

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



Reacties

Notities van een spreekuurhouder

Christa Widlund

Ik doe al twintig jaar spreekuren. Ik ontvang een patiënt, kijk wat er aan de hand is, bedenk wat eraan gedaan zou kunnen worden en doe vervolgens iets: verwijzen, een beperkt aantal gesprekken voeren of een langer durende behandeling beginnen. De mensen met wie ik te maken heb zijn vaak somber gestemd. Ik was dan ook blij verrast toen ik de *Richtlijnen voor de psychotherapeutische behandeling van depressie* van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie in mijn postbakje aantrof. Leuk, dacht ik, dat de beroepsvereniging waar ik toe behoort zich eens buigt over zo'n belangrijk vakinhoudelijk onderwerp. De vreugde sloeg snel om in ergernis toen het apodictische karakter van het geschrift zich bij het lezen opdrong. Het is al klaar ('vastgestelde versie' staat er op het titelblad), en ik heb er niets mee te maken gehad. Waarom stuurde de Werkgroep Consensus en Protocollisering mijn collega's en mij geen vragenlijst? Mevrouw, wij willen graag van u als spreekuurhouder weten of u wel eens patiënten ziet met die-en-die klachten en symptomen. Wat u dan doet, waarom, en hoe lang. Hoe u daar weer mee ophoudt, en wanneer. Als dat te veel werk zou zijn had de commissie toch in elk geval de richtlijnen als concept naar de NVP-leden kunnen sturen met een verzoek om commentaar: collega, kunt u zich hierin vinden of zag u het liever anders? De gelegenheid om commentaar te leveren, zowel op de vorm als op de inhoud van het document, krijg ik gelukkig nu. Ik houd de chronologie van de indrukken aan en bespreek eerst de vormaspecten. Op het in bleekgroene en lila tinten uitgevoerde omslag van de kloeke brochure staan elf figuren afgebeeld die over een plein of een straat lopen. Er liggen sigarettenpeuken tussen de voegen van het onregelmatige plaveisel. Een

van de mensen draagt een stapel kranten, een ander duwt een kind voort in een wagentje. De vouw van het boek gaat dwars door de kinderschedel. Omdat de foto van bovenaf genomen is kunnen we moeilijk zien of de erop voorkomende personen depressief zijn. Het papier glanst, er zijn tabellen, bijlagen en voetnoten. Kortom, het ziet er mooi uit. De gebruikte taal staat in schrille tegenstelling tot dit fraaie uiterlijk. Binnen de dagelijkse praktijk van ons vakgebied zijn wij allemaal wel gewend aan het lezen van stilistisch en grammaticaal gebrekkige verslagen; we lezen ze met een welwillende instelling en zijn gericht op het begrijpen van wat de schrijver bedoeld heeft. Meestal komen we er zo wel uit. Precies zo'n instelling is nodig om de voorliggende brochure door te werken, want het gehanteerde Nederlands is ronduit beroerd. De interpunctie is ondoorgrondeijk: komma's staan waar ze niet horen en ontbreken waar ze zouden moeten staan. De lange, propvolle zinnen zijn moeilijk te ontleden; als dat al lukt blijkt vaak dat onderwerp en gezegde niet op elkaar aansluiten. De meest voor de hand liggende begrippen worden uitgebreid gedefinieerd terwijl minder bekende concepten ('verinnerlijke agressie') het zonder verklaring moeten stellen. We treffen veelvuldig cirkelredeneringen en tautologieën aan ('depressie: een kern van een depressieve gemoedstoestand') en door het gebruik van 'dus' en 'dan ook' suggereren de auteurs nogal eens een causaal verband waar dat niet bestaat. Toch is het geen haastklus geweest: 'vanaf september '94 tot en met januari '96 heeft de werkgroep aan dit protocol gewerkt', staat er op pagina 6. Het getuigt van minachting voor de lezer dat men niet de moeite heeft genomen een bureauredacteur de tekst te laten bekijken. Wel mag deze lezer f 39,50 betalen om het geschrevene in zijn bezit te krijgen. Voor dat bedrag zijn er aardiger boekjes te koop. De muggenziftende wijze waarop ik de tekst

gelezen heb wordt zeker gedeeltelijk veroorzaakt door de boven beschreven ergernis. Als ik die terzijde schuif blijft er een verontrustend vermoeden over dat slordig taalgebruik slordig denken impliceert, en gemakzuchtige woordkeuze samengaat met lui redeneren. Misschien is dat niet zo; toch zou een instituut als de NVP zich moeite moeten getroosten om de schijn daarvan te vermijden.

In de inhoud van de *Richtlijnen* kom ik zaken tegen waarbij ik bevestigend zit te knikken. Hoe ernstiger een depressie, hoe eerder je aan medicatie moet denken. Alles wat je doet of adviseert, dien je op gezette tijden te evalueren. Met de patiënt moeten afspraken over de behandeling gemaakt worden. Allemaal mee eens, al lijkt niet alles even haalbaar in de praktijk (weinig instellingen zullen zich bijvoorbeeld zo'n uitgebreide diagnostische procedure kunnen veroorloven). Positief, en aansluitend bij de nieuwste inzichten, is het prioriteit geven aan de psychotherapie, tenzij er contra-indicaties voor bestaan. De aard van deze therapie komt echter enigszins uit de hoge hoed vallen. Ik lees echt wel eens wat, maar van IPT, PKP en CGT als 'de meest aangewezen weg voor elke behandeling van depressie' (p. 14) heb ik nog nooit gehoord.

Twee zaken vind ik storend op een fundamenteel niveau. De eerste betreft het ontbreken van een visie op de patiënt als een mens met een geschiedenis en een gevoelsleven. Het is alsof de protocolmakers tegenover een persoon zitten met een op ondoorgrondelijke wijze aangewaaide ziekte en vervolgens geduldig de symptomen gaan wegnemen. In het echt is dat niet zo; in een gewoon spreekuur zit je tegenover een somber, geremd of verdrietig mens die een verhaal vertelt dat je probeert te begrijpen, een verhaal waarin de depressie een functie heeft en heel vaak ook een oorzaak. Het symptoomdenken wordt in hoge mate beïnvloed door het hanteren van de DSM-IV. Classificatie van psychische ziekteverschijnselen is prima, maar ik vind het een verarming van ons vak als we ook in het therapeutische werk alleen maar aan de oppervlakte mogen blijven. De patiënt zal veelal niet het idee hebben dat hij een depressie heeft, maar dat hij er totaal mee samenvalt, dat hij de depressie is. Het tweede fundamentele bezwaar tegen de hier

gepropageerde behandelwijze betreft de uniformiteit van de therapeutische aanpak. Iedereen krijgt hetzelfde. Dat klinkt rechtvaardig, zij het wat saai, en heeft de charme van de eenvoud. Het feit echter dat niet alle patiënten en niet alle depressies hetzelfde zijn zal deze strategie al snel doorkruisen. Ik geef meteen toe dat het verschrikkelijk moeilijk is om in een vroeg stadium uit te maken wie er het beste met gedragstherapie, structurerende behandeling of een inzichtgevende aanpak geholpen is, maar helemaal onmogelijk is dat niet. Een poging tot gerichte indicatiestelling is in elk geval eleganter en menswaardiger dan het uitstorten van een standaardprogramma over iedereen.

De 'werkzame elementen' van dat standaardprogramma zijn uit de gedragstherapie en uit de cognitieve therapie afkomstig. Nergens in het protocol wordt gerept over gevoelens, terwijl iedere gedrags- en cognitieve therapeut weet dat veranderde gedragingen en cognities slechts bekliven als de patiënt er ook iets bij voelt. De willekeur die uit de keuze van de behandelvorm blijkt vind ik echter minder erg dan de eenvormigheid waarvan hier wordt uitgegaan. Hoe kan je plezier hebben in je vak als je mensen zo oninteressant maakt, als je je denken zo aan banden moet leggen en je taal zo moet verwaarlozen? De balans opmakend concludeer ik dat ik deze richtlijnen liever nooit onder ogen had gekregen. Maar ze liggen op ieders bureau en we moeten maar hopen dat ze aanleiding zullen zijn voor een grondige discussie.

C. Widlund is stafmedewerker bij het Nederlands Psychoanalytisch Instituut.

Moderne landbouwmethoden en de depressieve mens

Antonie Ladan

Recent verschenen de *Richtlijnen voor de psychotherapeutische behandeling van depressie*, een werkstuk vanuit de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. Collega Reijzer wijdde er 'wellicht meer in verwondering van in kwaadheid' (zou

dat echt zo zijn?) een redactioneel aan (Reijzer 1997) en vroeg ook anderen om commentaar. Mijn eigen reactie op het protocol was tweeledig. In eerste instantie neigde ik ertoe het wat lacherig af te doen.

Een paar maanden geleden bezocht ik een symposium van het Nederlands Natuur- en geneeskundig Congres over moderne landbouwmethoden. Een Wageningse hoogleraar vertelde hoe een akker vroeger bemest werd. Op basis van een aantal grondmonsters werd de gemiddelde grondsamenstelling berekend. Dit gemiddelde bepaalde dan de optimale bemesting voor de betreffende akker. In de praktijk betekende dit dat sommige gedeelten over- en andere onderbemest werden.

Tegenwoordig gaat het heel anders. De boer rijdt op zijn tractor met daarachter de bemestingsmachine. De gegevens over de grondsamenstelling van de akker zijn opgeslagen in zijn computer. Op het beeldscherm van zijn tractor ziet hij een kaart met de gebieden en hun wisselende grondsoort. Via een satellietverbinding kan hij tot op tien centimeter nauwkeurig bepalen waar hij zich op zijn akker bevindt. Afhankelijk van de precieze samenstelling van de grond waar hij op dat moment overheen rijdt, maakt hij zijn bemestingsmengsel en voorkomt daarmee over- en onderbemesting. En dat is nog maar een akker! Hoe zit het dan met de optimale bemesting van de individuele depressieve mens? Mijn eerste reactie was dus om het protocol terzijde te leggen als iets onzinnigs uit de NVP-koker.

