

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

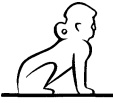
Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl



Redactioneel

Bij de Nederlandse psychotherapeuten is dezer dagen een drukwerk binnengekomen dat stug leesbaar is, veel terzijde gelegd zal zijn voor een meer geschikt moment, maar waarvan het belang van het verschijnen niet onderschat mag worden. De naam: *Richtlijnen voor de psychotherapeutische behandeling van depressie*. Auteur is de Werkgroep Consensus en Protocollering Psychotherapie bij Depressie, een commissie van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. Het is een systematisch werkstuk, opgesteld door kopstukken van de bij de NVP vertegenwoordigde therapeutische richtingen – allerm minst de kameel die het resultaat is van de poging van een commissie om een paard te ontwerpen – en het verdient voor een behoorlijk deel de lof die de voorzitter van de NVP, M.H.M. de Wolf, het toezwaait in zijn begeleidend schrijven: 'Het proces van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling wordt beschreven. In de behandeling worden vier stadia onderscheiden, waarbij richtlijnen zijn geformuleerd voor de overgang naar een volgende fase met de daarbij horende overwegingen. Er is aandacht besteed aan de mogelijke beslismomenten en -criteria, vanaf het moment van aanmelding tot en met beëindiging van de behandeling.'

De maatschappelijke consequenties die het kan krijgen, zullen zeer ingrijpend zijn. Daarom is dit één van die momenten dat psychoanalytici zich moeten laten horen als individuen én gebundeld in de verenigingen waar zij deel van uitmaken, niet om hun 'verloren gelijk' (Barendregt 1976!) nogmaals te poneren, maar om zich af te vragen hoe deze regels tot stand zijn gekomen en zich erop te bezinnen of ze ermee leven kunnen. Zo ja: hoe? Zo nee: waarom niet, hoe dan wel en hoe te voorkomen dat de papieren werkelijkheid een leidraad wordt voor het alledaagse handelen? Nu wordt het document nog bescheiden gepresenteerd, 'een aanzet tot een werkstandaard' – omgeven met de twijfels die bij een zo ambitieuze onderneming horen – maar binnenkort, als de franje er eenmaal is afgeknipt, zal dit stuk behouden blijven als de verklaring waarin de eigen beroepsorganisatie zegt dat een depressie in twintig keer te behandelen is. Die zin zal door geen verzekeringsmaatschappij worden overgeslagen.

De werkwijze van het protocol is gedetailleerd uitgewerkt. Eerst wordt de doelstelling gegeven: depressieve stoornissen opheffen of verminderen. Dan volgt 'een vast en geformaliseerd traject, waarin gestandaardiseerde beslismomenten zijn opgenomen' en er wordt uitgegaan van een bio-psycho-sociaal model, met psychotherapeutische, sociaal-maatschappelijke en biologische interventiemogelijkheden. Hier wordt uitgeschreven wat de gangbare praktijk is: psychiater, psychotherapeut en maatschappelijk werker werken

samen om de behandeling te doen. Al in de één pagina lange inleiding staan direct de conclusies, die logisch lijken: 'De behandeling van depressie verloopt in eerste instantie volgens een symptoom- en klachtgericht en in de tijd gelimiteerd psychotherapeutisch aanbod van maximaal twintig zittingen.... volgens een Programmatisch Kortdurende Psychotherapie (PKP) die geënt is op de werkzame principes van de Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en de Interpersoonlijke Psychotherapie.'

Er wordt vervolgens op DSM-manier naar de depressie gekeken: als een verzameling kenmerken, niet samengebonden door een etiologische theorie. Tezelfdertijd wordt de depressie opgevat als 'een ziekte'. In de psychoanalytische visie gaat het echter om een symptoom, de resultante van een conflictueuze of deficiënte ontwikkeling. Het is niet irrelevant of de patiënt fobisch, depressief of seksueel ontremd is, maar binnen het psychotherapeutische kader zijn het ziekteproces en de draagkracht van de patiënt de variabelen die de therapiekeuze en aanpak bepalen; de symptomen bepalen of de hulp van de psychiater wordt ingeroepen voor medicatie.

