INTERVIEW

Paul Verhaeghe

“De DSM moet weg!”

Paul Verhaeghe, klinisch psycholoog en psychoanalyticus, schreef verschillende boeken waarin hij kritiek levert op de manier waarop onze maatschappij met psychische problemen omgaat.

Joris Vandroogenbroeck

“Ik schrijf maar één boek” laat Paul Verhaeghe zich tijdens dit interview ontvallen, en daar is wel iets van aan. In al zijn boeken komt de maatschappij- en cultuurcriticus in hem naar boven die de psychische gezondheid van mensen in verband brengt met een samenleving in verandering. Toch doet hij veel meer dan telkens hetzelfde riedeltje herhalen en weet hij over vele zaken heel erg veel. In dit gesprek hebben we het enerzijds over hoe de psychotherapie en de geestelijke gezondheidszorg er anno 2019 voor staan. Anderzijds staan we stil bij zijn meest recente boek ‘Intimiteit’ waar hij de verhouding van de mens tot zijn lichaam onder de loep neemt. Op een zonnige namiddag in juni ontmoet ik hem op de universiteit van Gent.

Hoe bent u hier ooit terechtgekomen?

“Nadat ik in 1978 afstudeerde als klinisch psycholoog heb ik gewerkt in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, daarna in de Bijzondere Jeugdzorg. Toen er een plaats voor een docent vrijkwam aan deze unief heb ik me kandidaat gesteld en de job gekregen. Tegelijk startte ik bij mij thuis een privépraktijk. Die heb ik altijd aangehouden, ook toen ik doctoreerde als assistent en ook toen ik prof werd. Ik vertel dit om aan te tonen dat ik een atypische figuur aan de universiteit was, want noch de assistenten, noch de professoren hadden ooit in de praktijk gestaan. Anders gezegd: ze gaven onderwijs over zaken die ze niet kenden. Nu is dat anders, maar toen heb ik enorm gebotst met mijn collega’s. ‘Wat jullie onderwijzen, werkt niet in de praktijk’. ‘Ja, maar het is wel wetenschappelijk bewezen’, kreeg ik dan als antwoord. En dan zei ik weer: ‘Ik zal je eens wat patiënten sturen, je mag het eens proberen’. Ik liet al heel snel kritische geluiden horen over de DSM en tegen bepaalde evidence-based vormen van therapie.”

Wat is uw probleem met die evidence-based vormen van therapie?

“Die vormen werden getest op patiënten die geen echte patiënten zijn, met methoden die in de praktijk niet op die manier worden gebruikt. Bijvoorbeeld bij wetenschappelijk onderzoek bij depressiepatiënten, was het belangrijkste exclusie-criterium ‘suïcidale ideatie’ *(het hebben van zelfmoordgedachten nvdr.)* Je mag me eens één depressieve patiënt tonen die dat niet heeft. Dus als je op die groep onderzoek doet en dan conclusies trekt over depressie, dan vraag ik me af waar je mee bezig bent.”

U zegt dat niet alle vormen van therapie getest kunnen worden.

“Inderdaad. Ik heb niets tegen het positiefwetenschappelijke model, laat dat duidelijk zijn. Maar om het te kunnen toepassen, moet je kunnen werken met duidelijk afgelijnde criteria voor de diagnose en voor de doelstellingen van de behandeling. Dat is maar mogelijk voor een beperkt aantal aandoeningen en voor een beperkte set van methodes. Alles wat het werken met kinderen en gezinnen betreft bijvoorbeeld, is hiervoor veel te complex. Zoiets kan dat model niet vatten. Vervolgens heeft men de redenering omgedraaid en gezegd: de therapiemethoden die niet positiefwetenschappelijk kunnen worden onderzocht, zijn niet wetenschappelijk. Maar dat klopt natuurlijk niet. Het is die methode die ontoereikend is. Met hedendaags casusgericht onderzoek kunnen we die methoden wél onderzoeken, en dat blijken ze wél goed te werken. We moeten de menswetenschappen terug een volwaardige plaats geven.”