In tweede instantie begon ik mij echter iets anders te realiseren: wat hier gebeurt, heeft ook te maken met de ambigue houding van analytici ten opzichte van de financier. Enerzijds hebben wij (in ieder geval de meesten van ons) er duidelijk voor gekozen om in het financieringssysteem van de gezondheidszorg opgenomen te zijn, maar anderzijds weigeren we de daarbij behorende verplichting op ons te nemen om te laten zien wat dan wel de resultaten zijn van de bemoeienissen waar we al dat geld voor vragen. Jerome Winer zegt hierover in de JAPA onder meer het volgende: 'Psychoanalytic treatments seem most hurt by the apparent lack of data-based outcome studies demonstrating their efficacy' (Winer 1997, p.

952). In zekere zin krijgen we in de Richtlijnen dus wat we verdiend hebben: bijna niks. We kunnen immers niet verwachten dat de financier genoeg neemt met onze bezwering dat het toch echt allemaal helpt wat wij doen, zelfs als het veel duurder is dan andere behandelingen. Ook als we deze bezwerende woorden tamelijk hard roepen, blijven we in het gezelschap van piskijkers, iriscopisten en homeopaten. Nu is er niets op tegen om in dat gezelschap te verkeren, maar het betekent wel dat we onze aanspraak op financiering los zullen moeten laten.

Toch is ook een kentering zichtbaar, al is het de vraag of deze op tijd zal blijken te zijn. Zo wordt bijvoorbeeld binnen het Nederlands Psychoanalytisch Instituut onderzoek gedaan in samenwerking met centra in Italië, Zweden en Duitsland. En op het IPA-congres in Barcelona (1997) stelde Kernberg tijdens de researchbijeenkomst met genoeg vast dat er zo veel belangstelling was. De eerste keer, een aantal jaren geleden, zaten er vier mensen in de zaal, nu wel tweehonderd. Achter mij fluisterde iemand zacht: 'Langzaam dringt door dat we wel moeten. Het is onderzoek doen of sterven.'

Literatuur

Reijzer, H. (1997), Redactioneel. Tijdschrift voor Psychoanalyse 3, p. 186-189

Winer, J.A. (1997), The new psychiatric texts and psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 45, p. 941-958

A. Ladan, psychiater, is stafmedewerker bij het Nederlands Psychoanalytisch Instituut en opleider bij de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse.

Evidentiebasis van een uithollingsproces

Niek Treurniet

Op voorstellen om tot een juiste diagnostiek van depressie te komen is natuurlijk weinig aan te merken. Althans als het onderzoek gebeurt

door iemand die de vereiste deskundigheid – met name een combinatie van ervaring, theoretisch inzicht en empathisch vermogen – heeft om zaken als (ik doe maar een greep) afweerorganisatie, contactverloop, aard en diepte van het overdracht- tegenoverdrachtuniversum, schaamteneiging, angst voor ontmaskering te beoordelen. De garantie dat dit gebeurt is echter op zijn zachtst gezegd zeer dubieus. Dat de DSM-IV-manier wordt gebruikt om de diagnose te stellen is voor de toestandsdiagnose nog niet zo erg, maar het wordt anders als door het (in letterlijke zin: elk diepteperspectief ontbevend) oppervlakkige categoriserings- en verzamelingskarakter van deze manier aan een dynamische diagnose geheel voorbij wordt gegaan. Het is een gruwelijke verarming van de diagnostische mogelijkheden die een juiste anamnestiche techniek te bieden heeft. Dit laat onverlet de klinische waarde van de bijgevoegde schalen. Ik kan die niet beoordelen omdat ik er nooit mee heb gewerkt. Wat een schaal echter nooit kan, is een door het contact ontstaan subjectief gevoel van overtuiging verschaffen aan beide partners van en in het anamnestiche onderzoek. Ook het begrip dat een patiënt van zijn therapeut in de anamnestiche fase ervaart, is van invloed op het verloop van de behandeling door dat wat het in beide partners van het contact bewerkstelligt.

Erger wordt het als we de geboden therapeutische ‘mogelijkheden’ bezien. Er worden slechts twee vormen van behandeling besproken, beide ‘Programmatische Kortdurende Psychotherapie’ genoemd. Over beide kan ik als analyticus slechts gissen wat zij inhouden, maar op grond van wat er in de Richtlijnen staat wil ik er wel het volgende over zeggen.

Bij de Interpersoonlijke Psychotherapie heb ik weinig bezwaar tegen het waarderen van het belang van sociale en maatschappelijke determinanten of het gewicht dat wordt gehecht aan overgangen in de levenscyclus, noch tegen de rol van objectverlies. Een onbewust conflict of/een ontwikkelingsinterferentie speelt hier echter geen rol in de therapeutische overwegingen. ‘Toepassing van psycho-educatie’ en een ‘betrekkelijk actieve rol’ van de psychotherapeut doen mij vermoeden dat er geen rekening wordt gehouden met de implicaties

hiervan voor de overdracht- tegenoverdracht-ontwikkeling. Depressieve patiënten willen meestal immers niets liever dan hun therapeut behagen. Angst voor liefdesverlies staat centraal. Er wordt ook nergens duidelijk gemaakt hoe een en ander in zijn werk moet gaan. Op wat voor wijze wordt de ‘focus’ gedefinieerd en hoe wordt die benaderd? Psycho-educatie tot wat? Wat houdt een ten dele pathologiserende en problematiserende aanpak praktisch in? Wat zijn de mogelijkheden überhaupt om de met deze etiketten gerationaliseerde agressieve tegenoverdrachtsreacties bij de therapeut bewust te maken? Vergelijkbare problemen heb ik met de categorieën van de zogenaamde Cognitieve Gedragstherapie. Niemand is er natuurlijk tegen dat depressieve patiënten minder aan zelfbestrafing gaan doen, noch dat zij hun assertiviteit verbeteren. Ook zijn sociale vaardigheden, zoals contact aangaan en onderhouden en conflicten hanteren (bedoeld worden interpersoonlijke conflicten), nooit weg. Mijn vraag bij beide vormen van PKP is alleen hoe dat dan allemaal gebeurt, wat de essentiële kenmerken zijn van het interactionele en intrapsychische proces en wat er nu in die therapeutische relatie precies plaatsvindt. Met andere woorden, welke zijn de verfijnde nuances en de clous van het contactverloop? Het ‘cognitief herstructureren via confrontatie met een gebrek aan bewijs voor *distorted perceptions*’ is een levensgrote valkuil voor dezelfde tegenoverdrachtsreacties als bij de IPT. Wie beschermt hier therapeut en patiënt tegen hun beider onbewuste destructieve reacties op onmachtbelevingen en diepe angst als het allemaal onder tijdsdruk staat? Informatieve ervaringen hebben tijd nodig zonder premature duiding opdat de intensiteit van de beleving niet leegbloedt in een defensief pseudobegrip. Dit zijn niet mijn enige bezwaren. Er zou nog veel te zeggen zijn over de in de opzet van de Richtlijnen wel heel erg verschaalde mogelijkheid om te komen tot een indicatie voor dieper gaande therapieën zoals de psychoanalyse, maar misschien is dat ook wel weer de bedoeling van die opzet. Het is toch immers goedkoper?

Korte psychotherapie heeft wel degelijk zin als – maar ook alleen dan – het patiënt en thera-

peut beiden lukt een centrale focus te definiëren. Heel vaak lukt dat bij nader diagnostisch inzicht in de dynamiek niet en blijken persoonlijkheidsproblemen een bepalende rol te spelen. 'Vroeger' noemden we dat karakterneurose. DSM-IV rept alleen van persoonlijkheidsstoornissen in de sfeer van ernstige pathologie – borderline, narcistische neurose of psychopathie – hetgeen ik een grote beperking vind. Dit neemt natuurlijk niet weg dat het allemaal best wel kan helpen. Maar dat doen hardlopen, lichttherapie en slaapdeprivatie ook. Medicijnen alleen doen dat ook wel, maar naar het schijnt niet zo goed als de combinatie met PKP. Overigens denk ik dat het persoonlijk contact met elke werkelijk geïnteresseerde therapeut met gevoel voor gevoel de belangrijkste variabele is.

Mijn bezwaren tegen de Richtlijnen zijn niet alleen inhoudelijk. De gehele consensuscultuur die de psychotherapie in Nederland beheerst (en die ook duidelijk is in de definitie van psychotherapie, die sterk verwaterd is vergeleken bij die van de Commissie Verhagen) vervult mij reeds lang met zorg en afkeer omdat zij een vrije discussie belemmert. Er is een agenda die verborgen is in die zin dat niemand er officieel over spreekt maar iedereen hem kent: het is de financiële greep van de overheid die eropuit is om de kosten steeds meer te drukken. Het gevolg is dat relatief kostbare behandelingen zoals de psychoanalytische op papier weliswaar mogelijk zijn maar in werkelijkheid grotendeels slechts via het Nederlands Psychoanalytisch Instituut kunnen worden uitbesteed. Het is in de vrije praktijk uitzonderlijk moeilijk om zonder zeer grote persoonlijke offers psychoanalytische ervaring op te doen. Dit heeft onder andere zeer ernstige gevolgen voor de opleiding, het niveau van de opleiders en dus op de kwaliteit van de alledaagse psychoanalyse. Een onafhankelijke discussie hierover is mede daarom zo moeilijk, omdat deze direct raakt aan de maatschappelijke positie van het merendeel van de therapeuten. Deze hebben slechts te doen wat hun meestal niet meer klinisch actieve ambtelijke functionarissen hun voorschrijven en dat is: steeds meer patiënten steeds korter behandelen omdat de overheid dat verlangt. Het laatste punt op de verborgen

agenda is dan de verwijdering van de psychotherapie zoals we die kennen uit het aanbod van de RIAGG's.

