonde verstand gebruiken en 'back to basics' gaan. De hoofdoorzaak bij deze problematiek is vermoeidheid en herstel komt in eerste instantie door te slapen - zwijg over de rest.

Dan zie je dat zo iemand plotseling, als een blok, negen uur kan slapen. En als dat dan een aantal weken zo gelukt is, dan kan ze beginnen met andere dingen. Dat werkt gradueel, stap voor stap. Op gegeven moment zal de constatering voorbijkomen: 'Als ik niet ergens mee stop ... wat dan?' Daar is echter geen algemeen antwoord op te geven, dat is wat je individueel met iemand bespreekt. 'Is dat idee van mislukken mijn ervaring of is het de werkelijkheid?' Zo'n vraag is in de periode dat ze nog oververmoeid is een bijkomende beschuldiging, in de zin dat - naast de er-

varing van het 'het gaat niet meer' (ze is immers uitgevallen) - ook nadrukkelijk de aandacht wordt gevestigd op de vraag of ze dat niet aan zichzelf te wijten heeft. Als ze uitgerust is, gaan de ogen open: 'Ik ben nu uitgerust, maar ik moet straks niet op dezelfde manier verder. Ik kan hier zelf invloed op uitoefenen.'

Het gaat om particulariteit en contextualiteit: het unieke verhaal van die bepaalde man, die vrouw, dat kind in die bepaalde context. Maar dat kost tijd; tijd om gesprekken te voeren. Ik moet dan ook de vrijheid nemen om de opeenvolging van die sessies zelf te bepalen, want die vrouw moet eerst iets doen aan de

*Men legt het  
probleem quasi  
uitsluitend bij  
het individu en  
is niet bereid, of  
denkt er niet aan,  
het geheel te  
bekijken*

oververmoeidheid. Anders heeft het geen zin om met diepgaande gesprekken te beginnen. Eerst slapen, de medicatie veranderen van antidepressivum naar een slaaphulpmiddel en vervolgens een korte telefonische afspraak na een dag of zes, om te kijken of de medicatie aanslaat. Gesprekken plan je in het ritme van de cliënt, maar daarvoor moet je wel de vrijheid hebben om af te wijken van het protocol. Het protocol zegt immers dat je een sessie per week moet hebben, gedurende zoveel weken, en dan moet het klaar zijn.

**TWEE RICHTINGEN** Kortom, we moeten het denkkaarder verruimen. Men legt het probleem quasi uitsluitend bij het individu, maar men is niet bereid - of denkt er niet aan - om het geheel te bekijken. Als je een bedrijf hebt of een organisatie waar systematisch mensen uitvallen, dan is er iets aan de hand met dat bedrijf of die organisatie. Dan moet men natuurlijk ook proberen de individuen te helpen, maar er moet toch ook aandacht zijn voor de bedrijfsorganisatie. Zowel in Nederland als in Vlaanderen zie je dat de onkosten voor ziekteverzuim exponentieel stijgen, dus de conclusie is niet zo moeilijk: dit systeem is heel ongezond. Zoals gezegd, zijn er altijd individuele factoren. Ik wil niet beweren dat het allemaal de schuld van de maatschappij is, want er zijn ook mensen die niet ziek worden. Je moet zoeken naar een combinatie tussen de twee. Er zijn namelijk organisaties die meer uitval hebben dan andere organisaties. Ik zeg ook tegen mijn studenten (toekomstige therapeuten, toekomstige klinisch psychologen): je hebt in eerste instantie een verantwoordelijkheid voor de mensen die bij jou komen, om hen te helpen. Maar je hebt ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid, om dit verhaal naar buiten te brengen. Want als je alleen maar je cliënten of patiënten tot slachtoffer van de wereld verklaart, dan help je hen niet. Als je niets doet met het grotere verhaal, ben je twee keer verkeerd bezig, want daar help je de mensen die nog niet zijn 'omgevallen' niet mee. Je moet dus in twee richtingen werken. Dat is niet gemakkelijk, want je wordt betaald door de maatschappij of een organisatie, en vandaaruit wordt verwacht