Dit hebt u beschreven in ‘Het einde van de psychotherapie’, tien jaar geleden. Als u daarop terugkijkt, ziet u dan een verbetering?

“Nauwelijks. Ik wil geen kritiek geven op therapeuten, maar de dominante manier van denken over psychotherapie vandaag de dag is disciplinair, het is een soort doorgedreven pedagogiek.”

Psychotherapie wordt gezien als een soort gedragstraining?

“Ja. Als je een diagnostiek voert in termen van gedrags- en affectkenmerken die te veel of te weinig optreden, want dat is de kern van de DSM, dan wordt je behandeldoel: ervoor zorgen dat het ‘te veel’ minder wordt, en het ‘te weinig’ meer wordt. Vaak gaat het over sociale gedragingen. Bijvoorbeeld: iemand die niet stilzit en niet oplet, dat is sociaal gedrag. De behandeling is dan geslaagd als hij weer stilzit en weer oplet. Ik noem dit geen psychotherapie, maar heropvoeding.”

Men kan zich ook afvragen of het gezond en natuurlijk is dat iemand de hele dag moet stilzitten.
"Die vraag kun je alleen maar stellen als je het probleem niet meer definieert als een ziekte maar als een sociale norm. Die discussie wordt niet gevoerd omdat het gedrag gekaderd wordt binnen de context van een stoornis die dan vermoedelijk genetisch bepaald is en een neurobiologische grond zou hebben. Maar daar is geen enkel bewijs voor."

U zegt dat u geen kritiek hebt op therapeuten, maar eerder op het denken over psychotherapie. Hebt u dan de indruk dat veel therapeuten verder gaan dan die gedragstraining? I.V. is bijvoorbeeld een therapiestroming die holistisch denkt en integratief van aard is.
"Gelukkig maar. Veel therapeuten werken inderdaad ruimer, maar vergis je niet: dit is niet de dominante opvatting van het kader. Het systeem houdt zichzelf ook in stand, want ook jullie moeten met die diagnoses werken. Hier in Vlaanderen misschien iets minder, maar in Nederland is dat de gatekeeper. Zonder DSM-diagnose doe je niks. Daar heerst de zogenaamde 'diagnose-behandelcombinatie'."

We zitten hier aan de universiteit van Gent, uw werkplek die toch ook bijdraagt aan dat strenge kader. Hoe gaat u dan hier met die kritiek om?
"Ik heb altijd mijn eigen ding gedaan en op een aantal punten hebben we hier ook wel wat kunnen veranderen. Onze vakgroep psychoanalyse was de eerste, zoveel jaren geleden, die binnen de faculteit zei dat de DSM wetenschappelijk gezien onzin, en klinisch gezien onbruikbaar is. Daar werden we sterk op aangevallen. Nu is deze opvatting binnen deze faculteit algemeen aanvaard."

Ook door de vakgroep gedragstherapie bijvoorbeeld?
"Die vakgroep zal nog het dichtste aanleunen bij dat model, omdat zij vanuit hun traditie gericht zijn op gedrag, en minder op de psychologische invulling en beleving ervan. Maar ik zie dat de jonge mensen daar ook aan het evolueren zijn naar affectbeleving en dat ze de ruimere opvattingen meer en meer huldigen. Ook daar is het aan het verschuiven, zeker als je bedenkt dat mindfulness een belangrijk onderdeel van de gedragstherapie geworden is. Dat heeft zijn wortels immers in het boeddhisme, waar men vanuit een oosters model naar de mens kijkt."

Mogen we besluiten dat iedereen integratiever begint te werken?
"Ik geloof dat er een tendens in die richting is, maar het grote probleem blijft dat de DSM als gatekeepersysteem aan de basis van onze gezondheidszorg ligt. Dat moet weg. Zolang dat op één of andere manier een rol speelt in het bepalen van het klinisch handelen, diagnostisch en therapeutisch, zitten we vast."