N. Treurniet is opleidingsanalyticus van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse.

Depressiekuur in een modern jasje

Trees Traversier

Het is niet verwonderlijk dat er reacties komen van psychoanalytici op de *Richtlijnen voor de psychotherapeutische behandeling van depressie*. De Werkgroep heeft het waarschijnlijk allemaal goed bedoeld. Het is belangrijk om samen te werken, om een consensus te zoeken of om te ijveren voor zo kort mogelijke therapieën. Maar ons komt toch het beeld van een supermarkt voor ogen, waar iedereen zo snel en zo goedkoop mogelijk bediend moet worden. Afgelopen met de speciaalzaak? Hoeveel komt de consument als mens nog aan bod? De mens, de depressieve mens, kan niet langer subject zijn in deze standaardmodellen, in deze supermarkten. Iets op maat gesneden, zoals ook een therapie op maat, zal steeds zeldzamer worden. Aan ons om de psychotherapie, en haar afkomst, de psychoanalyse, niet te laten uitsterven of als antiquiteit in de kast te laten opbergen.

Dat de NVP of de overheid probeert vat op te krijgen op de strategie, op de methodiek en de evaluatie van een psychotherapie is op zich niet negatief. Ook in België wordt er de voorbije jaren nogal ophef gemaakt over kwaliteitszorg. Dit brengt rumoer en angst teweeg in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. De therapeuten zijn bang dat de zorgverstrekking aan kwaliteit zal inboeten. De NVP probeert de overheid voor te zijn. Ze wil geen richtlijnen van hogerhand opgedrongen krijgen. Ze vreest dat die te inperkend zouden zijn. Maar doet de Werkgroep hier niet net hetzelfde en doet hij zichzelf (en de anderen) de das niet om? Hans Reijzer (1997) heeft gelijk, de verzekeringsmaatschappijen zullen niet nalaten om

het document in hun voordeel te laten spreken. Waarom zou iemand immers méér dan twintig sessies betaald krijgen, als het voor minder kan? En zullen langdurige therapieën alleen nog kunnen als je je uitslooft om achterpoortjes te vinden of als je werkt met uitzonderingen als algemene regel? Verlenging die met redenen omkleed moet worden, heet het dan.

Onder het mom van de wetenschappelijkheid hoeven de Richtlijnen niet te bestaan, want het therapeutische kader wint niet aan wetenschappelijke bewijskracht door een model vast te leggen. Het ontnemt de therapeut alleen zijn actieve en creatieve inzet. Het is inderdaad veel gemakkelijker en eenvoudiger om een schema te volgen in plaats van voortdurend jezelf, de patiënt, de overdracht en het therapeutisch proces ter discussie te stellen. De discussie over het al dan niet wetenschappelijke is reeds veelvuldig gevoerd. Vergote (1988, p. 11) haalt het gevaar aan van ideologische stellingen bij dergelijke partiële wetenschappelijke argumenten. Want dat is toch ideologie: met deelwaarheden een totaalbeeld bouwen en aspecten van primair belang die er niet in passen, miskennen.

Waarom is de psychoanalyse niet vertegenwoordigd in de verschillende psychotherapeutische benaderingen (p. 6)? Waar blijft het doel om onderlinge afstemming en integratie van de verschillende therapievormen en modellen die in ons land gangbaar zijn, te bevorderen (p. 6)? Is dit ontkenning van de psychoanalyse?

Natuurlijk leent de psychoanalyse zich niet tot een dergelijk keurslijf, maar zij heeft wel degelijk iets te vertellen over de depressie en haar behandeling. Ook de bibliografie blinkt uit in haar gebrek aan analytische referenties.

Psychotherapie, zoals gedefinieerd in de Richtlijnen (p. 9) lijkt zich in de eerste plaats te bekommeren om de verschillende stappen die een behandeling zou moeten bevatten: psychotherapie omvat diagnostiek, indicatiestelling, uitvoering en evaluatie van de psychologische behandeling van psychische stoornissen conform de daarvoor erkende methoden, uitgevoerd door een daartoe bevoegde functionaris. Voor ons, psychoanalytici, is psychotherapie een psychische behandeling voor iemand

die in psychische nood is, waarbij je gebruik maakt van de therapeutische relatie (de overdracht) tussen de therapeut en de patiënt. De technieken zijn dan voor elk theoretisch kader verschillend. Maar essentieel blijft de relatie patiënt-dokter of -psycholoog. Dolto (in één van haar scherpe uitvallen naar die therapeuten die niet luisteren naar de patiënt, welke vorming zij ook hebben) heeft hier zeker gelijk: deze bevoegde functionaris, deze psychotherapeut, is iemand die steunt op zijn handelen en zijn weten (1988, p. 77). Een psychoanalyticus luistert echter naar de patiënt, en leert vanuit het subject zelf, niet vanuit een vooropgestelde theorie. Of het nu gaat om een bipolaire stoornis I, of II of een cyclothyme stoornis, ... het belangrijkste in een therapeutisch proces is het vinden van de betekenis van het symptoom, van de depressie, via het verhaal van de patiënt. Hoe kun je veronderstellen dat een depressie in twintig keer behandeld moet kunnen worden (ook al is er ruimte voor uitzonderingen)? Onze ervaring toont ons dat elke therapie, al dan niet analytisch, slechts kan werken via de relatie, via de overdracht. Vertrouwen opbouwen, de overdracht tot stand brengen, kost tijd. Afscheid nemen, loskomen van een hechte therapeutische relatie kost ook weer tijd. Als je dit verzuimt, stuur je de patiënt vanuit een nieuw verlies, vanuit een onverwerkte rouw, opnieuw de depressie in. Binnen die therapeutische relatie moet er dan nog voldoende ruimte zijn om aan de problematiek te werken. Dit kan toch niet in zo'n korte tijd? De depressieve mens krijgt in dit hele gebeuren geen kansen. Elke huisarts weet hoeveel aandacht, tijd en vertrouwen een mens in psychische nood vraagt. Heel geremde mensen hebben extra tijd nodig. Dikwijls moet er een grote weerstand tegen therapie overwonnen worden. We kunnen ons afvragen welke therapeuten deze Richtlijnen bij hun depressieve patiënten kunnen toepassen. Spreekt men over dezelfde depressie? Een kern van een depressieve gemoedstoestand, gedragsymptomen ... cognitieve symptomen ... somatische symptomen ... (p. 9). Het gaat hier over symptomen en symptoombehandeling. Depressieve symptomen kunnen echter verschillende klinische beelden dekken. Wat is

een gemoedstoestand? Depressie roept inderdaad een gemoedsgesteltenis op die herkenbaar is, voor iedereen in verschillende vorm of graad. Iemand die in een rouwproces zit, kan gelijkaardige symptomen vertonen als een zwaar depressieve of melancholische persoon. Of een rouwproces kan overgaan in een depressie, of zelfs in een melancholie. Een normaal rouwproces vraagt reeds jaren tijd. Hier is een therapie ook niet altijd nodig of althans geen twintig sessies. Anderzijds kan een onverwerkte rouw toch wel vergroeiën tot een depressie. En wat kan men dan bieden aan die mensen die in een depressie vallen door een lang sluimerende problematiek, door een traumatische kindertijd, verwaarlozing, een incestverleden ... ? Wat met patiënten die jarenlang in de psychiatrie vertoeven en proberen uit dit residentiële circuit te geraken door een psychotherapie te starten? Dit vergt minstens drie tot vier jaar intense psychotherapie. Hopelijk keert de Werkgroep van de NVP op zijn stappen terug en zijn de reacties op de huidige Richtlijnen geen loos alarm. Hopelijk kan de kwaliteitszorg een ware bekommernis van de overheid en van elke therapeut zijn die zorg draagt voor een individu in psychische nood. Hopelijk kan er naast standaardprotocollen en DSM-IV-modellen nog iets anders groeien. Hopelijk hoeft men zich in de toekomst niet angstig te beveiligen in enge systemen.

Literatuur

Dolto, F. (1988), *Quelques pas sur le chemin de Françoise Dolto*. Seuil, Paris.

Reijzer, H. (1997), Redactioneel. *Tijdschrift voor Psychoanalyse* 3, p. 186-189.

Vergote, A. (1988), Ten geleide. In: A. Vergote, P. Moyaert e.a., *Psychoanalyse, De mens en zijn lotgevallen*. DNB/Pelckmans, Kapellen, p. 11.

T. Traversier, psychoanalytica, Belgische School voor Psychoanalyse, is werkzaam in een CGGZ Stad Brussel en een praktijk in Brugge.

Richtlijnen voor de behandeling van depressie: efficiëntie of blikvernuwing?

Rudi Vermote

Spontaan zou ik niet geneigd zijn om de Richtlijnen te becommentariëren. Dit commentaar kan voor rechtgeaarde lezers van dit tijdschrift trouwens alleen maar open deuren intrappen. Toch mogen we de schijn dat de inhoud van deze brochure de waarheid is, niet ongemoeid laten. Het is immers slechts een enkele, maar dan wel dwingende manier van kijken, waar sommige patiënten extra door kunnen lijden en waar ze ook financieel de dupe van kunnen worden. De NVP steekt immers de politieke bedoeling van de tekst niet onder stoelen of banken: 'Het lijkt wijzer van binnenuit, met de inhoudelijke know how van psychotherapeuten een plan te trekken, dan de VWS of de ziektekostenverzekeraars nog drastischer de toekomst van het psychotherapeutische vak te laten bepalen' (p. 7).