dat je dit individu weer aan het werk krijgt. De impliciete boodschap is dus dat het probleem bij het individu ligt. Op de een of andere manier moet je als begeleider ook een boodschap afgeven aan de organisatie: 'Er gaat bij jullie een aantal dingen fout. Denk eens na over veranderen. Ik weet zeker dat jullie dan minder problemen zullen hebben en dat er minder mensen uitvallen.' Dat is overigens ook de reden dat ik boeken schrijf.

**ECONOMISCH-WETENSCHAPPELIJKE KLEM** Dan is er ook nog de positie van de psychotherapeut zelf in deze tijdsgeest: de diagnose-behandelcombinatie, het protocol. Op basis van een label dat de afwijking beschrijft, is voor de begeleider voorgeschreven hoe te handelen. De grond van die protocollen heeft te maken met wetenschappelijk onderzoek. Psychotherapie is ontstaan, tot de recente vorm, in de jaren zeventig van de vorige eeuw. Er was eerst een enorme wildgroei; op een bepaald ogenblik is men begonnen dat wat te stroomlijnen en is men ook met onderzoek begonnen. In eerste instantie door verschillende therapeutische vormen te vergelijken en later met meer diepgaand onderzoek naar de werkzaamheid van de psychotherapie op zich.

Om onderzoek te doen moet je vergelijkingen kunnen maken. Bijvoorbeeld tussen een bepaalde aanpak en de standaardbehandeling van een controlegroep. Maar om dat te doen, moet je die therapie stroomlijnen en op voorhand beschrijven - anders kun je niet vergelijken. Dan moet je vaststellen: we hebben iemand met die diagnose en we behandelen drie maanden met twee sessies per week. Maar nadien keert men dat om: dat onderzoeksprotocol wordt de norm en men moet het zo gaan doen. En dat is fout!

Voor beginnende begeleiders geldt zeker: gebruik een protocol, totdat je genoeg ervaring hebt. Als je meer ervaring hebt, zul je weten wanneer je het kunt loslaten. Vrij snel komt er een moment, dat je weet: het heeft geen zin om het nu zo te doen. Wat bij die man werkt, zal bij deze man niet werken. Dat mag echter niet bij een protocolgestuurde diagnose-behandelcom-



binatie. Een protocol zou alleen als richtlijn mogen dienen, in de vorm van: we weten op grond van heel veel onderzoek dat dit ongeveer werkt, maar je moet nog altijd je eigen expertise gebruiken om te weten hoe je het gaat toepassen. Als dat niet meer is toegestaan, is het trouwens de vraag waarom mensen een paar jaar opleiding moeten volgen om een protocol toe te passen. Dat kun je namelijk na drie maanden al. Als je verplicht wordt te werken met een diagnose als ADHD, dan staan de aanpak en het doel van de behandeling vast. Het kind heeft ADHD, dus de therapie is geslaagd als het kind minder druk is en het beter oplet. Dan wordt het kind daar gedragsmatig naartoe getraind, in combinatie met medicijnen. De therapie

moet dan na twintig sessies rond zijn. Maar dat is geen therapie, want het kind is niet geholpen. Dan zie je ook dat de effectiviteit van de therapie na verloop van tijd wegvalt. De conclusie is dan: 'Psychotherapie werkt niet echt, medicatie werkt veel beter.'

Zo mislukt therapie al bij voorbaat. Veel therapeuten, zeker die van de oudere generatie, gaan daarin niet mee. Maar de jongere therapeuten worden daarin opgeleid, die weten niet beter. Het zijn de protocollen die ze leren. De diagnose-behandelcombinatie, zoals in Nederland - met die diagnose en dan die behandeling - vormt een enorm risico. Het wordt een selffulfilling prophecy. 