

PAUL VERHAEGHE

Psychotherapie als wetenschappelijk en economisch product: het einde in zicht?

Elke psychotherapeut wil het beste voor zijn cliënten en als iemand zwart op wit kan aantonen wat de beste behandeling is, dan kunnen we dat alleen maar toejuichen. Klinisch beschouwd is dat niet zo moeilijk, maar dat hard wetenschappelijk bewijzen is een ander paar mouwen, is een geheel andere kwestie. Het meest courante antwoord daarop is vandaag het zogenoemde RCT-model in combinatie met DSM-diagnoses. In het eerste deel van deze bijdrage zal ik aantonen dat dit voor een perverse besluitvorming zorgt. Bovendien kadert dit binnen een zeer eng wetenschappelijke benadering, die helaas zeer ruim toegepast wordt, op de koop toe in combinatie met een bedenkelijk maatschappelijk model, met name dat van de maatschappij als één grote markt. Iedereen van ons wordt daar meer en meer slachtoffer van. Dat wordt het tweede stuk van mijn uiteenzetting.

PSYCHOTHERAPIE ALS WETENSCHAPPELIJK PRODUCT

Is psychotherapie werkzaam of niet? Het antwoord daarop is niet zo moeilijk, en in eerste instantie positief. Op grond van ervaringen die iedereen in de sector deelt, blijkt psychotherapie inderdaad te werken, en zelfs vrij snel. Plusminus vanaf de vierde sessie zijn er positieve resultaten

merkbaar, grotendeels ten gevolge van de aandacht en de luisterbereidheid die de patiënt ervaart. Duurzame effecten van psychotherapie blijken dan weer vooral samen te hangen met langdurige psychotherapieën, en ook dat zal nauwelijks verwondering wekken. De werkzame factoren daarbinnen hebben heel veel te maken met de therapeutische verhouding en met de mate waarin de patiënt het gevoel heeft zelf een actieve positie te kunnen innemen bij de behandeling, vandaag vaak benoemd als 'agency' en zelfdeterminatie. Tot verrassing van heel wat therapeuten van mijn generatie blijken de specifieke therapeutische technieken of scholen er een stuk minder toe te doen.

Tot zover het goede nieuws. Het slechte nieuws is dat we deze evidenties vandaag zwart op wit moeten bewijzen volgens een natuurwetenschappelijk model, dat wil zeggen: objectief, veralgemeenbaar, controleerbaar en voorspelbaar. Bij wijze van inleiding geef ik onmiddellijk twee moeilijkheden. Ten eerste: hoe meet je die werkzaamheid, welke kwantificeerbare criteria ga je daarvoor gebruiken? Is een behandeling efficiënt als enkele symptomen in frequentie gedaald zijn? Of is een behandeling geslaagd als het welbehagen bij de patiënt, ruimer, diens 'quality of life' toegenomen is? Dit is absoluut niet simpel: het is bijvoorbeeld best mogelijk dat de symptomen gedaald zijn, maar dat de patiënt zich niet beter voelt. Het omgekeerde kan ook: dat de symptomen nog steeds aanwezig zijn, maar dat de patiënt zich toch stukken beter voelt. En ten tweede: hoe bewijs je dat die eventuele werkzaamheid veroorzaakt wordt door de behandeling? Zeker als de therapie verscheidene maanden duurt, is het heel goed mogelijk dat een eventuele verbetering te maken heeft met zaken buiten de therapie, het feit bijvoorbeeld dat de patiënt een andere job of een nieuwe partner gevonden heeft. Maar misschien zijn die andere job en die nieuwe partner op

zich ook al een eventueel gevolg van de behandeling – maar hoe kan je dat aantonen?

Nu verander ik even van positie en in plaats van mijn therapeutische pet zet ik mijn academische muts op. Als we de werkzaamheid van een bepaalde methode willen onderzoeken, dan moeten er minimaal twee voorwaarden vervuld zijn. We moeten alle relevante factoren kennen, en bovendien moeten we al die factoren ook kunnen controleren. In mijn cursus methodologie uit de jaren zeventig sprak men over de methode van de 'isolerende variatie'; nu gaat het over *randomized controlled trial*. Bij een bepaald proces houdt men alle factoren gelijk, behalve één, zodat eventuele verschillen in uitkomst wel een gevolg moeten zijn van die ene factor. Dit is simpelweg gezond boerenverstand. Je mag dit zelfs letterlijk opvatten, want deze methode komt onder andere uit landbouwstudies. Je neemt dezelfde grond, ingezaaid met dezelfde graansoort, maar het ene stuk krijgt bemesting X, de andere bemesting Y. Als er verschil in opbrengst is, dan ligt dat dus aan die bemesting. Of in een andere opzet: dezelfde grond, dezelfde bemesting, maar twee verschillende graansoorten. Het verschil in opbrengst zal in dat geval te maken hebben met de graansoort.