We leven in een tijd van richtlijnen en deze kunnen soms nuttig zijn, wanneer ze gebaseerd zijn op een vraag naar een leidraad bij het doen van ingewikkelde keuzes. Geneesheren bijvoorbeeld, kunnen geholpen worden met een richtlijn in het woud van antibiotica en psychofarmaca. Zo werkte ik onlangs mee aan het opstellen van richtlijnen bij de psychofarmacologische behandeling van MS-patiënten (Vermote 1997). In die zin kunnen richtlijnen nuttig zijn voor psychiaters bij de beoordeling van de depressie van hun patiënt en de beoordeling van de effectiviteit van hun psychiatrische behandeling. Het zal dan ook niet toevallig zijn dat de bestaande richtlijnen waar op pagina 27 van de brochure naar verwezen wordt, richtlijnen voor psychiaters en huisartsen zijn.

In de brochure van de NVP gaat het echter over richtlijnen voor psychotherapeuten door een overkoepelende vereniging voor psychotherapie, maar dan wel richtlijnen gebaseerd op een medisch model. Het lijkt me daarenboven gevaarlijk wanneer blijkt dat deze vereniging zonder blikken of blozen de psychotherapeutische benadering durft te herleiden tot wat het psycho-bio-sociaal model genoemd wordt. Een

naam die allesomvattend klinkt, maar waarvan elke psychotherapeut weet dat het om een zogenaamd eclecticisch, lees 'verengd', model gaat. Van psychotherapie resten enkel nog de cognitieve gedragstherapie en de interpersoonlijke therapie, gebundeld in een gestroomlijnde cocktail die Programmatische Kortdurende Psychotherapie (PKP) genoemd wordt. Andere aanpakken worden boudweg langdurig en monomethodisch (voel het denigrerende effect van dit mooie woord) genoemd, en worden zelfs bij zogenaamde relatieve contra-indicaties voor de geroemde PKP niet aangeraden (p. 18). Een subgroep die voor één model kiest, legt hier via een werkgroep (de 'consensus'-groep genaamd!) en via een beroepsvereniging alle psychotherapeuten zijn manier van kijken op. Het is beangstigend te lezen dat deze groep de depressie uitkoos omdat ze goed omschreven is, maar van plan is later ook andere klinische beelden, zoals angst en dergelijke, op dezelfde manier te benaderen.

Vanwaar halen deze collega's hun grote zekerheden? Evidence based medicine! 'Evidence based' betekent hier 'statistisch significant' (de nieuwe religie?) – we mogen daarbij niet vergeten dat bij statistiek een relatief antwoord voor een bepaalde groep gegeven wordt, alleen op vragen die gesteld worden en vanuit de variabelen die in rekening gebracht worden. Van een groep die zich voor zijn benadering op statistische gegevens baseert is het niet verrassend dat hij als diagnostisch instrument de DSM (Diagnostic and Statistical Manual) vooropstelt, een instrument dat voor research ontwikkeld is en niet voor een psychotherapeutische diagnostiek.

Vanuit het statistisch effectonderzoek dat in de brochure aangehaald wordt, kunnen we ons overigens de vraag stellen of PKP wel nodig is bij depressie: op pagina 21 wordt immers gesteld dat er bij een vergelijking met behandeling met antidepressiva na twaalf weken geen verschil in uitkomst blijkt te zijn, alleen dat antidepressiva vlugger zouden werken; daarenboven reageren patiënten met ernstige depressies even goed op medicatie als op interpersoonlijke therapie.

De verschillen tussen psychiatrie en psychotherapie tegenover een psychotherapeutiekandidaat

(Pierloot 1984) worden hier volledig miskend. Deze verschillen gelden specifiek voor een psychoanalytische benadering maar ook voor verschillende andere takken van de psychotherapie. Zo bestempelt de psychiatrische diagnose een persoon tot een zieke in verhouding tot een norm; de psychoanalytische benadering daarentegen bestempelt niemand maar zoekt uit in hoeverre iemand geholpen kan worden. De psychiatrische diagnose houdt zich aan vastgestelde stoornissen, de psychoanalytische diagnose meet zich aan het aanbieden van een therapie die op grotere vrijheid, algemene groei en dergelijke gericht is. De psychiatrische diagnose richt zich op manifeste ziekteverschijnselen, de psychoanalytische op niet direct manifeste, intrapsychische verschijnselen en elementen. De psychiatrische diagnose richt zich op wat het individu gemeen heeft met alle andere personen van een bepaalde diagnosecategorie, de psychoanalytische diagnose houdt zich bezig met wat specifiek en uniek is voor de patiënt. De richtlijnen van de brochure volgend vroeg ik me overigens als psychiater af hoe vaak een psychotherapeutisch behandelbare depressie volgens DSM gediagnostiseerd wordt zonder een samengaannde diagnose op AS-II? In deze gevallen kan een twintigzittingen-PKP-benadering toch niet verdedigd worden? In de 'therapiegerichte diagnostiek' op pagina 19 van de brochure is inderdaad vermeld dat persoonlijkheidskenmerken ter sprake moeten komen maar in een voetnoot daarbij lezen wij: 'Persoonlijkheidsstoornissen en de diagnose daarvan tellen in deze fase niet mee, behalve voor zover zij de werkrelatie of de afspraken belemmeren.'

Laat ons tot de essentie terugkeren. Bij een psychoanalytische diagnostiek is het duidelijk dat veel vormen van depressie niet in aanmerking komen voor een psychoanalytische behandeling; een ingewikkelde besluitboom is daarvoor niet nodig. In een intakegesprek moeten wij proberen in contact te komen met de psychische realiteit van de patiënt en proberen in te schatten of er voeling kan zijn met zijn lijden (waar de depressie een teken van kan zijn) en of een psychoanalytische benadering zinvol kan zijn. Een geprogrammeerde vragenlijst is daarbij meestal een grote belemmering. Het besluit

of een depressieve persoon baat kan hebben bij een psychoanalytische benadering hangt niet van een geformaliseerde besluitboom af. De innerlijke, psychische, emotionele realiteit speelt hierbij de hoofdrol.

Het is juist het belang van de psychische realiteit dat in de brochure ontbreekt. Akkoord, er wordt verwezen naar de 'emotionele huishouding' en 'intrapsychisch niveau' maar alleen al deze woorden geven aan hoe ver de richtlijnen af staan van de levende psychische realiteit waar het in een psychoanalytische therapie om gaat. Hoe benader je met respect in twintig zittingen iemand die lijdt omdat zij als baby een moeder met een ernstige postpartumdepressie had en nu door depressieve buien bevangen wordt, of het slachtoffer van nog niet verwoordbare incest? In dit verband doet het pijn te lezen dat collegapsychotherapeuten stellen: 'Deze geprotocolleerde vormen van kortdurende psychotherapie worden beschouwd als de meest aangewezen weg voor elke behandeling van depressie' (p. 19). Een dergelijke omnipotentie staat in schrill contrast met een delicate aanpak, schroom en ontzag voor wat onbekend is – essentiële elementen bij een psychotherapeutische benadering van menselijk lijden. In de brochure wordt het belang benadrukt van de informatie aan de patiënt. Volgens de brochure heeft de patiënt echter weinig keuze; nochtans kiezen naar mijn ervaring patiënten na informatie over de verschillende therapievormen vaak voor een psychoanalytische benadering, vooral omdat ze niet in de eerste plaats een symptoom kwijt willen, maar op zoek zijn naar wat hen doet lijden en hoe ze er op een zinvolle manier mee kunnen omgaan.

Hoewel het van belang is te reageren blijft het de vraag of een polemieek veel zin heeft. Wat voor psychoanalytisch therapeuten evident is en op ervaring gestoeld, moet in het huidige tijds-klimaat alsmaar weer bewezen worden. De psychische realiteit, die zijn revolutionaire betekenis herwint, is echter niet direct waarneembaar en zeker niet zo maar in statistiek te vangen. Veel van de concepten die bruikbaar zijn in ons vak, zoals bijvoorbeeld transitioneel object, separatie-individualiteit enzovoort, zijn bij research niet aantoonbaar, ze werden intuïtief ontdekt. Anderzijds heeft de statistische

benadering van de psychoanalyse, die soms groteske vormen aanneemt, nog geen enkel bruikbaar element geleverd (Wallerstein versus Green 1996). Het is duidelijk dat de psychoanalytische richting zich momenteel op een andere golfengete bevindt dan de werkgroep van de NVP, maar dit mag geen reden zijn om buitenspel geplaatst te worden.

Literatuur

Green, A. (1996), Quel genre de recherche pour la psychanalyse? *International Psychoanalysis* 1 (5), p. 10-14.

Pierloot, R.A. (1984), Psychoanalytische versus psychiatrische diagnose. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 26 (10), p. 698-708.

Vermote, R. (1997), Psychopharmaceutic treatment in M.S. In: P. Ketelaer, M. Prosiegel, M. Battaglia & M. Mesner Ucelli (Eds.), *A Problem-Oriented Approach to Multiple Sclerosis*. Acco, Leuven/Amersfoort, p. 139-142.

Wallerstein, R.S. (1996), La recherche psychanalytique: sur quels points sommes-nous en désaccord. *International Psychoanalysis* 1 (5), p. 15-17.

R. Vermote is voorzitter Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie, lid Belgische Vereniging voor Psychoanalyse.

Wachten op de regenvlagen

Jan Cambien

De Richtlijnen voor de psychotherapeutische behandeling van depressie zijn geschreven vanuit een bepaalde kennistheoretische overtuiging. Deze overtuiging is dat een 'wetenschappelijke' benadering van menselijke, psychische, of minstens psychiatrische (want er is geen ruimere claim) gegevens mogelijk is. Het zou een boek vragen om met precisie uit te leggen wat wij met 'wetenschappelijk' bedoelen. Zo een boek is evenwel niet nodig om in deze context duidelijk te zijn over wat we met 'wetenschappelijk' bedoelen en welke vragen zich ons inziens laten stellen in verband met de Richtlij-

nen. De volgende summiere aanduiding van wat met 'wetenschappelijk' bedoeld wordt zal hier toe volstaan en niet de reden zijn voor misverstanden of communicatieproblemen die verder zouden kunnen ontstaan.