Ook de doelstelling van het protocol wordt expliciet gemaakt: integratie van het psychotherapeutisch aanbod en inpassing binnen wat *evidence based medicine* genoemd wordt. De redengeving volgt: 'Het lijkt wijzer met de inhoudelijke know how van psychotherapeuten een plan te trekken dan VWS of de ziektekostenverzekeraars nog drastischer de toekomst van het psychotherapeutisch vak te laten bepalen.' If you can't beat them, join them, hebben ze gedacht en ze doen het behendig, met ontsnappingsmogelijkheden die het protocol losser maken – comorbiditeit en verlenging indien noodzakelijk – maar het zijn uitwegen binnen een paradigma dat de psychoanalyse vergeten is. De passages die hierover gaan kunnen eenvoudig worden overgeslagen of kunnen gelezen worden als 'depressieve patiënten met matig suïcidegevaar kunnen nog tien extra zittingen krijgen.' Ook in het meer gedetailleerd uit elkaar rafelen van 'het behandeltraject' staan er ex cathedra de twee voorgeschreven wijzen waarop 'de depressie' behandeld moet worden. Mensen zijn niet meer depressief maar ze hebben een depressie en de fictieve analogie met de somatische geneeskunde wordt tot in het absurde doorgevoerd. Het is net alsof de opstellers van het rapport niet weten dat elk nieuw medicijn (of in dit geval werkwijze) ook werkt omdat het nieuw is. De wereld van behandelaars – ook van analytici – wordt van seizoen tot seizoen beïnvloed door nieuwe lezingen, boeken, inzichten, die soms het hele perspectief lijken te verschuiven, maar die ten slotte worden opgenomen in het corpus van het handelen en zo wordt elk nieuw idee in de loop der tijden van bouwwerk tot bouwsteen. Alle nieuwe ideeën – en de psychoanalyse is daar zelf het meest levende voorbeeld van – geven in eerste instantie een inzicht dat het hele landschap in het licht lijkt te zetten totdat de voetnoten komen, de onmogelijkheden, de onhoudbaarheden en de verfijningen, en er weer een nieuwe poging nodig is om het handelen te verbeteren. Voorschriften zijn een belemmering voor de ont-

wikkeling van het vak en zullen valsheid in geschrifte veroorzaken als ze te dwingend worden opgelegd.

De andere stut van het protocol, de zogenaamde *evidence based medicine*, leidt ertoe dat de beoefenaren van ons heuristische vak ineens breed gespreid gaan staan: wat in de wereld der echte geneesheren kan, kan in de psychotherapie ook. Wij beoefenen ineens ook een echt vak. Daarbij wordt gedaan alsof die *evidence based medicine* vastligt. In de brochure wordt nog toegegeven dat de criteria van DSM-IV niet geordend zijn. Maar in dezelfde adem is die beperking alweer vergeten en wordt er gedaan of er een handleiding is die er zorg voor draagt dat depressie goed te genezen valt. Evenmin klinkt werkelijk door dat 'het klinisch oordeel altijd een beslissende rol zal spelen'. Dit blijkt lippen-dienst omdat de behandelroute vaststaat. De ontsnappingsclausule (bij terugval van de vorige therapie, bij grote problemen, bij de combinatie met een persoonlijkheidsstoornis, en andere psychische stoornis, bij zware psychotraumata en bij verlatings- en contactproblemen) zal een lege verzameling blijken te zijn omdat die door de verzekering altijd geweigerd wordt, óf het voorschrift van de twintig zittingen zal niet worden opgelegd. Want elke therapeut is in staat een dringende reden voor verlenging van de therapie aan te geven.