Dit voorbeeld is duidelijk en illustreert overigens meteen het doel: een hogere productie. Binnen de landbouw is dit gelukt: we hebben nu veel meer opbrengst dan ooit tevoren. Helaas blijken die efficiëntie en dat succes de laatste jaren toch niet zo onverdeeld te zijn. De verschroming en verzilting van onze landbouwgronden in combinatie met de vergiftiging van grond- en oppervlaktewater tonen het relatieve karakter van die efficiëntie – het is een kortetermijndenken dat op lange termijn nog voor veel ellende zal zorgen. Overigens maakt deze vergelijking met de landbouw meteen duidelijk wat we moeten begrijpen onder het moderne toverwoord 'efficiëntie': méér voor

minder geld, en liefst nog sneller dan vroeger ook. Dit is het huidige marktdenken en het resultaat daarvan is onlangs op de beurzen spectaculair duidelijk geworden.

In het onderzoek naar de meest efficiënte psychotherapeutische behandelingsmethodes is er bovendien nog een bijkomende reden waarom de RCT-benadering plots furore maakte. De oorspronkelijke studies vonden plaats tijdens de richtingenstrijd tussen de verschillende therapeutische stromingen, die elk wilden bewijzen dat zij beter waren dan de andere. Die studies zijn zeer vruchtbaar geweest, omdat ze ons vooral geleerd hebben dat doorheen die verschillende methodes steeds een aantal identieke factoren werkzaam is. Vanaf een bepaalde periode verandert de context van het onderzoek zeer ingrijpend, en wordt er geen vergelijking meer gemaakt tussen verschillende vormen van psychotherapie, maar wel tussen psychotherapie en farmacotherapie. Dit gebeurde soms expliciet, waarbij een groep patiënten die behandeld werd met psychotherapie vergeleken werd met een verondersteld identieke groep die alleen farmacologische hulp kreeg. In het merendeel van de onderzoeken gebeurt dit evenwel impliciet, omdat de onderzoekers dezelfde methodologie en hetzelfde onderzoeksdesign gebruiken om psychotherapie te evalueren als bij farmacologisch onderzoek, en dat is precies de RCT.

Recent heb ik een boek gepubliceerd (Verhaeghe 2009) waarvan de basisstelling luidt dat psychotherapie op grond van vier factoren het risico loopt te verdwijnen. Een eerste factor betreft de zelfoverschatting van de eerste generatie psychotherapeuten die dachten 'alles' te kunnen oplossen en daarop nu afgerekend worden. Een tweede factor betreft een mentaliteitswijziging bij het brede publiek: de vroegere (niet bewezen) overtuiging dat 'alles' een psychologisch-sociale oorzaak had, is nu vervangen door de

(evenzeer onbewezen) overtuiging dat 'alles' genetisch-neurologisch vastligt. Een dergelijke overtuiging laat weinig plaats voor psychotherapie. Een derde factor betreft een verandering in de praktijk: de problemen waarvoor men vandaag op consultatie komt, zijn anders van aard dan die van pakweg vijftientig jaar geleden, zodat de wat ik 'klassieke' methodes noem, veel minder tot zelfs niet werkzaam zijn. De belangrijkste factor van de vier betreft binnen het huidige thema precies die groep van effectiviteitsstudies gebaseerd op het farmacologische RCT-model. De therapeutische methodes die op grond daarvan als de beste gepromoot worden, zijn in de eigenlijke klinische praktijk nauwelijks bruikbaar, wat tot het besluit kan leiden dat 'de' psychotherapie niet bruikbaar is. Dit is zó belangrijk dat ik er nu wat grondiger op inga. Dat is ook meer dan nodig, omdat het merendeel van de professionelen – laat staan de mensen die het beleid bepalen – nauwelijks weet hebben van de manier waarop dit onderzocht wordt en wat daarvan de gevolgen zijn. De enige boodschap die men onthoudt is dat het wetenschappelijk bewezen is dat methodes x en y 'evidence-based' zijn en al de rest niet: die mogen in de vuilnisbak.

Dus: hoe zit RCT-onderzoek in elkaar? Zoals ik eerder reeds zei: om dit type onderzoek te kunnen uitvoeren, moeten we alle factoren kennen en kunnen controleren. Tussen haakjes: in de psychologie noemen we dit een almachtsfantasie, en dat komt vooral voor bij paranoïde patiënten. In geval van therapie betekent dit dat er minimaal aan drie voorwaarden voldaan moet worden: gelijke patiënten, gelijke methodes en gelijke therapeuten. Ik bespreek ze achtereenvolgens.

Eerst en vooral: *gelijke patiënten*. Als men het effect van een bepaalde behandeling wil vergelijken met bijvoorbeeld