Met de DSM-5 is het dus niet verbeterd?
"Het is alleen nog maar verslechterd. De DSM is een karikatuur van zichzelf geworden. Je ziet bij elke editie hetzelfde: er komen meer stoornissen bij en voor de bestaande stoornissen versoepelen ze de bestaande inclusiecriteria, zodat nog meer mensen een diagnose krijgen."

Wat ziet u dan als alternatief? De DSM heeft toch ook een communicatiefunctie zodat hulpverleners met elkaar kunnen communiceren, zodat men onderling weet waarover men het heeft?
"Dat is één van de grootste illusies over de DSM die er bestaat. De betrouwbaarheid en validiteit daarvan is uiterst laag. Een voorbeeld is de borderline-

diagnose. Die is als volgt: er zijn negen groepen van kenmerken, en iemand is borderline als je aan vijf van de negen groepen beantwoordt. Neem de bovenste vijf, neem de onderste vijf. Allebei borderline, hoeveel kenmerken hebben ze gemeen? Eén! Ze zijn dus allebei volgens DSM gediagnosticeerd met borderline maar ze hebben maar één criterium gemeen."

Oké, maar wat ziet u dan als alternatief? Een diagnostisch instrument hebben lijkt me toch nodig?

"Er is een nieuw advies van de Hoge Gezondheidsraad dat mee geschreven is door één van mijn oud-studenten, Stijn Vanheule, samen met onder andere hoogleraar Klinische en Gezondheidspsychologie Herbert Roeyers, die gedragsmatig gericht is, en Jim Van Os, hoogleraar in de psychiatrie in het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Ze denken na over een compleet andere aanpak van diagnostiek. In plaats van het afvinksysteem en honderden verschillende categorieën, denken zij in een beperkt aantal ruimer omschreven klinische groepen. Het gaat natuurlijk nog even duren voor dit op de werkvloer aanwezig is, maar het is bezig."

U staat niet enkel kritisch tegenover de DSM, maar ook tegenover antidepressiva. U zegt ergens dat depressieve patiënten beter een Dafalgan kunnen nemen.

"Als je kijkt naar degelijk onderzoek rond antidepressiva dan blijkt dat de werkzaamheid in vergelijking met placebo's verwaarloosbaar is. Er is inderdaad onderzoek dat toont dat zware pijnstillers betere effecten hebben dan antidepressiva. Voor alle duidelijkheid: we hebben andere psychofarmaca die wel heel goed werken. De neuroleptica, de anxiolytica, dat werkt allemaal zeer goed in het bestrijden van symptomen. Antidepressiva daarentegen werken net ietsje beter dan placebo's. Niet veel meer."

Bij endogene depressies, waar de oorzaak van de depressie vooral lichamelijk te vinden is in een onevenwicht van neurotransmitters zoals serotonine, adrenaline en dopamine, kunnen antidepressiva toch helpen om wat te corrigeren?

"Daar is heel weinig bewijs voor. Dat is één van die marketingverhalen van de farmaceutische industrie. Wetenschappelijk gezien is dat een hypothese die nooit bewezen is. Een goed boek hierover is 'De depressie-epidemie' van Trudy Dehue."

Dus we geven massaal medicatie die weinig werkzaam is, maar mensen wel opzadelt met talloze neveneffecten.

"Daar ben ik inderdaad van overtuigd, maar dat kan je nooit bewijzen, dat de neveneffecten veroorzaakt door antidepressiva absoluut niet opwegen tegen de geringe positieve effecten daarvan."

Volgens de wet van Maggie De Block mogen enkel psychologen, artsen en orthopedagogen nog psychotherapie geven en ook de terugbetaling wordt enkel aan die groepen gelinkt. Hoe staat u daar tegenover?