Met 'wetenschappelijk' bedoelen wij een model van kennisverwerving dat zich spiegelt aan wat verondersteld wordt de manier van kennisverwerving te zijn geweest in de natuurkunde, van Newton tot Einstein en Hawking. De hoop is dat men algemene wetmatigheden zou kunnen ontdekken in de fenomenen en de fenomenen op die basis zou kunnen beheersen en bijsturen. Deze betekenis van 'wetenschappelijk' wordt courant bedoeld als men spreekt over exacte wetenschappen, positieve wetenschappen, standaardmodel van de wetenschap, empirische wetenschappen, enzovoort. Dat de Richtlijnen zich kennistheoretisch in die hoek bevinden hoeft wellicht niet te worden aangevoerd daar vermoedelijk noch de auteurs noch de lezers dit zullen betwisten. Er is bijvoorbeeld de alliantie met het denken van de DSM en de ICD, het hopen op standaardisatie en integratie, het geloof in vragenlijsten, het ook in gevallen van twijfel voorstander zijn van therapieën, niet omdat ze effectief zouden zijn maar omdat ze effectonderzoek kunnen voorleggen, het ervan uitgaan dat er duidelijkheid zal zijn (bijvoorbeeld over het gebruik van medicatie, over of een andere focus niet effectiever is ...), enzovoort.

De hier als 'wetenschappelijk' aangeduide kennistheoretische overtuiging kent een zeer grote aanhang. In de academische wereld (van de psychologie en de psychiatrie) is de overtuiging zo goed als allesoverheersend. In het praktijkveld wordt ze door een indrukwekkende meerderheid onderschreven.

Het grote succes van het 'standaardmodel' in ons vakgebied is zowel merkwaardig als deprimerend. Deprimerend omdat de depressieve mens niet langer subject is en merkwaardig om vele redenen. Grondige uiteenzetting hiervan zou opnieuw een boek vragen maar ook over deze ruimte beschikken we hier niet. Allereerst noemen we het merkwaardig omdat de onvoorstelbare hoeveelheid miljarden die staten besteed hebben aan het subsidiëren van faculteiten psychologie en leerstoelen psychiatrie zo

weinig kennis hebben opgeleverd van het type dat het standaardmodel belooft. Eigenlijk is er tot nog toe niet één wet zoals de 'gravitatiewet' of de 'E=mc²-wet' uit voortgekomen. En er is terzelfdertijd zelfs niemand die denkt dat die er ooit zal komen. Alle 'wetenschappers' lijken vrolijk de lijfspreuk van De Zwijger te volgen: 'Point n'est besoin d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer.'

Het probleem is literair meesterlijk verwoord door Flaubert: 'Lichtzinnige, bekrompen lieden en verwaande, bevlogen geesten willen overal een conclusie in vinden; zij zijn op zoek naar het doel van het leven en de afmetingen van het oneindige. Ze nemen wat zand in hun arme kleine handjes en ze zeggen tegen de Oceaan "Ik ga de korrels van je kusten tellen." ... Weet u wat je op het strand moet doen? Je moet er neerknielen of wandelen.'

Merkwaardig is het onder meer ook omdat de natuurkundigen in allerhande populariserende werkjes eenieder die geïnteresseerd is vertellen dat de natuurkunde zijn successen helemaal niet te danken heeft aan het verondersteld succesvolle 'standaardmodel'. In de experimentele natuurkunde gebeuren zaken die misschien enige gelijkenis vertonen met dit 'standaardmodel', maar de ontdekkingen van de theoretische natuurkunde hebben daar in eerste instantie niets mee te maken. E=mc², Big-Bang-Big-Crashmodellen, eenheidstheorieën, Feynmandiagrammen, verklaringen voor fysische fenomenen enzovoort, zijn helemaal niet het resultaat van verzamelen en ordenen van gegevens, maar zijn uitwerkingen van briljante ideeën, zijn resultaat van geïnspireerde denkoefeningen.

Op een professionele en systematische manier wordt de (hedendaagse) kennistheorie bestudeerd in de wetenschapsfilosofie. Die heeft op zijn minst een meer genuanceerde kijk op de mogelijkheden en de moeilijkheden van het standaardmodel dan die waarin de niet-filosof zo vaak rotsvast gelooft. Sommige, en niet de minste, wetenschappers zijn zelfs ronduit kritisch en zeggen dat het geloof in het standaardmodel blind maakt voor wat eigenlijk gebeurt (bijvoorbeeld een psychologische opiniestrijd – zie het werk van Rorty, Feyerabend Kuhn!).

Er is tenslotte in de filosofie een hele traditie van denken die zich van meet af aan distantiëert van het 'wetenschappelijke' denken. In die traditie is er de overtuiging dat het 'wetenschappelijke' denken niet de enige manier is om kennis te verwerven en in sommige domeinen zeker niet de meest geschikte. We zouden een lange lijst van filosofen kunnen noemen van Montaigne en Hegel tot Nietzsche en Derrida om aan te duiden welke traditie we bedoelen.

Geïnspireerd door Flaubert zouden we zeggen dat het filosofische denken ervan uitgaat dat de waarheid overal is. We moeten de waarheid niet vatten en de wereld niet veranderen, maar we moeten alles leren 'begrijpen en niets afkeuren, dat is de manier om veel te weten te komen en kalm te zijn, en dat is al heel wat, kalm zijn dat is bijna gelukkig zijn!'

De psychoanalyse sluit volgens velen beter aan bij de traditie van het filosofisch denken dan bij die van het 'wetenschappelijke' denken. Volgens Bion bijvoorbeeld is de psychoanalyse zelfs zonder meer de erfgenaam van het filosofisch denken van vorige eeuwen. Het is ook duidelijk dat de psychoanalyse een belangrijke invloed heeft gehad op de filosofie van de twintigste eeuw.

In elk geval betekent psychoanalyse, aldus gesitueerd, een discipline die denkt, terwijl volgens het gevleugelde woord van Heidegger "Die Wissenschaft" überhaupt nicht denkt.'

Denken betekent een afstand erkennen tegenover het andere. Men is er niet mee verbonden of er niet in. Men is ervan gescheiden en precies daarom doet het pijn, men weet het niet, men leert het niet.

Deze houding en ervaring zijn geheel tegengesteld aan de 'wetenschappelijke' die weet wanneer een depressie een depressie is en die weet dat er een belangrijke verbetering komt, namelijk van de twaalfde tot de zestiende sessie en dat die verbetering om precies vier zittingen consolidering vraagt. Dit alles mits je CGT toepast tenminste. Het pijnloze karakter hiervan lijkt mij zo duidelijk te verkiezen boven het kwellende van een denkende houding dat ik alleen maar durf te verklaren dat de NVP-richtlijnen ten zeerste moeten worden aanbevolen en dat de patiënten maar beter kunnen mee-

werken met de voorgestelde behandelingen. Maar, nadien kunnen ze, zoals ikzelf als ik me droevig voel en zolang men die boeken niet verbrandt, lezen wat mensen uit vorige eeuwen dachten. Ikzelf lees voor het ogenblik Flauberts brieven. En daarin lees ik veel mooie en troostende zinnen zoals: 'Heb je wel eens bedacht hoe goed wij voor het leed zijn ingericht? Je bezwijmt van genot, maar nooit van verdriet. Tranen zijn voor het hart wat water voor de visen is. Ik berust in alles, ik heb mijn zeilen geborgen en ik wacht op de regenvlagen, met mijn rug naar de wind en mijn kin op mijn borst.' De brieven zijn vertaald en gebundeld door de Arbeiderspers met de pyrofiële titel *Haat is een deugd*.

Dr. J. Cambien, Belgische School voor Psychoanalyse, is werkzaam in Centra voor geestelijke Gezondheidszorg in Antwerpen en Leuven.

En nu doen we allemaal de piano weg; het keyboard heeft de toekomst. Het protocol in de behandeling van depressie: een voorlopige reactie

Willem Heuves

'Protocol' is een term die in de medische wetenschap wordt gebruikt, vooral daar waar men aandoeningen in plaats van patiënten behandelt. Het protocol is gedefinieerd als een – al dan niet schematische – weergave van gewenst psychotherapeutisch handelen volgens gestandaardiseerde richtlijnen. In een protocol wordt aangegeven 'hoe' er behandeld wordt en 'hoe lang' de behandeling duurt. Een protocol heeft een verplichtend karakter: in een bepaalde situatie of gegeven een bepaalde diagnose is de psychotherapeut eraan gehouden op de voorgeschreven wijze te handelen.

De voordelen zijn evident. Ofschoon psychotherapeuten er even aan moeten wennen, zullen zij zich verder professionaliseren, zal het protocol leiden tot een toename van kennis en vaardigheden, de onzekerheid over het eigen functioneren zal afnemen en het protocol zal

ook een toename bewerkstelligen van de verklaarde variantie in de uitkomst van de behandeling.

Bovendien – een zeer interessante nieuwe mogelijkheid – kunnen psychotherapeuten die in hun praktijk niet volgens het protocol te werk gaan tuchtrechtelijk worden aangesproken omdat zij zich niet houden aan bindende afspraken die in de beroepsgroep zijn gemaakt. Het enthousiasme van sommige psychotherapeuten om de psychotherapie – naar analogie met de medische wetenschap – via een protocol te bedrijven lijkt ook ingegeven door de verwachting dat het vak daardoor aan exactheid wint en er zodoende iets gerepareerd kan worden van het prestige van de psychotherapie dat de laatste jaren zo aan inflatie onderhevig is geweest.