een *treatment as usual*-conditie, dan moeten er in beide groepen natuurlijk identieke patiënten zitten, anders heeft die vergelijking geen zin. In de praktijk betekent dit dat ze slechts aan één 'disorder' mogen lijden. Ik gebruik met opzet de term 'disorder', omdat bij dit soort onderzoek altijd DSM-diagnoses gebruikt worden. Slechts één stoornis per patiënt betekent dat iedereen met comorbiditeit eruitvliegt. Concreet impliceert dit dat ongeveer twee derde van de patiënten uit de echte consultatiesector niet mag meedoen, want dat is ongeveer het aantal dat ofwel géén duidelijke DSM-diagnose krijgt, ofwel er meteen twee of drie krijgt! Ik vraag me af waar die onderzoekers dergelijke enkelvoudige en verondersteld identieke patiënten vinden. Ik zie ze zelden of nooit, want vanaf het ogenblik dat iemand de kans krijgt om zijn of haar verhaal te doen, blijkt al heel snel dat zelfs een geïsoleerde paniekstoornis, eetstoornis et cetera, nooit enkelvoudig is en heel wat andere problemen afdekt. Dit is vermoedelijk de reden waarom een aantal onderzoeken toch patiënten met een dubbeldiagnose toelaat. In ieder geval ontmoeten we in wat de onderzoeksliteratuur de 'naturalistic setting' noemt – de klinische praktijk dus – échte patiënten, met complexe problemen, die niet zomaar in één hokje te categoriseren vallen.

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

Dit voert meteen tot de derde eis: *gelijke therapeuten*. In wezen betekent dit dat de therapeut gereduceerd wordt tot een 'executive', iemand die enkel uitvoerend werk doet en zeker geen eigen initiatieven kan of mag nemen. Hij moet uitvoeren wat het handboek voorschrijft, punt uit! Sommigen zullen nu denken dat ik overdrijf. Ter illustratie van die gelijke methodes en gelijke therapeuten: de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft onlangs een geschrift gepubliceerd over richtlijnen om af te wijken van de richtlijnen.

Laat ons nu even recapituleren. De eerste eis – gelijke patiënten – is in de praktijk zeer moeilijk te realiseren. De tweede en derde methodologische vereisten – dezelfde methodes en identiek werkende therapeuten – botsen op zich met een evidence-based gegeven uit de klinische realiteit. In 1989 schreef Irvin Yalom iets wat veel collega's wisten, maar niet luidop durfden zeggen: hoe meer ervaring een therapeut heeft, hoe minder strikt hij nog de orthodoxe regels van zijn of haar school volgt. Psychotherapie werkt niet volgens strak afgebakende voorschriften en elke behandeling is anders omdat elke cliënt anders is. Een aantal jaren geleden (2003) had ikzelf het genoegen als spreker uitgenodigd te zijn op een lustrumviering van de Vlaamse Vereniging voor Psychiaters en Psychotherapeuten, samen met vier andere ervaren collega's die elk een psychotherapeutische school vertegenwoordigden. Ter voorbereiding van de eigenlijke studiedag brachten de organisatoren de sprekers samen voor een brainstorming over het onderwerp. Tijdens deze zeer leerrijke ervaring kwamen we onder andere tot de vaststelling dat wij, ondanks onze verschillen, toch minimaal één gemeenschappelijk kenmerk deelden: niemand van ons volgde nog blindelings zijn of haar eigen handboek, laat staan een

geprotocolliseerde versie daarvan. De verklaring was heel eenvoudig: het is onmogelijk op voorhand te weten wat belangrijk zal zijn binnen het verloop van een particuliere behandeling, en: elke patiënt is zó specifiek dat een behandeling specifiek aan hem of haar moet worden aangepast. Zoals Freud het in zijn tijd over zijn eigen methode opmerkte: het is net een schaakspel, je kent de openingszet en het einde, maar daartussen liggen oneindig veel variaties.

Hierop aansluitend wil ik nog de aandacht vestigen op iets wat nagenoeg altijd terugkeert bij die verhandboekte behandelingen. Om wetenschappelijk harde vergelijkingen te kunnen maken, moet ook de tijdsduur ongeveer identiek gehouden worden. Je kunt een behandeling die twintig sessies duurt niet vergelijken met een die er drieënveertig geduurd heeft: wetenschappelijk gezien is dat onzin. Bovendien moet de totale behandelduur zo kort mogelijk gehouden worden, want bij een langere periode is het risico zeer reëel dat eventuele veranderingen bij de cliënt veroorzaakt worden door iets wat niet of nauwelijks met de behandeling te maken heeft. Hoe korter de periode waarbinnen de behandeling plaatsvindt, hoe groter de zekerheid dat eventuele effecten inderdaad te maken hebben met de onderzochte methode. Vandaar dat binnen het RCT-onderzoek er meestal gewerkt wordt met minder dan twintig sessies binnen een totale behandelduur van zes tot twaalf weken.

Ik herhaal dat deze vereisten voortvloeien uit de (medische en farmacologische) onderzoekslogica: ze hebben niets te maken met intrinsieke eisen van psychotherapie op zich. Zodra we naar ons vakgebied overstappen, botsen we op een derde, evidence-based gegeven (het eerste ging over het feit dat enkelvoudige DSM-diagnoses de grote

uitzonderingen zijn; het tweede dat therapeuten niet volgens het boekje kunnen werken): er is meer dan voldoende 'evidence' om te stellen dat een korte behandelduur bij veel patiënten nauwelijks blijvende resultaten heeft. Dit vindt een ruime bevestiging in de onderzoeksliteratuur. Het effect van een behandeling is meestal recht evenredig met de lengte van de behandelduur: het effect van zogeheten 'short term psychotherapies' blijkt vaak óók 'short term'.