"In eerste instantie moet je kijken naar wat er al bereikt is en dat is de wettelijke erkenning van het diploma psychologie en dus van de psycholoog. Dat is belangrijk, want het was absurd dat afgestudeerden voor een erkenning een beroep moesten doen op een externe organisatie. Vanaf nu is dat overbodig, het diploma volstaat. Over de erkenning van psychotherapeut is nog niks beslist. De Orde van geneesheren zou er graag een paramedisch beroep maken, maar de psychologen gaan dat niet aanvaarden. De terugbetaling is een dode mus. Het laatste voorstel is door de vereniging van psychologen geweigerd. Terecht, want het rammelt langs alle kanten. Wat de toekomst betreft: ons land heeft een immens begrotingsdeficit. Terugbetaling van psychotherapie zal geen prioriteit worden. Ik denk dat elke regering dat zo lang mogelijk voor zich uit zal schuiven."

Hoe zou u het oplossen?

"De optie die we in dit land vroeger hadden, eind jaren 70, begin jaren 80, was veel beter. In de CGG's, die toen werden opgericht, kregen cliënten gratis psychotherapie en begeleiding, door sociaal-

Paul Verhaeghe (1955) is klinisch psycholoog en psychoanalyticus. Zijn eerste doctoraat (1985) handelde over hysterie, zijn tweede (1992) over psychodiagnostiek. Hij werkt als gewoon hoogleraar aan de universiteit van Gent. Sedert 2000 gaat zijn belangstelling vooral naar de invloed van maatschappelijke veranderingen op psychologische en psychiatrische moeilijkheden. Hij is auteur van een aantal boeken, zoals 'Liefde in tijden van eeenzaamheid' (1998), 'Het einde van de psychotherapie' (2009) en 'Intimiteit' (2018).

assistenten, psychologen … Dat was kwalitatief, laagdrempelig, functioneerde quasi zonder administratie en richtte zich grotendeels op mensen die het financieel niet zo breed hadden. Gaandeweg, toen de wachtlijsten langer werden, hebben de centra meer kapitaalkrachtige cliënten naar het privé circuit gestuurd. Wat de regering nu zou kunnen doen is die centra uitbreiden. Zet er tien therapeuten bij, schaf zoveel mogelijk de administratieve rommel en de overbodige managementtussenlagen af en laat professioneel opgeleide mensen hun werk doen. Behoud daarnaast de privépraktijken. Dan moet de regering alleen maar lonen uitbetalen, dan weet je waar je aan begint, dat is behapbaar. Maar die keuze wil men niet maken. Integendeel, de laatste vijftien jaar is elke verandering in de geestelijke gezondheidszorg een besparing."

U hebt onlangs 'Intimiteit' uitgebracht, over de verhouding van de mens met zijn lichaam. Een opmerkelijke thematiek voor een psychoanalyticus. Vanwaar die insteek?

"Ik merkte dat de aard van de problemen waarmee mensen op consultatie komen, veranderd is. Pakweg dertig jaar geleden waren problemen vooral psychologisch-cognitief-affectief, vandaar dat het begrip psychotherapie ook op zijn plaats was, met als meest voor de hand liggende voorbeelden fobische constructies, dwangneurotische problemen en relationele moeilijkheden. De verschuiving die we nu meemaken, is dat de problemen waarvoor mensen op consultatie komen veel vager zijn en dat het lichaam daar centraal in staat: slaapmoeilijkheden, eetstoornissen, vermoeidheid, burn-out, CVS … Het lichamelijke als onderwerp van diagnose en als doel van behandeling kwam in die klassieke modellen nauwelijks aan bod."

Enig idee waaraan dat zou kunnen liggen?