Psychotherapeuten hebben – zo leert de geschiedenis – altijd iets naïefs gehad als het gaat over de belangenverdediging van het vak. Vermoedelijk enigszins betoverd door de waardering die zij oogsten in hun spreekkamers gaan psychotherapeuten er te gemakkelijk van uit dat die waardering ook een maatschappelijke variant heeft.

Welnu, de afbraak van de psychotherapie en de psychoanalyse in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, het verlies van maatschappelijk aanzien, staan met deze verwachting in schril contrast.

Exemplarisch in dit verband is de sluiting van een toenemend aantal uitstekende klinieken voor klinisch-psychotherapeutische behandeling (bijvoorbeeld de Juttenhof) zonder dat daar één deugdelijk inhoudelijk argument voor te bedenken is.

Ofschoon sommige psychotherapeuten menen dat de protocollaire behandeling het meest efficiënte instrument is om dit sombere tijt te keren, doet de enthousiaste opstelling van de financier in de discussie over het protocol echter het ergste vrezen. De financier van de psychotherapie heeft immers een geheel ander belang bij het protocol. Geestelijke gezondheid is tegenwoordig ‘business’ waarvan de belangen vooral worden omschreven als kostenbeheersing, verbetering van het bedrijfsresultaat en een beter inzicht in de relatie kosten-baten. Tot voor kort had de financier nauwelijks een

instrument om binnen het veld van de psychotherapie het bedrijfsmatige belang te gelde te maken. Nu zijn het de psychotherapeuten (vooral gedragstherapeuten) zélf die op basis van ‘evidence based treatment’ het instrument aanreiken waarmee de financier de psychotherapie kan en zal beheersen. En er is weinig fantasie voor nodig wat ‘beheersing’ betekent voor psychotherapie: korter en goedkoper. Een snelle – en tevens depressief makende – blik over de oceaan maakt duidelijk dat de verzekeraar allang weet dat over enige tijd alleen de behandelingen die via een protocol verlopen nog voor een vergoeding in aanmerking komen. Uiteraard is die verwachting niet alleen funest voor de ontwikkeling van het vak. In deze reactie komen ook enkele maatschappelijke gevolgen aan bod.

De bezwaren tegen de Richtlijnen laten zich thematisch samenvatten. Daarbij zal ik ook enkele gevolgen van de behandeling volgens een protocol bij kinderen en jeugdigen bespreken. Niet alleen omdat de behandeling van deze leeftijdsgroep in de discussie tot nu toe zo weinig wordt genoemd, maar juist ook omdat de problemen die zich met een behandeling volgens een protocol voordoen bij deze leeftijdsgroep exemplarisch zijn voor de behandeling van volwassen depressieve patiënten.

Het protocol en diagnostiek

In de literatuur over het protocol is tot nu toe een opvallende en centrale rol weggelegd voor de DSM-IV als potentieel diagnostisch instrument.

Zoals bekend is de DSM-IV gebaseerd op een atheoretische, formele of statistische samenhang van symptomen en presenteert het systeem geen uitspraken over een functionele samenhang tussen de symptomen of de ontstaansgeschiedenis ervan. In zijn alom geprezen boek laat Gabbard (1994) zien dat de DSM-IV geen volledige diagnose en zeker geen indicatie voor behandeling kan verschaffen, omdat te veel aspecten van het psychologisch functioneren van de patiënt buiten beschouwing worden gelaten. Ook de ‘Task Force’ van de APA (1994) die de DSM-IV heeft ontwikkeld, schrijft in de handleiding dat de clinicus voor wat

betreft de indicatiestelling bescheiden verwachtingen moet koesteren over wat de DSM-IV hierin kan betekenen.

In de diagnostiek van depressie bij kinderen en pubers volgens criteria van de DSM-IV ten behoeve van de indicatiestelling voor de behandeling zijn een aantal moeilijkheden bekend. Voor hen geldt dat de diagnostische criteria van depressie volgens de DSM-IV zijn gebaseerd op de diagnostiek van depressie bij volwassenen. Uit goed onderzoek is reeds vele jaren bekend dat depressie bij kinderen en pubers veel grilliger is dan het min of meer stabiele beeld dat door de DSM-IV wordt geschetst (Angold 1988, Rutter 1986). Bovendien is een toenemend aantal onderzoekers van mening dat depressieve verschijnselen bij kinderen en pubers slechts gediagnostiseerd kunnen worden tegen de achtergrond van de psychologische ontwikkeling waarin kinderen en pubers zich bevinden (Heuves 1990, Steinberg 1987).

Ook de comorbiditeit met andere stoornissen is bij pubers opvallend hoog. In zeventig tot tachtig procent van de gevallen gaat de depressieve stoornis gepaard met angst- en gedragsstoornissen, waarvan bovendien in het merendeel van de gevallen niet is vast te stellen welke van de gediagnostiseerde stoornissen als primair moet worden aangemerkt. In de meeste gevallen is het ook in het geheel niet duidelijk of het eigenlijk wel om onderscheiden stoornissen gaat (Kashani 1987).

De comorbiditeit ligt bij de volwassen patiënten minder hoog, maar het vraagstuk is daar in principe hetzelfde. Het zijn dan ook de klinisch georiënteerde auteurs die de DSM-IV zien als een diagnostisch classificatiesysteem met een redelijke betrouwbaarheid maar met een matige tot zeer matige validiteit.

Concreet betekent dit voor de diagnostische praktijk dat vele stoornissen, die telkens een andere aanpak nodig maken, achter dezelfde DSM-IV-symptoomdiagnose van een depressieve stoornis schuil kunnen gaan.

Laat ik enkele voorbeelden noemen die veelvuldig in de praktijk voorkomen.

Zowel bij volwassenen als bij pubers en kinderen is duidelijk dat de ernst van de depressieve symptomen een slechte maat is voor de ernst van de psychische stoornis. Dat wil zeggen dat

vrij milde depressieve symptomen gebaseerd kunnen zijn op zeer ernstige persoonlijkheids- of ontwikkelingspathologie en dat anderzijds ernstige depressieve symptomen kunnen samengaan met een neurotische persoonlijkheidsstructuur.

Ook kan een depressieve stoornis in de adolescentie een eerste teken zijn van een psychotische stoornis, die diagnostisch gemakkelijk over het hoofd kan worden gezien. Depressie is ook vaak de uitkomst van een complex rouwproces, dat zich aan het oog heeft onttrokken. In weer andere gevallen is de depressieve stoornis de beste – maar niet geslaagde – aanpassing aan een zeer pathologische situatie. Uiteraard kan depressie ook andere gronden hebben, die samenhangen met bijvoorbeeld actuele of onverwerkte verlieservaringen, acute of chronische traumatisering, ontwikkelingsconflicten, lichamelijk disfunctioneren, actualisering van traumatische separaties in de kindertijd enzovoort.

Diagnose en indicatiestelling

In de psychotherapeutische praktijk is in de loop van de afgelopen decennia in interdisciplinaire teams een schat aan ervaring opgebouwd omtrent de indicatiestelling voor diverse vormen van behandeling. Het onderzoek naar de validering van deze klinische ervaring is ingewikkeld door het grote aantal variabelen dat een rol speelt in het klinische afwegingsproces. Het zou te ver voeren om deze kennis hier samen te vatten, maar de bovengenoemde voorbeelden maken duidelijk dat een symptoomdiagnose onvoldoende is om een indicatie voor behandeling te stellen. Met name de ingewikkelde problematiek van indicatiestelling bij depressieve patiënten die tevens in aanmerking komen voor een diagnose persoonlijkheidsstoornis, verdient veel wetenschappelijke en klinische aandacht. Bovendien dragen de psychopathologische kenmerken van de patiënt slechts in een bepaalde mate bij tot een zorgvuldige afweging van de te kiezen behandeling. Levensgeschiedenis, externe omstandigheden, psychologische mogelijkheden, ontwikkelingspsychologische factoren, lijdensdruk, psychisch gezonde aspecten van de persoon, angsttolerantie, motivatie en vele andere per-

soonlijkeidskenmerken zijn uiteindelijk doorslaggevend voor de keuze van behandeling. Voor adolescenten en kinderen geldt dan nog in het bijzonder dat een beoordeling van de actuele gezinssituatie en gezinsgeschiedenis onontbeerlijk is. Juist in de afweging van deze verschillende factoren zijn de ervaring en deskundigheid van de clinicus onmisbaar en onvervangbaar.

Deze overwegingen maken het gebruik van een protocol in de diagnostiek en indicatiestelling van depressie zowel bij volwassenen als bij kinderen en pubers niet onmogelijk. Het totstandkomen van systematische verslaglegging en de standaardisering van diagnostische instrumenten en klinisch interview zijn betrekkelijk recente ontwikkelingen in het klinisch-empirisch georiënteerde onderzoek, waarin juist het verder systematisch uitwerken van dit instrumentarium goede en kansrijke mogelijkheden biedt voor een gedifferentieerde indicatiestelling en een wetenschappelijke evaluatie van de gekozen behandeling. De veel te eenvoudige wijze waarop deze overwegingen in de Richtlijnen zijn uitgewerkt kan niet anders dan bedenkkelijk worden genoemd en door de voorbarige invoering van de richtlijnen worden de noodzakelijke wetenschappelijke fundering en maatschappelijke verantwoording eerder gefrustreerd dan bevorderd.

Het protocol in de behandeling van depressie

Uit de meta-analyses van kwalitatief goed empirisch onderzoek naar de relatieve effecten van psychotherapie komt telkens en systematisch naar voren dat nog steeds grotendeels onduidelijk is waaraan het aantoonbare en duurzame effect van psychotherapie moet worden toegeschreven. Anders gezegd: dát psychotherapie helpt staat onomstotelijk vast, maar waaróm psychotherapie helpt is nog steeds een goeddeels onopgelost vraagstuk (zie bijvoorbeeld Smith e.a. 1980).