Conclusie: we zijn zeer ver verwijderd van ons onderzoek naar het effect van verschillende meststoffen op een identieke graansoort ingezaaid op een identiek veld. Je hebt geen doctoraat in de klinische psychologie nodig om te beseffen dat er – als de onderzoekslogica een protocolaire behandeling vereist die bovendien kortdurend is – slechts een heel beperkt aantal psychotherapeutische methodes in aanmerking komt voor deze vorm van onderzoek. Het is dan ook geen toeval dat de RCT-literatuur uitpuilt van studies die kortdurende psycho-educatieve, gedragsmatige of cognitief-gedragsmatige behandelingen evalueren: dit zijn nagenoeg de enige waarbij dergelijk onderzoek mogelijk is. En op de koop toe worden deze methodes dan nog verder aangepast en afgeslankt. Zo zal een cognitief-gedragsmatige behandeling binnen een 'naturalistische', dat wil zeggen: een echt klinische setting, meestal dubbel zo lang duren als binnen de RCT-situatie.

Anders gezegd: *de overgrote meerderheid van de psychotherapieën kan met deze methodologie niet beoordeeld worden.* Ter illustratie: een overzicht van vier decennia onderzoek naar de doeltreffendheid van psychotherapie bij kinderen en jongeren bevat minder dan één procent studies met 'family focused interventions' (Weisz, Doss, Jensen & Hawley, 2005)! Bijgevolg kan men op grond van de RCT-benadering geen uitspraak doen over het al dan niet effectief zijn van deze behandelmethode. Op de koop toe komt

er voor deze benadering slechts een sterk uitgeselecteerd groepje patiënten in aanmerking, patiënten die in de klinische praktijk eerder de uitzondering dan de regel vormen.

Het besluit is niet zo moeilijk te formuleren: wetenschappelijk gezien vindt RCT-onderzoek binnen de psychotherapie slechts een zeer beperkte toepassing, en de resultaten hebben een even beperkte reikwijdte. Bijgevolg hebben we dringend een andere methodologie nodig om de 'naturalistische' psychotherapieën bij 'naturalistische' patiënten te kunnen evalueren, en deze is zowel denkbaar als mogelijk. Gelukkig zijn ondertussen veel moedige collega's daarmee volop bezig. Helaas worden zij voorlopig nauwelijks gehoord, en de kans zit er dik in dat hun stem ook in de toekomst niet erg luid zal klinken. Om onverklaarbare en dus economische redenen wordt er op grond van het steeds beperkte RCT-onderzoek een heel andere conclusie naar voren geschoven. In plaats van te stellen dat de methodologie tekortschiet omdat het merendeel van zowel de behandelingen als de patiënten er niet mee onderzocht kan worden, klinkt de huidige boodschap als volgt: *psychotherapievormen die niet volgens het RCT-model onderzocht kunnen worden, zijn niet wetenschappelijk en niet effectief*. Dit noem ik een perverse besluitvorming, die bovendien (zoals elke perversie) grenzeloos verder uitdijt. De volgende stap is dat de zorgverzekeraars zullen weigeren behandelingen te vergoeden die niet volgens het RCT-model gewogen zijn. Het feit dat die toevallig ook de goedkoopste zijn – tenminste binnen een typisch hedendaags kortetermijndenken – daarover zwijgen ze meestal. De volgende, eveneens economisch bepaalde stap, is dat opleidingsinstituten zich meer en meer exclusief gaan toelleggen op dit beperkte aantal kortdurende behandelingen dat de RCT-weging doorstaan heeft, enzovoort.

Ten gevolge daarvan zijn er vandaag de dag heel wat psychotherapieën naar het verdomhoekje verbannen en worden kortdurende protocollaire behandelingen gepromoot als de enige echt wetenschappelijke en enige echt effectieve. Terugkomend op het voorbeeld dat ik eerder gaf: dit houdt dus in dat volgens deze redenering 'family focused interventions' bij de behandeling van kinderen en jongeren niet wetenschappelijk zijn en ook niet effectief. Weg ermee! Aangezien het selecte clubje wél onderzoekbare methodes zowel kortdurend als verhandboekt is, vallen die methodes bovendien gemakkelijk te onderwijzen, met als resultaat dat iedereen denkt dit wel te kunnen. Ter illustratie: heel wat jonge huisartsen in Vlaanderen vinden het geen probleem om op grond van een (inderdaad) kortdurende en bovendien geaccrediteerde opleiding zélf cognitief-gedragsmatige therapie toe te passen bij hun patiënten. Ik kan ze niet eens ongelijk geven, althans volgens de redenering waarin psychotherapie gereduceerd wordt tot een 'manualized protocol for dummies' en de therapeut tot een pure uitvoerder van de richtlijnen. In die zin wordt psychotherapie als aparte discipline zelfs overbodig.