"Eén van de verklaringen die ik geef, is dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden in onze houding tegenover ons lichaam. Tot voor kort werd dat altijd begrepen als een verdeeldheid van goed versus slecht. Het goede van de ratio, de ziel, het geestelijke tegenover het slechte van het lichaam en seksualiteit. De vijandige verdeeldheid is vandaag verschoven naar een verdeeldheid van 'nooit goed genoeg'. Het lichaam is nooit mooi genoeg, nooit slank genoeg, ikzelf ben nooit succesvol genoeg. In plaats van ons te verzetten tegen het slechte in ons, kijken we nu op naar een onbereikbare perfectie. Een vermoedelijk effect daarvan is dat de generatie die daarin is opgegroeid het eigen lichaam minder goed kent. De vorige generatie was voortdurend in een soort paranoia met zichzelf bezig en stelde zich, vaak vanuit een religieuze achtergrond, constant de vraag welke foute neigingen en verlangens ze nu weer moest bestrijden. Ze kenden hun lichaam dus veel beter, maar helaas werd het negatief benoemd als iets wat bedwongen of bevrijd moest worden. Vandaag is men voortdurend gericht op het willen bereiken van een bepaald ideaal, met als gevolg dat men minder aandacht geeft aan wat er effectief hier en nu bezig is. Dan ben je altijd naar buiten en naar boven aan het kijken, maar niet naar binnen en naar beneden. Dat is volgens mij één van de verklaringen waarom mensen vaak weinig voeling hebben met hun lichaam."

In uw boek geeft u het voorbeeld van mensen die zelfs niet voelen dat ze een paniekaanval hebben.

"Ja, dat is wel straf hé. Dat is bij één op de drie het geval. Nog een verrassend voorbeeld: bij langdurige psychotherapie kan je bij vrouwen vaak terugkerende patronen zien. Als ik dan vraag naar de menstruatiecyclus, krijg ik soms het antwoord: 'Daar heb ik nog nooit aan gedacht!'. Dat moeten ze dan horen van een man. Er zijn blijkbaar vrouwen die niet beseffen dat emotionele schommelingen kunnen samenhangen met hun hormonale cyclus."

U breekt ook een lans voor het bio-psycho-sociaal model, wat een meer holistische aanpak is dan enkel te focussen op het medische of op het psychische. Hoe gaat u daarmee om in uw praktijk?

"Het idee dat een therapeut alles zou kunnen doen, is jezelf een almacht toeschrijven die je niet hebt. Je kan het bio-psycho-sociale geheel dat de mens is, alleen maar benaderen via delen. Zolang je weet dat je met een deel bezig bent, én dat de andere delen minstens even belangrijk zijn en ervoor zorgt dat de patiënt of cliënt ook op die vlakken aan zijn trekken komt, is daar niks verkeerd mee. Ik zie bijvoorbeeld in mijn eigen praktijk dat ik de voorbije jaren veel mensen aanraad om ook iets te doen met hun lichaam. Dan leg ik uit dat ik werk op mijn manier, maar dat ik zeer goed weet dat andere dingen even belangrijk zijn en dat je die best combineert. Ik ben ze dus niet aan het afwijzen ook al denken sommige mensen dat in eerste instantie wel. Het kan zijn dat ik doorverwijs naar E.M.D.R., naar lichaamsgerichte therapieën of naar yoga. Ik ben ook aan het zoeken daarin, want je moet naargelang de persoon die voor jou zit ook een ander antwoord kunnen geven."

Het scala van lichaamsgerichte mogelijkheden is groot, en sommige vormen worden door de publieke opinie bekeken als kwakzalverij. Waar trekt u de lijn?

"De belangrijkste toetssteen, en dat geef ik ook mee aan mijn cliënten, is de vraag of het voor die man of die vrouw werkt. Als je na verloop van tijd niet het gevoel hebt dat er iets gebeurt, stop er dan mee. Dat kan te maken hebben met de methode, maar ook met het feit dat je bij de verkeerde persoon bent. Het moet klikken, of het nu bij een psychotherapeut of een lichaamsgerichte therapeut is. Ook dat kunnen we niet vatten in natuurwetenschappelijk onderzoek. Therapie is persoonsgebonden, probeer dat maar eens in een model te gieten. Wat je ook ziet, is dat een methode die in eerste instantie als kwakzalverij weggezet werd, na verloop van tijd geloofwaardig kan worden. Een voorbeeld hiervan is E.M.D.R. Ik was één van de eersten binnen de faculteit die dat in mijn colleges besprak. Toen ik te rade ging bij de collega's van andere benaderingen, kreeg ik te horen: 'Daar houden we ons niet mee bezig'. Nochtans was er al heel vroeg R.C.T.-onderzoek waaruit bleek dat het bij enkelvoudig trauma heel efficiënt kan zijn. Vanuit mijn praktijk heb ik toen een aantal mensen met enkelvoudig trauma doorverwezen naar E.M.D.R.-therapeuten. Zij hadden na drie maanden resultaten waar ik een jaar zou over gedaan hebben. We zijn nu vijftien jaar verder en we zien dat E.M.D.R. overal aanvaard wordt."