Als er een groep van patiënten bestaat voor wie deze – wat apodictische – uitspraak opgaat, dan is het vaak de groep depressieve patiënten. Om een vaak turbulente behandeling met een depressieve patiënt tot een goed einde te brengen wordt er van een therapeut heel wat inventiviteit en flexibiliteit gevraagd. Narcistische

weerstandsconfiguraties, overdracht en tegenoverdracht zijn vaak heel complex. Een mogelijke combinatie van psychotherapeutische behandeling en medicatie doet daar nog eens een flinke schep bovenop.

Het lijkt mij evident dat een protocollaire behandelingsvorm onvoldoende rekening kan houden met dit uiterst complexe samenstel van variabelen.

Minstens zo belangrijk lijkt mij het argument dat door een grootschalige invoering van een behandeling volgens een protocol een wetenschappelijke en klinische studie naar de effectieve factoren van psychotherapie die niet eens goed is begonnen, voortijdig wordt afgesloten. Eén bezwaar tegen een protocol in de behandeling van depressie verdient extra aandacht. Het effectonderzoek waar de opstellers van de Richtlijnen zich op baseren, is uitgevoerd bij grotendeels zorgvuldig samengestelde onderzoeksgroepen, die in tal van opzichten slecht vergelijkbaar zijn met de groep van aspirantpatiënten, die zich bij een doorsnee-RIAGG melden. In dit effectonderzoek van protocollaire behandeling – niet alleen van depressie – komt naar voren, dat de ‘dropout rates’ (de afvallers ergens in het parcours tussen aanmelding, diagnostiek en afsluiten van de behandeling) vrij hoog kunnen zijn, soms olopend tot dertig à veertig procent (zie bijvoorbeeld Boelens 1995). Daarbij komt nog dat de succesmaten soms zijn geflatteerd, omdat niet zelden van een geslaagde behandeling gesproken wordt als de patiënt slechts in lichte mate verbeterd is. De grootschalige toepassing van de richtlijnen zal naar het zich laat aanzien leiden tot een zeer grote groep van niet succesvol geholpen patiënten. Is de veronderstelling gerechtvaardigd dat een afgebroken of weinig geslaagde behandeling verstrekkende negatieve gevolgen kan hebben voor de patiënt en zijn omgeving? Wat gebeurt er met ‘dropouts’: andere behandeling, echte behandeling, wachten tot zij zich heraanmelden?

Conclusie

De Richtlijnen komen op een moment dat er in de geestelijke gezondheidszorg een kille sanering van de psychotherapie gaande is. Over een aantal jaren zal de psychotherapeut als zelf-

standige beroepsgroep zijn verdwenen. Het is oprecht cynisch te noemen dat uitgerekend in deze atmosfeer door de NVP een nota wordt gepresenteerd die zo genadeloos het tapijt onder de psychotherapie tracht uit te trekken. Uiteraard zullen velen de loftrumpet steken over de samenstellers, maar dat zijn vooral mensen die de psychotherapie niet vanzelfsprekend een goed hart toe dragen, zoals politici, zorgverzekeraars en uiteraard collegae, zoals veel gedragstherapeuten en sociaal-wetenschappelijk onderzoekers. Met name de laatste twee groepen lijken met de behandeling volgens een protocol zeer tevreden te zijn omdat deze wijze van benaderen heel natuurlijk past in zowel gedragstheoretische schemata als in de methodiek van het kwantitatief-empirisch onderzoek.

Ronduit bedenkelijk is de poging van de opstellers om een handzaam protocol op te stellen voor de behandeling van depressie. Niet alleen is de praktijk veel gecompliceerder dan door de opstellers wordt onderkend, maar ook veel goed gearticuleerde klinische deskundigheid wordt door de invoering van een dergelijk protocol terzijde geschoven.

Naast deze bezwaren kan ook worden aangenomen dat de voorstellen in de Richtlijnen een aantal maatschappelijk uiterst onwenselijke effecten teweeg zullen brengen. Zo kan op grond van wetenschappelijk onderzoek dat ook door de opstellers wordt gebruikt, worden aangenomen dat een groot deel van de patiënten niet van een behandeling volgens het protocol zal profiteren. Ook zal een aanzienlijke groep patiënten zich ergens in het parcours tussen aanmelden en behandeling terugtrekken. Er is beslist onvoldoende nagedacht over de gevolgen en alternatieven voor deze groep patiënten. Het is onbekend hoe groot deze groep zal zijn, maar een voorlopige schatting op grond van beschikbaar onderzoek wijst op circa vijftig procent (zie bijvoorbeeld Derksen 1996, Gabbard 1994, Eurelings-Bontekoe 1995). Deze schatting maakt niet alleen duidelijk tot wat voor ontoelaatbare verarming in de psychotherapie de richtlijnen zullen leiden, maar ook – het moet maar weer eens gezegd worden – dat de psychotherapie als verstrekking voor iedereen zal verworden tot een (zeer) kortdurende

behandeling volgens een protocol voor allen; de ‘echte psychotherapie’ zal weer gereserveerd blijven voor de enkeling die het zelf kan betalen.

Wat mij ook zeer verontrust is dat de NVP – bedoeld of onbedoeld – bijdraagt aan een onvermijdelijke – en vermoedelijk ook onoverbrugbare – tweedeling in opvatting over de inhoud en kwaliteit van het vak psychotherapie, op een moment dat juist een gezamenlijke krachtsinspanning is vereist om de toekomst van het vak zeker te stellen.

Literatuur

Angold, A. (1988), Childhood and adolescent depression. I. Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry* 153, p. 476-492.

APA (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition)*. American Psychiatric Association, Washington.

Boelens, W. (1995), De protocollaire behandeling van unipolaire depressie. In: E.H.M. Eurelings-Bontekoe (red.), *Protocollen: keurslijf of maatpak?* NIP, Amsterdam, p. 35-44.

Derksen, J. (1996), The complex relationship between assessment and treatment of personality disorders. 2nd European Congress on personality disorders, Milan.

Eurelings-Bontekoe, E.H.M. (red.) (1995), *Protocollen: keurslijf of maatpak?* NIP, Amsterdam.

Gabbard, G.O. (1994), *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Press, Washington.

Heuves, W. (1990), Depression in young male adolescents. *Theoretical and clinical aspects*. Rijksuniversiteit, Leiden.

Kashani, J.H. (1987), Depression, depressive symptoms and depressed mood among a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry* 144, p. 931-934.

Rutter, M. (1986), The developmental psychopathology of depression: issues and perspectives. In: M. Rutter, C.E. Izard, & P.B. Read (Eds.), *Depression in young people. Developmental and clinical perspectives*. Guilford Press, Londen, p. 6-24.

Smith, M.L., G.V. Glass & T.I. Miller (1980), *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.

Steinberg, D. (1987), *Basic Adolescent Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.

Dr. W. Heuves, psycholoog-psychoanalyticus, is supervisor kinderspsychoanalyse NPG en universitair docent Rijksuniversiteit Leiden.

Reactie op ‘De Franse connectie – Een geschiedenis van de psychoanalyse in België’ van Dany Nobus en Katrien Libbrecht, Tijdschrift voor Psychoanalyse 1997-3, p. 132-149

In het derde nummer van de derde jaargang (1997) publiceerde uw tijdschrift een artikel over *De Franse connectie – Een geschiedenis van de psychoanalyse in België* van de hand van Dany Nobus en Katrien Libbrecht. Het vermelde artikel bevat mijns inziens een aantal onjuistheden die rechtgezet moeten worden.

Ik begin met iets wat makkelijk controleerbaar is. Op pagina 139-140 schrijven Nobus en Libbrecht dat de leden van de EBP/BSP tijdens de jaren zeventig zo vaak in het *Tijdschrift voor filosofie* publiceerden dat dit laatste aldus wel eens op een tijdschrift voor lacaniaanse psychoanalyse ging lijken. Als lezer van vermeld tijdschrift verbaasde deze uitspraak mij ten zeerste. Controle van vermelde claim leerde mij dan ook dat deze nogal boude bewering de realiteitsproef niet kan doorstaan. Zo verschenen bijvoorbeeld in de door mij systematisch nagekeken periode (1975-1980, maar de periode tussen 1970 en 1974 geeft echt geen ander beeld) 95 artikelen in het *Tijdschrift voor filosofie*. Zes daarvan handelen rechtstreeks over psychoanalytische thema’s of hebben een psychoanalytische inslag. Slechts één ervan handelt exclusief over Lacan (artikel van P. Moyaert over de metafoor en de metonymie bij Lacan uit 1976). Daarnaast is er nog een artikel van A. Mooij uit 1980 dat gedeeltelijk aan Lacan gewijd is. Net iets te weinig naar mijn smaak om van een ‘Tijdschrift voor lacaniaanse psychoanalyse’ te spreken.