PSYCHOTHERAPIE ALS ECONOMISCH PRODUCT

Het besluit is duidelijk: dergelijke RCT-effectiviteitsstudies vormen een bedreiging voor het voortbestaan van psychotherapie. Ik wil in een tweede deel van deze tekst blijven stilstaan bij dat idee van effectiviteit, en vooral bij de inbedding daarvan in ons maatschappelijk bestel, omdat dit de zorgsector in haar totaliteit bedreigt. De gemakkelijke lezing hiervan is simpel, en zorgt voor een geruststellende tegenstelling tussen de goeden en de slechten. Aan de ene kant staan wij, de goeden, de mensen die zich op de

werkvloer inspannen voor hun patiënten; aan de andere kant staan de bureaucratische managers die ons voortdurend lastigvallen met hun registratiesystemen, evaluatiemodellen en andere kafkaëske toestanden. Een dergelijke polarisering is niet interessant, en is volgens mij op zich al een gevolg van dat bestel. Het is veel interessanter te begrijpen vanwaar dit komt, wat de effecten ervan zijn, en hoe we daaraan samen iets kunnen veranderen in plaats van tegenover elkaar te blijven staan.

Zorgsector en maatschappelijk bestel: dat is een zeer breed onderwerp, waarvan ik hier slechts de krijtlijnen kan schetsen. De stelling die ik naar voren schuif, is de volgende: zowel het soort wetenschappelijk onderzoek waar ik het in mijn eerste deel over had, als het huidige accent op management en effectiviteit zijn elementen binnen één en dezelfde stoornis, 'disorder', waaraan wij – let op het meervoud – vandaag massaal lijden, zo massaal dat we het zelf nog nauwelijks beseffen. In een bui van ironie overweeg ik vaak aan de 'task force' van de DSM-V voor te stellen om deze nieuwe stoornis op te nemen onder de noemer PEED (uit te spreken als pie-ie-ie-die) wat staat voor Pseudo Efficiency and Effectivity Disorder, met de volgende beschrijving:

PSEUDO EFFICIENCY AND EFFECTIVITY
DISORDER (PEED)

Deze diagnose wordt toegekend indien de betrokkene minstens drie van de vijf volgende kenmerken vertoont:

- a. Betrokkene lijdt aan het waanidee dat alles meetbaar en kwantificeerbaar is en produceert agressieve uitvallen wanneer hij op dit punt terechtgewezen wordt.

- b. Betrokkene lijdt aan registratiedwang, waarbij hij vooral gedrag en kenmerken van anderen wil registreren; slechts bij hoge uitzondering past betrokkene dit ook bij zichzelf toe.
- c. Betrokkene is zeer gevoelig voor veranderingen en eist een volledig voorspelbare en gestandaardiseerde omgeving; zelfs banale variaties lokken angst- en/of woedeaanvallen uit. NB: dit geldt niet voor de vele wijzigingen die hij zelf invoert.
- d. Het taalgebruik van de betrokkene wordt in toenemende mate onbegrijpelijk, en verwijst niet meer naar een herkenbare realiteit.
- e. Betrokkene lijdt aan grootheidswaanzin en is ervan overtuigd dat de organisatie waartoe hij behoort, door zijn toedoen alleen maar beter wordt.

Deze stoornis behoort tot de ruimere groep van angststoornissen en is in hoge mate besmettelijk en in alle gevallen schadelijk voor de omgeving. Een efficiënte en effectieve behandeling is nog niet voorhanden, maar de farmaceutische industrie heeft een *randomized controlled study* opgezet met een nieuw en zeer krachtig neurolepticum. Bij ernstige gevallen dient euthanasie in overweging genomen te worden.

Ik ga nu even de ouderwetse toer op, door te verwijzen naar de filosofie. Een van de grondleggers van zowel de moderne wetenschap als van de filosofie, Aristoteles, beschrijft drie verschillende intellectuele deugden (Flyvbjerg 2001). Let op de combinatie die voor ons nog nauwelijks kan, met name ethiek én kennis. De eerste is de *epistèmè*, de tweede de *technè*, de derde de *phronèsis*. Voor hem zijn dit drie verschillende vormen van *aretai*, die elk hun eigen waarde en toepassingsveld hebben.

De *epistèmè* streeft kennis na die onafhankelijk is van de context, en dus universeel en onveranderlijk, gebaseerd op een analytische rationaliteit. De natuurwetenschap en de wiskunde zijn daar de belangrijkste voorbeelden van. De *technè* streeft een pragmatische, contextbepaalde kennis na, gericht op productie, en gebruikt hierbij een instrumentele rationaliteit. Bouwkunde en architectuur zijn daar voorbeelden van. De *phronèsis* ten slotte betreft evenzeer pragmatische en contextbepaalde en dus niet-veralgemeenbare kennis, die gericht is op handelen en daarbij gebruikmaakt van een waardenrationaliteit. Deze derde kennis is voor Aristoteles zeer belangrijk, omdat ze nodig is voor de bestuurskunde, ruimer: voor de regeling van alle intermenselijke verhoudingen. Het is een teken aan de wand dat wij vandaag geen duidelijke vertaling meer hebben voor *phronèsis*, het dichtst daarbij komt wat wij onder 'gezond verstand' en zelfs 'wijsheid' begrijpen, waarbij vooral ervaring een doorslaggevende rol speelt.