Daarnet zei u dat het lichamelijke aspect in de klassieke modellen nauwelijks aan bod kwam. Nochtans waren er mensen zoals Reich en Lowen die met lichaamsgericht werk experimenteerden?

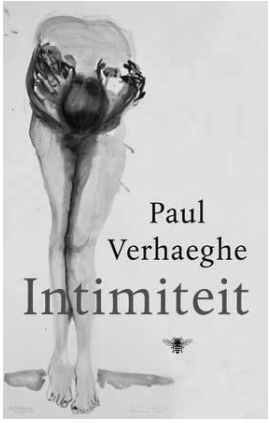
"Reich was een visionair, een pionier om twee redenen. Reich was iemand die de freudiaanse theorie serieuzer nam dan Freud zelf en daar een aantal conclusies aan verbond. Hij had het dan wel eerder over lichaamshouding, spanningen en beweging. Lowen heeft er met zijn bio-energetica een softere versie van gemaakt. Wat Reich ook gedaan heeft, en dat is een tweede reden waarom het een pionier was, is dat hij aan Freuds theorie maatschappelijke implicaties heeft verbonden. Hij richtte klinieken op waar hij seksuele en politieke emancipatie aan elkaar koppelde, hij werd lid van de communistische partij en vloog uiteindelijk overal buiten omwille van zijn extreme ideeën. Uiteindelijk is hij paranoïde geworden en gestorven in een Amerikaanse gevangenis. De vlotste manier om toegang te krijgen tot Reich is het boek van Harry Mulish, 'Het seksuele bolwerk'."

U verwijst in uw boek ook naar 'Traumasporen', het boek van Bessel van der Kolk rond de invloed van trauma op het lichaam.

"Dat is een boek dat je zeker moet lezen. Vanaf het eerste hoofdstuk merk je dat dit een clinicus pur sang is, maar die ook zeer goed het wetenschappelijk onderzoek kent. Hij is thuis in de neurologie, de psychologie en de endocrinologie en bovendien aarzelt hij niet om eclectisch te werk te gaan. Hij kent immers zowel de psychoanalyse als het gedragsmatige en betrekt er zowel E.M.D.R. als pakweg yoga bij. Hij probeert eigenlijk gewoon alles bij zeer moeilijke patiënten, en toont aan dat iets soms wel, soms niet werkt, hij zoekt en blijft zoeken. En doet prachtige dingen met mensen.

Nog een laatste vraag: Welke boodschap wil u meegeven aan de nieuwe generatie psychotherapeuten?

"Die vraag krijg ik ook vaak van mijn studenten. Wat ik hen als raad geef, is: werk je in eerste instantie heel hard in in één bepaalde therapeutische richting, daardoor verwerf je diepgang, om die vervolgens los te laten en breder te gaan kijken. Je hebt een conceptueel model nodig om na te denken over de mens. Ik ben geen fan van het idee dat je zonder theorie kan, of dat je vanaf het begin eclectisch kunt werken. Vanuit die diepgang kan je vervolgens de tekortkomingen ervan ervaren. Als therapeut zal je altijd botsen op een aantal onmogelijkheden en mislukkingen. Dan moet je breder gaan kijken, dan heb je nieuwe input nodig. Als je star en oppervlakkig vasthoudt aan je eigen model, zoek je alleen maar naar een bevestiging van wat je al weet."



Intimiteit, Paul Verhaeghe, De Bezige Bij, 23,99 €