Ook op andere plaatsen geven Nobus en Libbrecht de historische feitelijkheid minstens

onvolledig weer. Zo beweren de auteurs op pagina 137 e.v. dat de introductie van de psychoanalyse in Leuven in de eerste plaats via De Waelhens zou zijn verlopen. Meteen wordt de invloed van Vergote en Schotte in de jaren zeventig en tachtig gesitueerd (p. 139). Nu ben ik de laatste om het belang van het werk van De Waelhens te onderschatten of te willen minimaliseren. Ongetwijfeld was De Waelhens trouwens via het werk van Merleau-Ponty, met wie hij goed bevriend was, reeds (minstens) in de loop van de jaren veertig met het werk van Freud (en wellicht zelfs van Lacan, die een goede bekende was van Merleau-Ponty) en de psychoanalyse in contact gekomen. Twee dingen moeten hierbij opgemerkt worden. Ten eerste wordt op geen enkel ogenblik vermeld dat er wel eens een organisch verband zou kunnen bestaan tussen de ‘Leuvense’ interesse in de fenomenologie, die reeds van voor de Tweede Wereldoorlog dateert, en de introductie van de psychoanalyse aldaar. Merleau-Ponty, bijvoorbeeld, heeft zich zijn leven lang met de psychoanalyse beziggehouden en zijn werk is doorspekt met verwijzingen naar, en commentaren op, de psychoanalyse. Maar Merleau-Ponty was zeker niet de enige: men denke hier bijvoorbeeld ook aan de fenomenologische psychiatrie (Binswanger) en aan Sartre. Onze auteurs schrijven nochtans: ‘Daartegenover [namelijk tegenover de oriëntatie op de fenomenologie] staat dat de oriëntatie op het freudisme uiteraard voorbereid was door Maréchal en Nuttin tijdens de jaren voor de Tweede Wereldoorlog’ (mijn cursivering). Een minimale vertrouwdeheid met de geschiedenis van de wijsbegeerte in de twintigste eeuw had onze auteurs hier voor onheil kunnen behoeden. Deze verwijzing naar de fenomenologie is ook om inhoudelijke redenen erg belangrijk omdat ze wellicht mee de ‘Leuvense’ afwijzing van de lacaniaanse orthodoxie, die de auteurs terecht aanstippen, kan helpen verklaren. Ten tweede kan uit het feit dat De Waelhens reeds in de jaren veertig (en wellicht zelfs daarvoor) via de fenomenologie met de psychoanalyse in contact moet zijn gekomen, uiteraard niet geconcludeerd worden dat hij ook de belangrijkste – laat staan enige – verbreider van het lacaniaanse gedachtegoed in Leuven geweest zou zijn in de jaren vijf-

tig en zestig. Vergote bijvoorbeeld kreeg zijn analytische opleiding vanaf de eerste helft van de jaren vijftig aan de Société française de Psychanalyse waarin Lacan een sleutelrol speelde en ook Schotte kreeg er een deel van zijn opleiding. Vergote kreeg zijn eerste benoeming te Leuven in 1954. De eerste artikelen van Vergote over de psychoanalyse (1957, *Psychanalyse et Phénoménologie!*) dateren uit dezelfde periode als die van De Waelhens die de psychoanalyse tot expliciet thema hebben (1955: *Phénoménologie et Psychanalyse* in een 'numéro hommage' van *Le Disque Vert* voor ... C.G. Jung). Maar bovendien – en dat is belangrijker – was het Vergote die De Waelhens in het denken van Lacan introduceerde, en niet omgekeerd. Vergote (maar hetzelfde geldt wellicht voor Schotte) kwam er immers in het kader van zijn opleiding nog vóór De Waelhens rechtstreeks mee in contact.¹ Het was overigens Vergote die Lacan voor het eerst in 1958 in Leuven uitnodigde, iets wat Nobus en Libbrecht niet schijnen te weten. Dit alles slechts om duidelijk te maken dat de introductie en verspreiding van het lacaniaanse ideeëngoed vanaf de tweede helft van de jaren vijftig niet het werk is geweest van De Waelhens alleen en dat de invloed van anderen minstens even doorslaggevend is geweest.

Overigens staan er nog andere onnauwkeurigheden in voornoemd artikel. Ik beperk mij tot enkele voorbeelden. Dat Vergote bijvoorbeeld als filosoof, theoloog en psychoanalyticus wordt opgevoerd (p.139) mag toch niet doen vergeten dat hij in de eerste plaats een leerstoel bekleedde aan de faculteit psychologie. Wanneer de auteurs in hun bespreking schrijven dat 'de Franse taal ... prominent aanwezig [was] in de psychoanalytische studies voor de Tweede Wereldoorlog, aangezien de Belgische lezingen op het Brusselse congres in het Frans waren gesteld en de mensen van het ISS, de jezuiten in Leuven ... Franstalig waren' (p. 143) dan suggereren ze dat de jezuiten als zodanig wegbe-reiders geweest zouden zijn voor de verspreiding van de psychoanalyse in Leuven. In het artikel over de Franse connectie vind ik evenwel slechts één jezuïet terug en dat is Joseph Maréchal (Charleroi 1878-1944), wiens invloed om de reeds vermelde redenen wellicht toch

minder groot is geweest dan Nobus en Libbrecht geloven.

Tot slot wordt ook beweerd dat het Schotte was die in 1972 Lacan uitnodigde (p. 139). Ik meen evenwel te weten dat het ook bij die gelegenheid Vergote (op dat ogenblik voorzitter van de EBP/BSP) was die Lacan naar België bracht. Verschillende van de gesignaleerde vergissingen en onvolkomenheden waren gemakkelijk te vermijden geweest. Nu wordt daarentegen soms de indruk gewekt dat het artikel over de Franse connectie ook met de Franse slag werd geschreven.

Noot

1. Dit wordt mij overigens zowel door de betrokkene als door getuigen uit die beginperiode bevestigd.

Philippe Van Haute, psychoanalyticus (Belgische School voor Psychoanalyse) en hoogleraar wijsgerige antropologie K.U. Nijmegen.

Antwoord op de reactie van professor Philippe Van Haute

Het doet ons plezier te merken dat onze tekst over de geschiedenis van de psychoanalyse in België de lezers tot verder onderzoek aanzet. Na het doornemen van zes jaargangen van het *Tijdschrift voor Filosofie* is Van Haute tot het besluit gekomen dat wij ons schromelijk vergalopperen wanneer we vermelden dat dit tijdschrift tijdens de jaren zeventig wel eens meer op een tijdschrift voor lacaniaanse psychoanalyse dan voor filosofie geleek. Afgaande op het aantal uitdrukkelijk aan Lacan gewijde artikelen is deze uitspraak inderdaad onhoudbaar, doch wij hebben niet de hoeveelheid artikelen over Lacan, maar de affiliatie van de auteurs (EBP/BSP) als criterium genomen, hetgeen ondubbelzinnig uit onze tekst kan worden opgemaakt.

Belangrijker is echter Van Hautes commentaar op de door ons geschetste introductie van de psychoanalyse in Leuven. Van Haute suggereert dat wij in onze situering van het belang van Alphonse de Waelhens de invloed van Antoine Vergote hebben onderschat, waarop hij argu-

menten aanvoert om Vergote als 'primus inter pares' te rehabiliteren. Van Haute stelt dat het hier om 'historische feitelijkheden' gaat die wij 'minstens onvolledig' weergeven en die rechtgezet moeten worden. Doch in zijn rechtzetting, en ondanks zijn vertrouwen op de historische feitelijkheid, spreekt Van Haute zichzelf merkwaardig genoeg tegen. Waar hij beklemtoont dat het Vergote was 'die De Waelhens in het denken van Lacan introduceerde en niet omgekeerd', omdat Vergote 'er immers in het kader van zijn opleiding [in de eerste helft van de jaren vijftig] nog vóór De Waelhens rechtstreeks mee in contact' kwam, had hij reeds eerder beklemtoond dat De Waelhens ongetwijfeld 'via het werk van Merleau-Ponty [...] reeds minstens in de loop van de jaren veertig met het werk van Freud (en wellicht zelfs van Lacan, die een goede bekende was van Merleau-Ponty) en de psychoanalyse' in contact was gekomen. Er zijn wellicht feiten waarvan wij niet op de hoogte zijn – wat wij eerlijk gezegd niet zo erg vinden – maar wij zijn minstens in staat om dergelijke flagrante contradicties te vermijden bij de opbouw van onze argumentatie. Tot nader order blijft onze voorstelling dus gehandhaafd.

Van Haute betreurt verder dat wij hebben nagelaten op een mogelijk 'organisch verband' te wijzen tussen fenomenologie en psychoanalyse, hetgeen hij toeschrijft aan ons gebrek aan kennis van de geschiedenis van de wijsbegeerte in de twintigste eeuw, en dat wij ook niet hebben vermeld dat Vergote 'voor het eerst' Lacan in Leuven heeft uitgenodigd, hetgeen hij opnieuw aan onze onwetendheid wijt. Hierop kunnen we slechts antwoorden dat wij nog veel meer 'feiten' hebben weggelaten (zoals het feit

dat Lacan in maart 1960 op uitnodiging van kanunnik Van Camp aan de Université Saint-Louis te Brussel over de ethiek van de psychoanalyse heeft gesproken) – niet uit onwetendheid, maar omdat deze het artikel onnodig complex zouden hebben gemaakt en ze dikwijls reeds elders uitvoerig zijn behandeld. (Voor Lacan en Merleau-Ponty zie Phillips 1966, Baas 1995, Roudinesco 1993, O'Neill 1986. Voor Lacans voordrachten te Brussel zie Lacan 1992).

Tot slot willen we nog aanstippen dat wij in ons artikel niet hebben gepoogd om een geschiedenis van Grote Denkers te schrijven, maar een genuanceerde sociale geschiedenis, gericht op de onderlinge verhoudingen tussen mensen, ideeën en instituties, ongeacht hun leerstoelen, autoriteit en titels.

Literatuur

Baas, B. (1995), Notre étoffe (Lacan et Merleau-Ponty). *La cause freudienne* 29, p. 47-57.

Lacan, J. (1992), Conférences à Bruxelles (1960). *Quarto* 50, p. 7-20.

O'Neill, J. (1986), The Specular Body: Merleau-Ponty and Lacan on Infant Self and Other. *Synthese* 56, p. 201-217.

Phillips, J. (1996), Lacan and Merleau-Ponty: The Confrontation of Psychoanalysis and Phenomenology. In: D. Pettigrew & F. Raffoul (Eds.), *Disseminating Lacan*. State University of New York Press, Albany NY, p. 69-106.

Roudinesco, E. (1993), *Jaques Lacan. Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée*. Fayard, Paris.

Dany Nobus
Katrien Libbrecht