Een dikke twee millennia later schiet er van die drie in feite maar één meer over. De *technè* bestaat nog wel, maar heeft geen aanzien meer – denk aan het beroepsonderwijs. We zijn vergeten dat de fameuze 'masters' van vandaag, de 'masters of art', nog niet zo lang geleden tot de *technè* behoorden, want *ars* is de Latijnse vertaling van het Griekse *technè*. De *phronèsis* had de basis kunnen vormen voor de menswetenschappen, die zelfs een tijdje die richting uitgegaan zijn. Maar dat is ondertussen verleden tijd, nu wordt alles gereduceerd tot *epistèmè*, dit wil zeggen tot het natuurwetenschappelijk model, *ook voor die gebieden waar dit helemaal niet opgaat*. De onveranderlijke en contextonafhankelijke kennis die perfecte controlebaarheid en voorspelbaarheid toelaat binnen de natuurwetenschappen, geldt enkel voor de natuurwetenschappen (en zelfs daarover is er discussie). Zodra het over menselijke zaken gaat,

moeten we een beroep doen op de *phronèsis*, waarbij geen enkel probleem echt hetzelfde is, waar de context doorslaggevend is en waar telkens opnieuw gezocht moet worden naar aangepaste oplossingen.

Dat zijn wij vergeten en we gaan er allemaal van uit dat alles naar het model van de natuurwetenschappen geregeld kan worden, dat wil zeggen: instrumenteel-rationeel, onafhankelijk van de specifieke contexten, perfect beheersbaar, perfect voorspelbaar, enzovoort. Alles, dus ook de organisatie van de gemeenschap, van voedselproductie en industrie tot opvoeding, onderwijs en zorg, tot zelfs het klimaat toe. In de vorige eeuw zijn er twee Europese landen geweest die dit model zo perfect mogelijk hebben uitgevoerd. De gevolgen daarvan kennen we ondertussen. Zelfs een beperkte kennis van de geschiedenis is voldoende om te beseffen dat een aanpak die alle accent legt op meetbaarheid, controleerbaarheid, voorspelbaarheid enzovoort, onvermijdelijk naar een totalitair staatsbestel leidt.

Vreemd genoeg volstaat dit besef niet om ermee te stoppen – de mens is blijkbaar toch niet zo rationeel als gehoopt. De herhaling die vandaag bezig is, bevat bovendien een nieuwe factor, die het geheel nog veel gevaarlijker maakt. De pogingen uit de vorige eeuw om een totalitair bestel te installeren, hadden minstens nog de overtuiging dat ze daarmee een betere maatschappij konden uitbouwen. De huidige versie van het totalitaire is veel minder ideologisch beladen, en heeft uiteindelijk maar één doel: meer winst en minder kosten.

Dit toont meteen het tweede belangrijkste verschil met wat Aristoteles ons voorhoudt. Niet alleen hebben wij het natuurwetenschappelijk model veralgemeend naar werkvelden waar het niet thuishoort, bovendien hebben wij

denken en ethiek losgekoppeld. Ethiek is vandaag niet veel meer dan een schaamlapje waarover halfzachte commissies uitspraken mogen doen, commissies waarin mensen zetelen die sowieso niets te zeggen hebben – de huidige slagzin luidt nog steeds 'It's the economy, stupid!', en banken die ons geld verspeeld hebben krijgen staatssteun van onze belastingen.

Nog niet zolang geleden was er een overkoepelende ethiek in zwang, deels religieus, deels vrijzinnig-ideologisch, en dit werkte zeer richtinggevend en normerend voor onze maatschappij in haar totaliteit. In de praktijk betekende dit dat ongeveer iedereen zichzelf beschouwde als onderdeel van die gemeenschap, en dat ongeveer iedereen hetzelfde ethisch kader gebruikte om het eigen gedrag te richten en om dat van anderen te beoordelen. Concreet: er was geen behoefte aan camerabewaking, omdat er meer dan voldoende interne en externe, sociale controle bestond. Vandaar dat er binnen een dergelijk maatschappelijk bestel een vrij groot vertrouwen aanwezig was in het systeem als dusdanig en in de ander. De regelgeving werd gedragen door het overkoepelende ethische verhaal waarbinnen regels zowel hun grond als hun interpretatie vonden.

Dit overkoepelend kader is nu verdwenen en vervangen door een veralgemeend marktdenken, waarin groei en winst centraal staan. Alasdair MacIntyre, volgens mij een van de belangrijkste moraalfilosofen van de laatste twintig jaar, heeft de geschiedenis van deze verdwijning zeer treffend beschreven, samen met de gevolgen. In de plaats van de vroegere ethiek, zo schrijft hij, leven we vandaag onder het juk van een morele fictie, met name dat van de systematische effectiviteit. Hij noemt dit *moreel* omdat bij de realisatie van die effectiviteit steevast mensen gemanipuleerd worden voor het bereiken van een extern doel. En

hij noemt het een *fictie* omdat het helemaal niet effectief is, integendeel: het is niets anders dan een masker voor een doorgedreven sociale controle (MacIntyre 2007, pp. 73-79).