Dat *evidence based medicine* niet zo vanzelfsprekend is als het lijkt, blijkt onder andere uit een conferentie die dezer dagen in Amsterdam gehouden is. De NRC van 11 oktober geeft er een verslag van onder de titel *Werkende geneeskunde. Evidence based medicine verdeelt de medische wereld*. Een kort citaat van Dr. John Swales, hoofd van de onderzoeksafdeling van het Britse ministerie van volksgezondheid: "Dat er richtlijnen ontstaan is al verbazingwekkend," aldus Swales. En dan ironisch: "Het lukt soms, door de leden van het comité dat de richtlijnen opstelt zorgvuldig te selecteren en door goede groepsdynamica." Hij illustreert zijn standpunt aan de hand van de richtlijnen voor het opsporen en behandelen van een te hoog cholesterolgehalte. Die richtlijnen verschillen sterk van land tot land, terwijl de populaties er vergelijkbaar zijn. De richtlijn in Nieuw Zeeland betekent dat 58% van de bevolking cholesterolverlagende middelen zou moeten slikken, in de Verenigde Staten 18% en in Canada 85%. Er is ook een richtlijn van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Die zou voor 29% van de bevolking behandeling betekenen.' In het slot van het stuk lezen wij: 'Minister Borst (vroeger hoogleraar *evidence based medicine*) omarmt het idee van rationele beslissingen, maar tussendoor zei ze: "Ongetwijfeld zijn wetenschappelijke evidence en goede richtlijnen belangrijk. Maar we moeten ons ook laten leiden door het besef dat mensen meer geïnteresseerd zijn in goede zorg dan in de wetenschappelijke onderbouwing van een therapie. We moeten niet uit het oog verliezen dat het emotionele aspect van de zorg erg belangrijk is. Patiënten waarderen een medelevende, menselijke behandeling."'

Als de controverse zo scherp ligt voor kwalen die als somatisch gedefinieerd worden, is de vraag gerechtvaardigd waarom psychotherapeuten – en onder hen de psychoanalytici – die deze richtlijnen hebben opgesteld en die in

allerlei gremia bezig zijn de richtlijnen uit te voeren, gekozen hebben voor deze vorm van korte psychotherapie, hoe ze aan de overtuiging komen dat een korte therapie in principe altijd voldoende is en waarom de mogelijkheid van korte psychoanalytische psychotherapie zelfs niet genoemd is in het stuk. Dit alles wellicht meer in verwondering dan in kwaadheid.

Hans Reijzer

Noot

1. Hij schreef toen reeds: 'Wie durft nog openlijk te beweren dat hij de wijsheid in pacht heeft: de echte, de ware therapie. Enkele ouderen zullen het misschien nog denken; bij de sofa wachtend op hun verloren gelijk. Al zullen zij zich steeds meer moeten troosten met de

gedachte dat het met de psychotherapie de verkeerde kant is opgegaan' (p.350).

Barendregt, J.T. (1976), *Oecumene in psychotherapeutisch Babel*. In: A.P. Cassee, P.E. Boeke en J.T. Barendregt, *Psychotherapie in Nederland*. Van Loghum Slaterus, Deventer, p. 350-363.

Wijzigingen in bestuur en redactie

Op de jaarvergadering in Antwerpen, 4 oktober 1997, werd afscheid genomen van Hans Gerritzen en Jon Veeneklaas als secretaris respectievelijk penningmeester. Beiden hebben bij de oprichting van het Tijdschrift een belangrijke rol gespeeld: collega Gerritzen – op een prettige manier zake-lijk – door de vele plannen en ideeën in het praktisch haalbare om te zetten én vervolgens in onderhandeling met verschillende uitgevers met één ervan, Uitgeverij Boom, een overeenkomst te sluiten die de analyse recht doet. Collega Veeneklaas heeft veel moeite gedaan om de lastige financiële beginperikelen zodanig aan te pakken dat het Tijdschrift thans een redelijk solide, zij het sobere, bestaansbasis heeft. Met gepaste strengheid heeft zij de leuke ideeën en de mooie invallen – 'die natuurlijk toch wel wat geld mogen kosten' – van redactie en bestuur aangehoord en de materiële consequenties beheersbaar weten te houden. Namens het bestuur, dank aan beiden.

Als nieuwe bestuursleden zijn toegetreden Ariëtte van Reekum voor het Genootschap en Hans Wiersema voor de NVPP.

Daan Daniëls, voorzitter

Per september 1997 heeft Peter Maidman de redactie verlaten. Peter was een nauwgezet redacteur, bescheiden, maar wanneer het de kern van zijn vak betrof, zeer vasthoudend. Zijn optreden was soms eigenzinnig, maar het is hem een paar maal gelukt om als enige tegenstem de mening van de gehele redactie om te krijgen. We missen hem en hopen dat hij terugkomt met een nieuw artikel van de kwaliteit van *Over een geval van fetisjisme bij een kind*.

Hans Reijzer, hoofdredacteur