Deze verdwijning van het vroegere ethische kader heeft enorme implicaties, vooral omdat dit vandaag een tegenstelling installeert waar er gisteren nog een inclusie was. In plaats van de mens als onderdeel van een *gemeenschap*, krijgen we nu het *individu* dat lijnrecht tegenover de *organisatie* gaat staan, en dit binnen een hedendaagse neoliberale versie van het utilitarisme. Ik werk die tegenstelling even uit.

Het hedendaagse individu maakt deel uit van een organisatie (voetbalploeg, bedrijf, ziekenhuis, universiteit), maar zal zich daarmee niet of nauwelijks identificeren. De maatstaf waarmee dit individu zijn eigen gedrag en dat van anderen gaat beoordelen, is simpelweg de hoeveelheid profijt die hij eruit kan halen, en dan liefst op korte termijn. Zijn eigen rechten staan op het voorplan, maar terzelfder tijd durft hij nog nauwelijks de ander te be- of veroordelen. Bij gebrek aan een overkoepelende ethiek is alles toegestaan, zolang die ander maar niet aan mijn rechten en mijn vrijheid raakt, zo luidt de kern van de postmoderne moraal.

Lijnrecht daartegenover staat de organisatie die de rechten en de privileges van het individu vooral wil inperken in functie van een verondersteld algemeen belang. Aangezien er geen overtuigende gemeenschappelijke ethiek is die dat algemeen belang verwoordt, wordt de nieuwe morele maatstaf puur utilitair. Concreet betekent dit dat alles wordt gemeten – liefst zelfs letterlijk – in termen van efficiëntie en effectiviteit. Binnen een veralgemeend marktdenken betekent dit: in termen van groei en winst. Bovendien moet elke organisatie zorgen voor voort-

durende evaluaties en zelfs controles, want het individu is steeds verdacht, aangezien het gericht is op eigen rechten en privileges. Maar natuurlijk wordt een organisatie zelf ook geleid door individuen, die als individu evenzeer hun eigen rechten en profijt opeisen en die bijgevolg nog meer verdacht zijn. Vandaar dat ook zij gecontroleerd en geëvalueerd moeten worden, en dat de organisatie hoe langer hoe anoniemer en bureaucratischer wordt.

Aldus ontstaat er in toenemende mate een negatieve spiraal tussen individu en organisatie. Lees: tussen het individu als individu en de individuen die de organisatie vertegenwoordigen, dat wil zeggen: tussen werknemer en manager, die elkaar hoe langer hoe minder vertrouwen. Precies omdat de overkoepelende ethiek verdwenen is, moet de organisatie steeds meer gedetailleerde regelgevingen invoeren, in combinatie met steeds meer registratiesystemen om te zien of die regels wel toegepast worden. Immers, geen enkel individu is te vertrouwen, want iedereen is toch vooral uit op het eigen profijt. Vanaf dat ogenblik worden overal camera's gehangen om toch maar iedereen en alles onder controle te houden, samen met openlijke en verborgen evaluatiesystemen, functioneringsgesprekken enzovoort. De toenemende sociale angst en het (pseudo-)autisme bij jongvolwassenen heeft daar mijns inziens alles mee te maken. Op zijn beurt voelt het individu zich hoe langer hoe meer aangetast in zijn rechten en neemt hij nog meer afstand van de organisatie. Elk individu-als-individu probeert vandaag zo veel mogelijk te ontsnappen aan de toenemende regels en registratiesystemen. Dit is niet eens zo moeilijk, omdat de mogelijkheid om met die registratie- en meetsystemen te knoeien recht evenredig toeneemt met de groei ervan. Controle en meting worden daardoor hoe langer hoe minder betrouwbaar, waardoor er nog méér registraties en metingen inge-

voerd worden, die op hun beurt de onvrede nog doen toenemen enzovoort. Binnen een dergelijk systeem verdwijnt de vroegere autoriteit, zoals die ooit gedragen werd door een aanspreekbare groep, om vervangen te worden door bureaucratische macht binnen een anonieme organisatie.

Een dergelijke negatieve spiraal van registraties en controle en toenemend geknoei daarmee, installeert niet alleen een steeds groeiende oppositie en wantrouwen tussen de deelnemende individuen. Op de koop toe ontstaat er op grond van die registratie- en controlesystemen een papieren werkelijkheid die mijlenver verwijderd is van de echte realiteit. In die papieren versie verloopt alles naar wens; in de eigenlijke werkelijkheid daalt de effectiviteit van de organisatie pijlsnel.

Ons maatschappelijk bestel gaat meer en meer die richting uit, ook binnen de onderwijs- en zorgsector. Ik vrees dat nogal wat lezers een en ander herkend zullen hebben. Verplichte registratie en bijbehorende evaluatie van prestaties nemen ook binnen de psychotherapeutische en psychiatrische zorg hand over hand toe, samen met de controlemechanismen, en dit allemaal met als doel de efficiëntie en de effectiviteit te doen toenemen. De slechte versies van de evidence-based benadering, zoals ik die in mijn eerste deel geschetst heb, passen perfect in dat kader. Als gevolg van die toenemende registratie en controle staan werknemer en manager, zeg maar: zorgverleners en directie, steeds meer tegenover elkaar. Dat zorgt dan voor de nodige conflicten en wantrouwen, wat de efficiëntie zeker niet ten goede komt.

De paradox is dat die tegenstelling het systeem als dusdanig helpt in stand te houden. Van op afstand bekeken is het duidelijk een top-downsysteem, dat op elk niveau opposities creëert, die vervolgens uitgevochten worden op een volgend niveau en precies daardoor een *perpetuum*

mobile creëren. In naam van de efficiëntie uniformiseert en controleert Het Beleid (Brussel, het ministerie, ...) het management. Het gevecht tussen die twee wordt dan doorgegeven naar het volgende niveau: het management uniformiseert en controleert de hulpverleners. Ook daar wordt er gebotst, wat dan verschuift naar het onderste echelon, waar het de bedoeling is dat de hulpverlener zijn patiënten uniformiseert en controleert. Binnen een dergelijk systeem is uiteindelijk iedereen manager van het echelon onder hem en doelwit van het echelon boven hem.

Het geheel kadert binnen een ultieme droom van totale almacht waarin alles zogezegd perfect gesmeerd loopt. Als symbool daarvoor staat dan de slechte versie van het kwaliteitshandboek, slecht als het verondersteld wordt op elke situatie een antwoord te bieden. Op papier is dit een succes, in de praktijk liggen de zaken wel anders. Naast een groeiende tegenstelling tussen de individuen, die in feite op alle niveaus slechts radertjes zijn in een ruimer systeem, ontstaat er bovendien bij elke werknemer op elk niveau een toenemende frustratie, een daling van arbeidsvreugde en een stijging van stress en burn-out. De verklaring daarvoor is vrij simpel: niemand heeft nog het gevoel greep te hebben op de eigen werksituatie, en dat leidt regelrecht naar frustratie en burn-out.

Tot zover het slechte nieuws. Het goede is dat dit letterlijk en figuurlijk een papieren tijger is, die alleen maar gevaarlijk wordt als men erin gelooft. Wanneer dat niet het geval is, kunnen we die negatieve spiraal in omgekeerde richting sturen. De eerste en belangrijkste vereiste daarvoor is het verlaten van die opgefokte tegenstellingen tussen management en werkvloer. De werking van een instelling zal veel en veel effectiever gebeuren als beide partijen gezamenlijk hun inbreng hebben, op grond van formeel en informeel overleg, met wederzijds respect voor elkaars

expertises. Een dergelijke gezamenlijke inbreng heeft tot gevolg dat de afzonderlijke individuen zich veel meer betrokken voelen, en zich weer gaan identificeren met de organisatie of instelling, die daardoor opnieuw ook hun organisatie en hun instelling wordt. De loyaliteit zal toenemen, samen met de onderlinge solidariteit. Daardoor zullen ze bovendien weer meer plezier in hun werk vinden. Op zijn beurt heeft dit tot gevolg dat er veel minder controle en evaluatie nodig is, waardoor het angstniveau bij de werknemers daalt – angst die er nu veel meer is dan men wel denkt. Dit leidt dan tot het ontstaan van een gedeeld vertoog, zelfs zonder dat men zich daarvan zo bewust is, een gedeeld discours en kader van waaruit men handelt. Dit kader kan eventueel zelfs neergeschreven worden, maar dan liefst niet in de holle woorden van 'mission statements' met 'targets' en dergelijke. In plaats van een tot in details uitgewerkt regelsysteem, moet zo'n kader veeleer de richting uitgaan van een gemeenschappelijke ethiek, van waaruit men kan denken en handelen. Een typisch kenmerk van een dergelijk kader is dat het per definitie open en onvolledig is, en dat men daarvan bewust uitgaat. Dit is meteen een heel belangrijk verschil met de paranoïde spiraal van regelgeving, registratie en controle die steeds totaal wil zijn. In de praktijk is het onmogelijk om alles te voorzien en is het veel verstandiger ervan uit te gaan dat iedereen op zijn niveau in staat is zelf beslissingen te nemen op grond van dit kader en in combinatie met zijn eigen ervaring.

Dit brengt mij tegelijk bij mijn slotwoord, meteen het belangrijkste om die negatieve spiraal te keren: we hebben dringend behoefte aan vertrouwen in de ander in combinatie met het toelaten van verschil, en dit in tegenstelling tot de verplichte eenheidsworst van het pseudopluralisme en de pseudo-effectiviteit.

LITERATUUR

- Flyvbjerg, B. (2001) *Making Social Science Matter*, Cambridge: Cambridge University Press.
- MacIntyre, A. (2007) [1981] *After Virtue. A Study in Moral Theory*. Third Edition. London: Duckworth.
- Verhaeghe, P. (2009) *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Weisz, J.R., J.R. Doss, A. Jensen & K.M. Hawley (2005) Youth psychotherapy outcome research: A review and critique of the evidence base. *Annual Review of Psychology* 56, 337-363.
- Yalom, I. (1989) *Scherprechter van de liefde. Tien ware verhalen uit een psychotherapeutische praktijk*. Amsterdam: Contact.